

Expediente Núm. 194/2015
Dictamen Núm. 226/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de diciembre de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de octubre de 2015 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de septiembre de 2014, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Expone que el día 14 de junio de 2014 acudió al “Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ ante el estado que presentaba mi pie y pantorrilla izquierdo,

fuertemente inflamados y que me producían grandes dolores”, a pesar de “llevar ya 15 días siguiendo el tratamiento que me había prescrito mi médico”.

Manifiesta que se le realizaron “pruebas radiológicas y (...) un análisis de sangre (...). Las pruebas radiológicas descartaron lesión ósea o existencia de cuerpo extraño./ La prueba de hematología señala, entre otros datos, como nivel de glucosa en sangre 316 mg/dL (...). Se decidió darme de alta con tratamiento farmacológico, haciéndose constar como impresión diagnóstica celulitis de pie izquierdo”.

Refiere un empeoramiento del pie “pese a continuar diariamente con el tratamiento que se me había prescrito, e incluso haciendo curas semanales en la enfermera de cupo”, y que acudió “el día 23 de junio de 2014 a la última cura de enfermería sin que me realizaran ninguna advertencia, comentario u observación”. Debido a ello hizo una consulta privada y le indicaron que “no podía realizar ninguna intervención, ni tan siquiera limpieza o cura o lesión, y se me explica (...) que debo ser derivado urgentemente al hospital (...), preferentemente” al Hospital “Y”, “ya que según el parecer del médico privado padezco una afectación del estado general y una infección avanzada”, por lo que ese mismo día acudo al referido hospital. Añade que consulta nuevamente en el Hospital “X”, donde se le aprecia una “lesión interdigital entre 4 y 5 dedos del pie izdo., con olor fétido y desarticulación del 4 dedo a la exploración. Moteado en planta y fluctuación que (sugiere) acumulo de pus. Celulitis alrededor del 4 dedo sin linfangitis”, y que a la vista de ello “se decide drenaje quirúrgico urgente, procediendo a la amputación transmetatarsiana atípica (izda.) que se realizó el mismo día del ingreso, procediendo a la posterior realización de un injerto”. Consigna a continuación el diagnóstico de “infección (de) pie diabético”.

Afirma que ha permanecido ingresado hasta el 8 de septiembre de 2014, y que necesita ayuda para la realización de las “actividades más básicas, dado que no puedo apoyar el pie y mi movilidad es considerablemente reducida”, precisando que “en este breve lapso de tiempo (...) la Seguridad Social me ha reconocido la incapacidad laboral permanente con lo que ello

supone a efectos de reconocimiento de limitaciones permanentes, lesiones y secuelas”.

Considera que “ha sufrido una desatención y un resultado dañoso y lesivo sumamente invalidante e incapacitante, a pesar de estar supuestamente controlado y seguido por los servicios médicos asistenciales de la sanidad pública, y (que) no se observó seguimiento alguno, ni control real, pues incluso el día anterior se me realizó supuestamente una `cura`, y no realizaron ninguna observación, comentario o advertencia; el riesgo sufrido fue incluso de muerte, como indicaron los servicios médicos” del Hospital “Y”.

Entiende que la asistencia que recibió ha sido inadecuada, con desatención u omisión de la diligencia debida, con unos daños o perjuicios desproporcionados. Reprocha abandono en los controles y dice que los daños que sufre son consecuencia del funcionamiento del Hospital “X” y de los servicios asistenciales, “con una inadecuada atención en el Servicio de Urgencias que ha determinado la mala evolución de sus lesiones, y “que no hay razón por la que hayan de soportarse”. Estima que “concurren todos los requisitos” para declarar la responsabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y que “ello queda patente en el resultado producido”.

Indica que “se encuentra pendiente de recuperarse físicamente”; no obstante, valora inicialmente el daño causado en doscientos veinte mil euros (220.000 €) por “limitación funcional y las dificultades ordinarias que padece (...), así como la pérdida de calidad de vida y todos los días de hospitalización”.

