

Expediente Núm. 311/2016
Dictamen Núm. 10/2017

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 26 de enero de 2017, 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 16 de diciembre de 2015 -registrada de entrada el día 21 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 infección y posterior amputación de un pie diabético.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de agosto de 2015, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones padecidas como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario tras sufrir una “infección en el segundo dedo del pie derecho” el 23 de marzo de 2014.

Expone que el día 19 de marzo de 2014 “tras sufrir un corte muy pequeño (...) al cortarse las uñas” acude al Centro de Salud, precisando

que "era como la cabeza de una alfiler de pequeño", indicándole "el ATS (...) que tendría que ponerlo a remojo en agua y sal".

Señala que el 23 de marzo volvió al ambulatorio, en este caso al Centro de Salud, ya que era festivo, "remitiéndole (...) este centro con volante" a la Fundación Hospital, Una vez en Urgencias, "tras la exploración, le diagnostican una infección en el segundo dedo del pie derecho y le inyectaron Augmentine 2 g intravenoso, seguidamente le envían a su domicilio para seguir tratamiento con Augmentine 875, 1 cada 8 horas, y paracetamol en el caso de que hubiera dolor".

Manifiesta que el día 26 de marzo de 2014, a las 09:44 h, ingresa en la citado hospital al no haber cedido la infección, solicitándose bajo anestesia local el 9 de abril de 2014 "la amputación (transmetatarsiana) cerrada del segundo dedo del pie derecho", recibiendo el alta el día 11 de abril "para proseguir la recuperación en su domicilio". Reseña que el tratamiento es el mismo que el de antes de la hospitalización, reposo relativo con el pie levantado, evitar apoyo y acudir el 14 de abril a revisión a Cirugía Vascular, y subraya que en esta revisión "le dicen que es una bacteria que cogió en el quirófano, y el comentario de los doctores es que tuvo mala suerte".

Afirma que el día 16 "vuelve a curas ya con fiebre", pautándosele curas diarias, y pone de relieve que "los días posteriores (...) la enfermera le encontró un trozo de hueso (...) suelto, 'esquirla', que le habían dejado sin retirar o limpiar en la amputación del dedo, que le indican era lo que me provocaba la infección tan grande que tenía y nadie se lo había visto". Ante esta situación la enfermera fue a llamar al cirujano, y "ahí mismo se lo retiró sin anestesia con la ayuda de unas alicates (...), todo esto en plena sala de curas". Aclara que ese mismo día 21 de abril ingresa en la Fundación Hospital "a causa de la infección que tenía a consecuencia del hueso suelto, o falta de una adecuada profilaxis antibiótica al haberse infectado con *Enterococcus* en la intervención o en las curas". Añade que "al día siguiente, al ver que tenía la planta del pie negra, le tuvieron que quitar ahí mismo en la habitación una gran parte de la planta del pie sin anestesia, con bisturí./ Al día siguiente, con unas grandes pinzas desde el dedo que le amputaron se las clavaron hacia

abajo para meterle una teja para ver si drenaba, todo esto sin anestesia, lo cual no valió para nada porque no salió nada de pus, haciéndole sufrir para nada, pues todo ello se realizó sin la más mínima anestesia o sedación y en la cama de la habitación”.

Menciona que estuvo ingresado hasta el día 29 de abril, en que fue trasladado al Hospital, donde se le practica el 9 de mayo de 2014 una “angioplastia de arteria tibial anterior y posterior”, siendo derivado nuevamente el 12 de mayo a la Fundación Hospital y realizándosele el 10 de junio un “desbridamiento de injerto cutáneo”.

Indica que el 1 de julio de 2014 es dado de alta hospitalaria, y que “tras curas y tratamiento intravenoso el injerto plantar ya ha prendido y persiste fístula a nivel de segundo metatarsiano, siendo subsidiario el paciente de curas y control ambulatorio, a lo cual se niega”, solicitando que se “le hagan las curas en el hospital y no en el ambulatorio debido al miedo que tiene por lo que ya había pasado, aunque (...) tuvo que ir a hacer alguna al ambulatorio, ya que en Cirugía Vasculat no había médicos para atenderle”.

Indica que el 1 de agosto de 2014 acude nuevamente a Urgencias “con fiebre de 39 grados, encontrándome muy mal, con tiritonas de dos horas o más, y me dicen que estaré incubando una gripe”, aunque “la gripe no apareció por ningún lado”. El día 2 de agosto regresa a Urgencias “con 40 de fiebre y le mandan hacer lo mismo que el día anterior”.

Afirma que “en todos estos meses solo le hicieron una radiografía cuando le amputaron el primer dedo”, a pesar de que todas las veces que pasó por Urgencias solicitó que se “las hicieran por si algo no iba bien, de lo cual hicieron caso omiso alegando que estaba incubando gripe, siendo evidente el error de diagnóstico, pues no había ninguna gripe”. Señala que el día 4 de agosto, “al no aguantar más (...), acude directamente a Cirugía Vasculat y le dicen que tendría que quedarme unos días ingresado para darle antibiótico (...), seguidamente le hacen una radiografía y le dicen que le tienen que amputar todos los dedos”. Le practican una “amputación transmetatarsiana MID, instaurándose tratamiento por la bacteriemia que se dice relacionada con osteomielitis local en metatarsianos 1.º y 3.º”.

Por último, apunta que el día 25 de agosto de 2014 le dan el alta teniendo que realizar curas “durante muchos meses, y a día de hoy todavía sigue con revisiones periódicas”.

En cuanto a las lesiones, manifiesta que además de la “amputación metatarsofalángica” tiene un “injerto en la base del pie con infinitos problemas y una importante afectación psicológica, siendo casi incapaz de salir de su domicilio por los problemas para calzarse”.

En definitiva, reprocha que “la lesión inicial no fue debidamente valorada y tratada, y tras la (...) amputación del 2.º dedo del pie derecho se produjeron distintas infecciones por bacterias bien en la intervención o curas realizadas incluso sin anestesia, llegando a arrancarse una esquirla dejada en la intervención, sin que dichas infecciones hospitalarias fueran además debidamente valoradas y tratadas, lo que derivó en la amputación metatarsofalángica”. Añade que “la asistencia médica prestada por el Hospital (...) tampoco se ajusta en modo alguno al criterio de la *lex artis*, todo ello teniendo en cuenta que no se procedió a la rápida valoración, tratamiento antibiótico”, y precisa que “si se hubiese intervenido correctamente (...) no se habrían producido las complicaciones”.

Sostiene que las lesiones “fueron causadas por la actuación de la Administración con ocasión de la asistencia médica prestada (...), siendo dicha asistencia (...) totalmente contraria al criterio de la *lex artis* y a la deontología médica, existiendo un deficiente tratamiento médico, sin que dichas lesiones deban ser soportadas por el reclamante (...), al no concurrir fuerza mayor o tener el deber jurídico de soportarlas”.

Solicita una indemnización cuyo importe total asciende a cien mil euros (100.000 €), más los intereses legales correspondientes, por las secuelas que presenta en la actualidad -“amputación transmetatarsiana del pie derecho, injerto en la planta del pie derecho, cicatrices en pierna (...), síndrome de estrés postraumático y perjuicio estético moderado, habiendo precisado tratamiento médico, farmacológico y curas continuadas hasta la actualidad”-.

Por medio de otrosí solicita que se admitan los documentos que acompaña, señalando a efectos de notificaciones el despacho profesional de un letrado.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, de 23 de marzo de 2014, en el que consta que el paciente, con antecedentes de "HTA no DL. DM-2 a tratamiento con ADO. Retinopatía diabética. (Intervención quirúrgica): tendones brazo izquierdo, lipoma", acude con "infección en 2.º dedo de pie dcho. tras cortarse al arreglarse las uñas hace 10 días", estableciéndose la impresión diagnóstica de "infección pie diabético". Se le inyecta Augmentine 2 g intravenoso y se le indican curas locales con Betadine, Augmentine 875 (1 cada 8 horas) y paracetamol (1 g cada 6-8horas si dolor), solicitándose consulta con Cirugía Vascul y remitiéndole a control y revisión por su médico de Atención Primaria. b) Informe de alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul, de 29 de abril de 2014, en el que se recoge que "a su ingreso -21 de abril de 2014- se inicia tratamiento con Vancomicina (...) por la presencia de MARSA en el lecho de amputación en cultivo previo. A las 24 horas el paciente mantiene la fiebre elevada con mala evolución de la infección, realizándose drenaje de absceso plantar. Se asocia Augmentine a dosis altas a su tratamiento, lo cual estabiliza la infección, acompañándose de desbridamiento de los tejidos necróticos. Presenta una amplia exposición de planos profundos y se ha conseguido la regresión de los signos infecciosos manteniendo al paciente afebril./ Dada la coexistencia de posible arteriopatía se traslada (...) al Hospital para estudio arteriográfico". La impresión diagnóstica es de "pie diabético", pautándose Septrin fort 800/160, Efficib 50/1000 mg, Almax forte 1,5 g sobres, Augmentine 2 g cada 8 horas (comenzado el 23-04-2014), Lorazepam 1 mg, Clexane 40 mg, Paracetamol 1 g y Anagasta 20 mg. c) Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul del Hospital, de 12 de mayo de 2014, en el que se consigna que el 5 de mayo se le realiza una arteriografía que muestra "permeabilidad del lecho femoral y poplíteo con lesiones en troncos distales obstrucción de tibial anterior", practicándosele el 9 de mayo de 2014 una "angioplastia de arteria tibial