Describe el daño que se le ha ocasionado como “la peregrinación por los servicios médicos con el dolor a costas, el pie en un lamentable estado que cualquier lego podía haber advertido”, y reseña que de él “dependía económicamente la familia”, especificando que “la limitación es definitiva” y que va a precisar ayuda para las “actividades básicas de la vida diaria”.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 14 de junio de 2014, en el que figura que “acude por dolor e inflamación pie izdo. y pantorrilla de unos 15 días de evolución. En (tratamiento) con un (antibiótico) que no recuerda

(probablemente Augmentine). Desde hace 4 días con Cloxacilina 500 cada 8 h con mejoría parcial. Afebril". Tras exploración física y pruebas complementarias, la impresión diagnóstica es de "celulitis pie" izquierdo. Se le recomiendan "baños con Septomida", especificándose las instrucciones, y una "plantilla de descarga pie" izquierdo. Se adjuntan los resultados de hematología y bioquímica clínica. b) Informe de un médico privado sobre la atención dispensada al reclamante el 24 de junio de 2014, en el que constan como antecedentes patológicos del reclamante que es "exfumador (...). HTA y diabetes tipo II de más de 10 años de evolución a tratamiento (...). Buen control tensional según refiere el paciente. Deficiente control diabetológico con HbA1c de 8% en últimos análisis./ Acude a consulta por vez primera ese día por cuadro de dolor e impotencia funcional de MI izdo.", precisándose que tiene un "antecedente de traumatismo un mes antes al caer sobre ese pie un bloque de hormigón". El facultativo anota que, "según refiere el paciente, acudió al médico a las 48 h por gran edema del mismo", el tratamiento que se le pautó, con "curas" semanales "en su enfermera de cupo, realizándose la última el día anterior a la consulta". Reseña que "acude cojeando, con bastón y evitando el apoyo de pie izdo. al caminar, con el pie vendado con una gasa y calzado con chancla, tomando el tratamiento antibiótico pautado desde hace 20 días./ Antes de retirar el vendaje llama la atención el intenso olor penetrante y desagradable que emite el pie al retirar el calzado. El paciente refiere dolor intenso y dice sentirse 'cansado', con poco apetito... No sabe si ha tenido fiebre (no termometrada)". Se le diagnostica una "úlceras perforante que alcanza el hueso en base de 4.º dedo pie izdo. con secreción purulenta muy abundante, piel macerada en espacio interdigital y planta. Gran inflamación de pie hasta tobillo con lo que parece una gran bolsa de pus en la piel de la base de antepie. Olor penetrante que indica infección por anaerobios y posiblemente por *Pseudomona aeruginosa*. Intensa celulitis afectando a todo el tarso. Pulsos presentes en tibial posterior y pedia. Temperatura corporal de 37,5º, a pesar de haber tomado Ibuprofeno 600 a la mañana". Por último, refleja que "ante el estado del pie, y más en un paciente diabético, considero que no debo realizar ninguna intervención, ni tan siquiera limpieza o cura de la

lesión, y explico al paciente y a su hija que le acompaña que debe ser derivado urgentemente al hospital, y preferentemente al Hospital "Y", "ya que (...) requiere ingreso para desbridamiento quirúrgico del pie y tratamiento antibiótico intravenoso, puesto que tiene afectación del estado general y una infección avanzada". c) Informe de seguimiento del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital "Y" de 7 de abril de 2014. Consta la realización de drenaje quirúrgico urgente por infección de pie diabético y que "en el momento actual el paciente se encuentra pendiente de nueva cirugía y de evolución tras el procedimiento". d) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre "elección prestación de desempleo o pensión de incapacidad" de 17 de julio de 2014.

2. Mediante escrito notificado al interesado el 2 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 6 de octubre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria I una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "X" y en Atención Primaria, así como informes del Servicio de Urgencias y de su médico de Atención Primaria. Igualmente, requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del mismo en el Hospital "Y" y un informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar.

4. Mediante oficios de 27 de octubre y 27 de noviembre de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del interesado y un informe elaborado por la Jefa de Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar el 20 de noviembre de 2014.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias de 24 de junio de 2014, en el que consta que el reclamante "hace 1 mes que tuvo un golpe en pie" izdo. b) Informe de alta del Servicio de Cirugía Vascular, de 8 de septiembre de 2014, por "mal perforante". Consta en enfermedad actual que el reclamante "acude a Urgencias por lesión en 4.º dedo de pie izdo. de 2 meses de evolución. Lesión interdigital entre 4 y 5 dedos de pie izdo., con olor fétido y desarticulación del 4.º dedo a la exploración. Moteado en planta y fluctuación que sugiere acúmulo de pus. Celulitis alrededor de 4.º dedo sin linfangitis. Febrícula y 21.000 leucocitos. Pedio izdo. positivo. MId obstrucción distal a poplítea. Se decide drenaje quirúrgico urgente". En evolución se anota que "tras drenar quirúrgicamente la lesión del pie por dos veces el paciente evoluciona favorablemente y tras realizar terapia con vacío se realiza por parte de Cirugía Plástica injerto cutáneo. Durante el ingreso fue valorado por C. General por lesión pancreática". c) Hojas de curso clínico de hospitalización.