anterior y posterior". La impresión diagnóstica es de "pie diabético", y se anota que "evoluciona favorablemente recuperando pulsos distales y se devuelve al Hospital para continuar con curas y valorar injerto". d) Informe de alta del Servicio de Cirugía Plástica de la Fundación Hospital, de 1 de julio de 2014, en el que consta que el 12 de mayo de 2014 es "trasladado desde H. para completar curas y tratamiento antibiótico y valoración del injerto cutáneo". Se realiza una analítica y un cultivo del pie que arroja como resultado "*E. coli* y *E. fecalis* sensibles a Amoxicilina-Clavulánico". Se reseña que "con fecha 10-6-2014 se realiza desbridamiento e injerto cutáneo. Al alta y tras curas exhaustivas y tratamiento antibiótico intravenoso el injerto plantar ha prendido y solo persiste mínima fístula a nivel de segundo metatarsiano, siendo subsidiario (...) de curas y control ambulatorio". e) Notas de progreso de enfermería de la Fundación Hospital, en las que se refleja el seguimiento de las curas realizadas entre el 11 y el 23 de julio de 2014. f) Informe del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, de 1 de agosto de 2014, en el que se recoge que el paciente "acude refiriendo fiebre de hasta 39 °C de 16 horas de evolución con sensación de agotamiento (...), cefalea (...), mialgias (...). Refiere que la última cura de la herida de amputación de 2.º dedo de pie derecho ha sido esta mañana en su centro de salud (...) sin alteraciones. No dolor en MID, no odinofagia, no otalgia. No heridas ni erosiones". En la exploración física del miembro inferior derecho se aprecia "discreto edema crónico, amputación de 2.º dedo de pie derecho. Fístula con buen estado, sin signos de infección. Cicatriz de injerto en región externa de muslo derecho". Se le diagnostica "fiebre a observación" y "anemia y trombocitosis ya conocidas previamente", administrándosele "Paracetamol IV" con mejoría de la temperatura. g) Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Fundación Hospital, de 25 de agosto de 2014, en el que figura que ingresa el 4 de agosto de 2014 por "episodios de bacteriemia cuyo origen puede estar relacionado con osteomielitis local en metatarsianos 1.º y 3.º". En la Rx de antepié derecho se observa "afectación de metatarsifalángica 1 y 3 dedo". Se instaura "tratamiento empírico, así como

específico, por colonización por MARSAS” y se decide realizar “como única posibilidad terapéutica la amputación transmetatarsiana”.

2. El día 21 de agosto de 2015, el Jefe del Área de Inspección del Área Sanitaria V remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -registrándose de entrada en este órgano el 26 de agosto de 2015-.

3. Mediante oficio de 31 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la Gerencia de la Fundación Hospital una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El 30 de septiembre de 2015 el Gerente de la Fundación Hospital adjunta la certificación requerida. En ella consta que “el personal facultativo del Servicio de Cirugía Vascul ar forma parte de una Unidad Funcional constituida en virtud del Convenio de colaboración firmado entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias, el Hospital y la Fundación Hospital el 1 de diciembre de 2006. Según este convenio, los profesionales que integran esta Unidad Funcional prestan servicios indistintamente en las Unidades de Cirugía Vascul ar de cada hospital según la programación del trabajo./ Respecto al personal facultativo del Servicio de Cirugía Plástica, estos pertenecen a la plantilla” de la Fundación Hospital

4. Mediante escrito notificado al reclamante el 4 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación -4 de mayo de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 31 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la

reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

6. Mediante oficio de 2 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de la Fundación Hospital una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe de los servicios intervinientes (Cirugía Plástica y Angiología y Cirugía Vascolar) en relación con el contenido de la reclamación.