En el informe emitido por la Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular se indica que el paciente acudió a Urgencias del Hospital "Y" "con lesión en 4.º espacio interdigital pie izquierdo, con fluctuación y celulitis, sin linfangitis. Presenta pulsos positivos en esa extremidad". Consigna, entre sus antecedentes personales, "diabetes". Refiere que "se realiza drenaje en quirófano el mismo día del ingreso, practicando amputación abierta de 4.º y 5.º dedo y desbridamiento de la planta de pie izquierdo, se recogen cultivos y se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa. En el posoperatorio (...) precisa, con fecha 11 de julio, una ampliación de la incisión de la planta del pie con la que se consigue controlar la infección. Continuó curas con terapia de vacío y el 1 de septiembre el Servicio de Cirugía Plástica coloca un injerto para conseguir el cierre de la herida. Durante el tiempo del ingreso precisó la colaboración de los Servicios de Medicina Interna, Nefrología, Infecciosas, Cirugía General y Digestivo por presentar insuficiencia renal multifactorial, así como íleo que precisó antioTAC y resonancia para el diagnóstico (tumor seroso quístico de páncreas). El tratamiento instaurado durante el ingreso fue el idóneo en estos casos,

incluyendo el desbridamiento quirúrgico, la cobertura antibiótica por vía endovenosa y la normalización metabólica. El paciente es dado de alta el 8 de septiembre, pendiente de revisiones en C. General, C. Plástica y C. Vascular”.

Indica que “el diagnóstico principal (...) fue pie diabético”, e informa que “el pie diabético es un proceso que se desarrolla debido a la interacción de diferentes factores. Tanto factores primarios, entre los que destaca la neuropatía diabética asociada en mayor o menor grado a la macro y micro angiopatía, como secundarios, que dan lugar a un pie vulnerable, de alto riesgo. Los individuos diabéticos desarrollan infecciones relevantes desde el punto de vista clínico sin que se desarrollen correctamente sus mecanismos de defensa ni de alerta frente a la infección; por tanto, las lesiones inicialmente moderadas e incluso banales pueden evolucionar hacia situaciones extremas cuyo único desenlace es, con frecuencia, la amputación. El 40-50% de los diabéticos desarrollan una lesión en el pie que en el 20% de los casos es causa de amputación de la extremidad, siendo la tasa de amputación en paciente diabético de 20 a 40 veces más frecuente que (en) los pacientes no diabéticos”.

5. El día 14 de noviembre de 2014, la Gerente del Área Sanitaria I remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del reclamante obrante en el Hospital “X” y en el Centro de Salud, así como un informe de la Directora de este último.

Consta en las hojas de episodios el iniciado el 1 de junio de 2014 sobre “amputación traumática miembro”, anotándose que se aprecia “herida interdigital 4-5.º dedo pie izdo. supurante en diabético 2. Pedio y tibial post + gluc. 299. Empiezo antibiótico y curas/48 h”. Se aconseja “mejor control” glucémico. Figura el mismo día la prescripción e intervención de enfermería relativa a la cura. El día 10 de junio se prescribe otro antibiótico y se refleja la cura por enfermería, que le practica otra nueva el 13 de junio. El 16 de junio se consigna la consulta del día 14 en el Hospital “X”, reflejándose “buena evolución. Observación. No veo glicoxilada. Mirará glucemia próximo viernes”. El 19 de junio se deja constancia de “buena evolución, con inflamación

circunscrita a los últimos tres dedos del pie. Pedio + glucemia 125, revisión próximo lunes, continuar ab. al menos hasta entonces. Presenta úlcera entre 4.º y 5.º dedos. Aconsejo control de glucemias más frecuente”, reseñándose a continuación suspensión y pauta de fármacos y cura de enfermería. El 23 de junio la facultativa que atiende al paciente indica “veo úlcera de pie que está en mal estado, pero ya se le han pautado antibióticos. Ha sido visto en Hospital “X” por este motivo”, añadiendo que “el paciente refiere mejoría. Los médicos que lo han visto, también. Hospital: celulitis en dorso de pie izdo. y hasta rodilla. Evidentemente hoy solo queda una zona alrededor de la úlcera entre los 2 primeros dedos”, por lo que “mejoría”. Ese mismo día la enfermera señala “no tiene buen aspecto” y cura.

Con fecha 4 de noviembre de 2014, la Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Trevías subraya que en el historial clínico del paciente figuran “antecedentes de diabetes, diagnosticada en noviembre de 2008 con mal control, a tratamiento con antidiabéticos orales./ HTA diagnosticada en octubre de 2008” con el tratamiento que especifica e “hiperlipemia mixta sin tratamiento”. Refiere que “el 01-06-2014 fue visto en el Servicio de Urgencias (...) por herida interdigital cuarto-quinto dedo pie izquierdo, con curas por enfermería y tratamiento antibiótico. El 14-06 por mala evolución es derivado al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de donde regresa el mismo día con diagnóstico de celulitis y tratamiento antibiótico, antiinflamatorio y plantilla de descarga. El 16 y el 19-06 es visto nuevamente en este centro de salud con buena evolución y seguimiento por enfermería. El 23-06 enfermería deriva al médico, quien objetiva mejoría”.

El 14 de noviembre de 2014, la Facultativa Especialista de Área del Servicio de Urgencias del Hospital “X” expone, “en relación a la atención urgente recibida” por el perjudicado, que “en el momento de la valoración puntual en Urgencias el paciente no presentaba ni en la exploración física, ni en las pruebas complementarias realizadas en Urgencias, analítica urgente y radiología (incluida prueba de hemoglobina glicosilada como prueba diferida para seguimiento en Atención Primaria), signos de isquemia o complicación que instaran a una derivación a Cirugía Vasculor o ingreso hospitalario./ El

tratamiento al alta fue correcto en relación a la patología que se objetivó”. Añade que “prueba de ello es que la derivación se realiza 10 días después de la visita a Urgencias, sin que conste nueva reevaluación en este Servicio”.

6. Con fecha 9 de diciembre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que “la actuación de los facultativos” del Servicio de Salud del Principado de Asturias que “han intervenido en la asistencia médica del reclamante, al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que el estado clínico y las circunstancias (...) demandaban en cada momento de su proceso asistencial, fue correcta y conforme con la *lex artis*”.

7. Mediante oficio de 22 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. El día 20 de febrero de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite un nuevo informe técnico de evaluación. Tras indicar que el pie diabético es una importante “causa de morbilidad en los pacientes diabéticos que se manifiesta en forma de úlceras e infecciones del pie”, afirma que “alrededor del 15% de los diabéticos presenta úlceras en el pie y (que) es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores en Estados Unidos”. Cita, como factores de riesgo de estas lesiones, “sexo masculino, diabetes de más de 10 años de duración, neuropatía periférica, estructura anormal del pie, enfermedad vascular periférica, tabaquismo, antecedentes de úlcera o amputación y control deficiente de la glucemia. Su alta incidencia se debe a la interacción de varios factores, tales como la neuropatía, biomecánica anormal del pie, enfermedad vascular periférica y cicatrización deficiente de las heridas”.

Explica que el tratamiento óptimo de las lesiones consiste en “detectar pacientes de alto riesgo, la educación sanitaria y la prevención de la

ulceración". Especifica que "la educación del paciente debe hacer hincapié en estos aspectos (...): selección cuidadosa del calzado (...), inspección diaria de los pies para detectar los signos incipientes de ajuste deficiente del calzado o traumatismos menores (...), higiene diaria de los pies para mantener la piel limpia e hidratada (...), evitar el autotratamiento de las alteraciones de los pies y las conductas de alto riesgo (...) y (...) consulta rápida con un profesional de la salud en caso de cualquier anomalía. Medidas que modifican los factores de riesgo son el uso de un calzado ortopédico y de ortesis, el cuidado de las uñas y las callosidades y la disminución de la presión sobre la piel por una arquitectura ósea anormal. También es importante atender a otros factores de riesgo de enfermedad vascular (tabaquismo, dislipidemia, hipertensión) y mejorar el control glucémico". Añade que, "a pesar de las medidas preventivas, la ulceración del pie y las infecciones son frecuentes y representan un problema potencialmente grave. Su tratamiento debe ser interdisciplinar. La superficie plantar del pie es el lugar más frecuente de ulceración. Las úlceras pueden ser primordialmente neuropáticas (no acompañadas de infección) o tener celulitis u osteomielitis circundantes. También es común la celulitis sin ulceración que debe tratarse con antibióticos de amplio espectro./ La úlcera infectada requiere la realización de un cultivo superficial (...) en el que es probable encontrar numerosos gérmenes. Se debe determinar la profundidad de la herida por inspección y sondeando con un instrumento estéril de punta roma y realizar radiografías para evaluar la posibilidad de infección del hueso en el caso de úlceras crónicas que no han respondido al tratamiento. Puede ser preciso incluso el desbridamiento, la biopsia y el cultivo del hueso./ Seis intervenciones han probado su eficacia en el tratamiento de las úlceras y heridas del pie diabético (...): descarga (...), desbridamiento (...), apósitos de heridas (...), empleo adecuado de antibióticos (...), revascularización y (...) amputación limitada. Lo más adecuado es evitar por completo el peso sobre la úlcera, con lo que se elimina el traumatismo mecánico que retrasa la cicatrización de la herida. El reposo en cama y diversas ortesis limitan la carga sobre las heridas o puntos de presión. El desbridamiento quirúrgico de las heridas neuropáticas es importante y eficaz.

Los apósitos promueven la curación de las heridas hidratándolas y protegiéndolas. Se deben evitar los antisépticos. Los antibióticos tópicos son de utilidad limitada. Una vez controlada la infección pueden ser útiles la fisioterapia, la evaluación de las ortesis y la rehabilitación./ Las infecciones leves que no amenazan la extremidad se pueden tratar con antibióticos de amplio espectro por vía oral, desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico, cuidados locales de la herida y vigilancia estrecha del avance de la infección. Las úlceras más graves pueden requerir tratamiento antibiótico por vía intravenosa, así como reposo en cama y cuidados locales de la herida. Tal vez sea necesario el desbridamiento quirúrgico urgente de la herida. La meta debe ser el control estricto de la glucemia. Los antibióticos por vía intravenosa deberán proporcionar una cobertura de amplio espectro. Si la infección que rodea la úlcera no mejora con los antibióticos intravenosos se debe reevaluar la cobertura antibiótica y reconsiderar si está indicado un desbridamiento quirúrgico o la revascularización. Con la mejoría clínica se puede proseguir el tratamiento antibiótico y las curas locales de manera ambulatoria con seguimiento estrecho./ Otras medidas terapéuticas, como el empleo de equivalentes de piel viva y factores de crecimiento fibroblástico, pueden ser útiles, especialmente en las úlceras neuropáticas. El factor de crecimiento derivado de plaquetas recombinante produce algún beneficio y complementa los tratamientos de descarga, desbridamiento y antibióticos. Sin embargo, no existe evidencia de que el empleo de oxígeno hiperbárico pueda ser beneficioso en el tratamiento de estas lesiones”.

Entiende que “el reclamante fue correctamente diagnosticado y tratado en Atención Primaria de una lesión isquémica en el pie izquierdo; también fue correcta su derivación al hospital al constatar su desfavorable evolución, y lo fue igualmente el seguimiento posterior ambulatorio mediante la realización de controles estrechos de su glucemia y de curas locales que mejoraron el aspecto y la evolución de las lesiones (...). La asistencia sanitaria dispensada al reclamante en el Hospital “X” parece también haber sido adecuada, pues se efectuaron los estudios que a tenor de su situación clínica estaban indicados, aplicándose el tratamiento oportuno para la patología que presentaba”.

Resalta que “en el momento de la exploración el paciente no presentaba signos de isquemia ni ninguna otra complicación que aconsejaran un ingreso hospitalario o su derivación a Cirugía Vascul ar (...). En el día previo a su ingreso” en el Hospital “Y” el paciente fue valorado por su médico de Atención Primaria, “quien pudo constatar la evolución favorable de la lesión en ese momento. El hecho de que en el transcurso de tan solo unas horas la lesión experimentara una evolución tal que el paciente tuvo que ingresar en un servicio especializado de Cirugía Vascul ar no debe extrañar en el caso de pacientes diabéticos (...). Una vez ingresado en el Servicio de Cirugía Vascul ar” del Hospital “Y” “el reclamante fue prontamente diagnosticado y tratado quirúrgicamente. La cirugía a la que fue sometido -amputación transmetatarsiana del 4.º y 5.º dedos- estaba indicada en este caso por el estado de los tejidos y las estructuras de asiento de la lesión. La posterior ampliación de la incisión y el drenaje del contenido infeccioso estuvieron también justificados por una evolución no favorable en un primer término (...). La prolongación del ingreso hospitalario fue consecuencia de la aparición de un proceso séptico, previsible, al tratarse de uno de los riesgos típicos de los procedimientos quirúrgicos a los que había sido sometido; máxime en un paciente con una patología de base como la de este cuyo control metabólico había sido bastante deficiente hasta la fecha. También influyó en el largo internamiento que el paciente desarrollase un fracaso renal agudo de causa multifactorial. Ambos procesos requirieron para su control y seguimiento el concurso de varios servicios médicos. La clínica abdominal aparecida durante el ingreso, que precisó la intervención del Servicio de Cirugía General, junto al hecho de que en los estudios radiológicos se encontraron imágenes sugestivas de una neoplasia pancreática que exigieron la realización de nuevas pruebas complementarias para llegar al diagnóstico cierto y la realización de un injerto por parte de Cirugía Plástica para cubrir el lecho de la amputación, son otros dos factores que contribuyeron en este caso a la prolongación del ingreso del paciente más allá de lo esperado”.

Concluye que la actuación de los facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias que “han intervenido en la asistencia médica del

reclamante, al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que el estado clínico y las circunstancias del paciente demandaban en cada momento de su proceso asistencial, fue correcta y conforme con la *lex artis*. La evolución tórpida de la lesión vascular y la necesidad de realizar a la postre un tratamiento radical de la misma obedecen a que el paciente presentaba una patología de base que altera los mecanismos de reacción frente a la infección y que interfiere y menoscaba los procesos de regeneración tisular. Las graves complicaciones aparecidas tras la cirugía constituyen riesgos típicos de la misma; máxime en un paciente en las condiciones y con los factores de riesgo del reclamante. La prolongación del ingreso hospitalario fue debida, aparte de a las complicaciones referidas, a la aparición simultánea de una patología que nada tenía que ver con la que motivó el ingreso y que requirió la realización de una serie de estudios para el diagnóstico cierto de la misma. Además de lo anterior, hubo que dejar de transcurrir el tiempo necesario para que la realización de un injerto en el lecho de la amputación para completar el tratamiento de la lesión prendiese con éxito”.

9. Mediante oficios de 25 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros una copia del informe técnico de evaluación, al haber observado un error material en el enviado el 22 de diciembre de 2014, sin especificar cuál es este.

10. Con fecha 1 de julio de 2015, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por el reclamante recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en aquel que se da cumplimiento a dicho requerimiento el 10 de julio de 2015.

11. Mediante oficio notificado al reclamante el 14 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le notifica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 21 de julio de 2015 se persona en las dependencias administrativas un letrado, que acompaña un poder *apud acta* otorgado a su favor por el reclamante para que comparezca en el procedimiento que se sigue ante la Sala Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

No consta que se hayan presentado alegaciones.

12. El día 9 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. Sostiene que la actuación de los facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias “que intervinieron en la asistencia del perjudicado fue correcta y conforme con la *lex artis*. La evolución tórpida de la lesión vascular y la necesidad de realizar a la postre un tratamiento radical de la misma obedecen a que el paciente presentaba una patología de base -la diabetes- que altera los mecanismos de reacción frente a la infección y que interfiere y menoscaba los procesos de regeneración tisular. Se calcula que el 40-50% de diabéticos desarrollan lesiones en el pie que en el 20% de los casos son causa de amputación de la extremidad, y que las amputaciones en los pacientes diabéticos son 20 a 40 veces más frecuentes que en los pacientes no diabéticos”.

Considera que “las graves complicaciones aparecidas tras la cirugía constituyen riesgos típicos de la misma; máxime en un paciente en las condiciones y con los factores de riesgo del reclamante./ El alargamiento del ingreso hospitalario fue debido, aparte de a las complicaciones referidas de la cirugía, a la aparición de forma concurrente de una patología que nada tenía que ver con la que motivó el ingreso y que requirió la realización de una serie

de estudios para el diagnóstico cierto de la misma y para asegurar que el injerto efectuado para completar el tratamiento prendiese con éxito”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de octubre de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de septiembre de 2014, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”- el día 14 de junio del mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. 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”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que el interesado atribuye a la asistencia dispensada el día 14 de junio de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" por dolor e inflamación en el pie izquierdo.

Se desprende del examen del expediente que diez días después de dicha consulta -el 24 de junio- hubo de practicársele al perjudicado una amputación transmetatarsiana atípica izquierda por la que permaneció ingresado en el Hospital "Y" hasta el 8 de septiembre de 2015, por lo que debemos apreciar la realidad de un daño susceptible de reclamación.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la

curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

El interesado reprocha un "abandono en los controles" entre los días 14 de junio de 2014 -en que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde se le apreció celulitis en el pie izquierdo- y el 24 del mismo mes -en que consultó con un médico privado que apreció que la dolencia del pie suponía ya una afectación de su estado general y una infección avanzada que obligó a la amputación transmetatarsiana del pie izquierdo-.

También censura que el día anterior -23 de junio de 2014- se le hubiera practicado la última cura sin que se le haya realizado ninguna advertencia, comentario u observación sobre el mal estado del pie.

Hay que destacar que el reclamante expresa que tras la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" -14 de junio- "el estado

de mi pie izquierdo continuó empeorando”, pese a continuar “diariamente con el tratamiento que se me había prescrito” y a la realización de curas semanales en la enfermera de cupo, que reconoce haber recibido.

El análisis de este asunto exige, en primer lugar, aclarar las circunstancias de la asistencia dispensada y la evolución de la lesión entre los días 14 y 24 de junio.

Sobre las circunstancias de la asistencia prestada, resulta de la historia clínica y del informe del médico privado que le atendió el 24 de junio que el paciente le manifiesta a este último un “antecedente de traumatismo un mes antes, al caer sobre ese pie un bloque de hormigón. Según refiere (...), acudió al médico a las 48 h por gran edema del mismo”; sin embargo, no hace referencia alguna a él en el Centro de Salud ni en el Hospital “X”.

Así, en el centro de salud fue visto por primera vez por este episodio el día 1 de junio de 2014, anotándose “herida interdigital 4-5.º dedo pie izdo. supurante en diabético 2. Pedio y tibial post + gluc. 299. Empiezo antibiótico y curas/48 h”. Se recomienda un “mejor control” de la glucemia. El día 10 consta la prescripción de un nuevo antibiótico, sin mencionar aquel traumatismo. El 14 de junio acude al Hospital “X” “por dolor e inflamación pie izdo. y pantorrilla de unos 15 días de evolución”, y tampoco indica nada sobre el traumatismo.

Solo consta este en el informe del Área de Urgencias del Hospital “Y” de 24 de junio de 2014, de la misma fecha que el del médico privado, en el que se refleja que “hace 1 mes tuvo un golpe en pie” izquierdo.

Es decir, que hasta el día 24 de junio de 2014 el perjudicado no manifiesta con claridad a los facultativos del servicio público las circunstancias en las que se había producido la lesión por la que consultaba.

En el Centro de Salud, además de recibir curas, fue visto por un médico el 1 y el 10 de junio, así como con fechas 16, 19 y 23 de junio, estas tres últimas después de la del Servicio de Urgencias del Hospital “X” por la que parece reclamar y por la que reprocha abandono en los controles.

Es cierto que en las cinco consultas fue examinado por cuatro médicos distintos, lo que podría influir en el control de la evolución de la lesión, pues si

se atiende al paciente en una sola ocasión -a lo sumo dos (las correspondientes a los días 16 y 19 de junio se realizaron por el mismo médico)- resulta más difícil valorar los cambios producidos.

Sin embargo, a la vista de la anotación realizada en la consulta del 23 de junio de 2014 podemos descartar tal objeción. En efecto, ese día la médica -que veía al paciente por primera vez- consigna "veo úlcera de pie que está en mal estado pero ya se le han pautado antibióticos. Ha sido visto en Hospital "X" por este motivo", reflejando a continuación que "el paciente refiere mejoría, los médicos que lo han visto también. Hospital: celulitis en dorso de pie izdo. y hasta rodilla. Evidentemente hoy solo queda una zona alrededor de la úlcera entre los 2 primeros dedos"; por tanto, "mejoría". Es decir, ante el resultado de la exploración física del pie la facultativa efectúa las correspondientes averiguaciones con los facultativos que le atendieron, consultando el historial e interrogando al paciente, que "refiere mejoría", por lo que concluye "mejoría".

El 24 de junio -día siguiente- el reclamante acude a un médico privado y "refiere dolor intenso y dice sentirse `cansado´, con poco apetito... No sabe si ha tenido fiebre (no termometrada)", pero no le manifiesta nada de esto el día anterior a la facultativa del centro de salud.

En resumen, el paciente acude a su centro de salud por una lesión en un pie y omite mencionar un traumatismo anterior. Además, el día 23 de junio -en la última de las consultas a las que acudió a dicho centro- afirma que mejora y no indica síntomas de cansancio, falta de apetito y probable fiebre, que si refirió al día siguiente al médico privado.

En el trámite de audiencia el perjudicado no formula objeción alguna en relación con las anotaciones que obran en su historia clínica.

En estas condiciones no se puede establecer una relación de causalidad entre el daño sufrido por el interesado y la asistencia dispensada por el servicio público de salud, pues si los pacientes refieren una mejoría no se les puede exigir a los facultativos, tras llevar a cabo las oportunas averiguaciones, que aprecien un empeoramiento, que adivinen los síntomas que aquellos no

señalan o que efectúen un interrogatorio más allá de las dolencias por las que consultan.

Por otro lado, constan en el expediente los antecedentes patológicos del interesado, consistentes en diabetes tipo II, diagnosticada en noviembre de 2008 con mal control y a tratamiento con antidiabéticos orales, HTA a tratamiento e hiperlipemia mixta sin tratamiento.

Respecto a la diabetes mal controlada, se refleja en aquel la actuación de los facultativos que le atendieron entre el 1 y el 23 de junio de 2014 en el centro de salud, pues el día 1 de junio se anota "mejor control gluc." y el día 19 que "aconsejo control de glucemias más frecuente".

Por su parte, la Jefa del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular informa que "el pie diabético es un proceso que se desarrolla debido a la interacción de diferentes factores. Tanto factores primarios, entre los que destaca la neuropatía diabética asociada en mayor o menor grado a la macro y micro angiopatía, como secundarios, que dan lugar a un pie vulnerable, de alto riesgo. Los individuos diabéticos desarrollan infecciones relevantes desde el punto de vista clínico sin que se desarrollen correctamente sus mecanismos de defensa ni de alerta frente a la infección; por tanto, las lesiones inicialmente moderadas e incluso banales pueden evolucionar hacia situaciones extremas cuyo único desenlace es con frecuencia la amputación. El 40-50% de los diabéticos desarrollan una lesión en el pie que en el 20% de los casos es causa de amputación de la extremidad, siendo la tasa de amputación en paciente diabético de 20 a 40 veces más frecuente que (en) los pacientes no diabéticos".

En la propuesta de resolución se subraya que la diabetes "altera los mecanismos de reacción frente a la infección y que interfiere y menoscaba los procesos de regeneración tisular", reproduciendo los datos estadísticos contenidos en el informe anterior.

Según el informe técnico de evaluación, "el hecho de que en el transcurso de tan solo unas horas la lesión experimentara una evolución tal que el paciente tuvo que ingresar en un servicio especializado de Cirugía Vascular no debe extrañar en el caso de pacientes diabéticos", lo que permite

descartar infracción de la *lex artis* por el hecho de que el día 23 de junio de 2014 la facultativa no apreciara la gravedad de la lesión tal y como se manifestó al día siguiente.

En el trámite de audiencia el interesado no ha formulado alegaciones ni ha aportado pruebas en contra de los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento, por lo que no podemos apreciar infracción de la *lex artis* en el caso sometido a nuestra consideración.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.