El 30 de septiembre de 2015, el Gerente de la Fundación Hospital le traslada la documentación solicitada. En el informe del Servicio de Cirugía Plástica, de 17 de septiembre de 2015, se reseña en orden cronológico el proceso asistencial del paciente, sin consideraciones adicionales.

En el emitido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar, de 29 de septiembre de 2015, se señala que "el pie diabético es una patología muy compleja, mutilante y que menoscaba la calidad de vida de los pacientes. La infección, sobre todo si se asocia a isquemia, es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en la población general, de ingreso hospitalario (...). El 15% de los diabéticos van a sufrir a lo largo de su vida una infección del pie (...), precedida en más del 80% de los casos de una úlcera en el pie. Son infecciones importantes en cuyo pronóstico influyen muchos factores dependientes de la úlcera (localización, extensión, cronicidad, amputación previa, grado de isquemia) y del paciente. Su tratamiento es complejo y debe ser multidisciplinar: debe incluir desbridamiento, descarga, antibioterapia adecuada, revascularización y cura de la úlcera". Afirma que en el caso que nos ocupa "el paciente ha presentado una etiología típica en el pie diabético que ha evolucionado desfavorablemente debido a los mecanismos fisiopatológicos que, potenciándose uno a otro, intervienen en esta enfermedad y que son la triada neuropatía-arteriopatía-infección. Se han seguido en todo momento los protocolos habituales y se ha actuado conforme a las recomendaciones de las diversas guías y consensos, con la amputación de la gangrena digital húmeda, el drenaje del absceso, la antibioterapia ajustada a cultivos, la revascularización precoz endovascular, las curas

exhaustivas y frecuentes con retirada de esfacelos, la cobertura con injerto y la amputación transmetatarsiana al identificarse la osteomielitis. Señalar que cuando el paciente se refiere a la extracción de una astilla entendemos que en realidad se refiere a la retirada del muñón óseo expuesto por la profundización de la úlcera; tanto este procedimiento como el drenaje plantar se pueden realizar habitualmente sin anestesia debido a la neuropatía asociada al pie diabético que comporta la pérdida de la sensibilidad termo-algésica. Tras todo este despliegue terapéutico el paciente ha conseguido finalmente mantener su extremidad”.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de notas de progreso de la Fundación Hospital en las que figura anotado, el 23 de marzo de 2014, “cura de dedo con lavado (H₂O₂) + aplicación de Betadine crema”. b) Informe de alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculr, de 11 de abril de 2014, en el que se consigna que el paciente “ingresa -el día 26 de marzo de 2014- por lesión en 2.º dedo de pie dcho. tras cortarse las uñas. No antecedentes de claudicación”, añadiendo que en la exploración física del miembro inferior derecho “no se palpan distales por edema, buen flujo tibial posterior, gangrena húmeda de 2.º dedo con exposición de falange distal. Enrojecimiento del antepié”. El día 9 de abril de 2014 “bajo anestesia local se realiza (...) amputación (transmetatarsiana) cerrada de 2.º dedo de pie derecho. Buena evolución posoperatoria. Es alta para proseguir su recuperación en su domicilio”. La impresión diagnóstica es de “pie diabético” y se le prescribe el mismo tratamiento farmacológico que antes del ingreso, así como reposo relativo en cama con el pie elevado, evitar el apoyo del pie y acudir a revisión de Cirugía Vasculr el 14 de abril. c) Informe de enfermería al alta hospitalaria en el que se refleja “curado de hoy, día 4 de mayo. Se realizan curas diarias con crema barrera en bordes + Intrasite + Aquacel AG. Se hidrata bien pie con leche de Mepentol (lo aporta el paciente)”. d) Informe quirúrgico del Servicio de Cirugía Plástica, de 10 de junio de 2014, en el que se recoge “A. raquídea./ Desbridamiento de PDS en lecho de amputación de 2.º dedo incluyendo secuestro óseo correspondiente a cabeza de 2.º MTT./ Desbridamiento de PDS plantar (bóveda plantar) (...).

Cobertura de defecto plantar con injerto de piel parcial mallado 1,5". e) Informe del Servicio de Urgencias, de 2 de agosto de 2014, en el que consta que el paciente acude porque "en la tarde de ayer presentó de nuevo fiebre hasta 40°. Durante la noche y esta mañana afebril. Tomó un Paracetamol a las 6 a.m. AxA negativa. Ingesta alimentos normal./ El paciente presenta BEG y en el pie no se aprecian zonas dolorosas a la palpación ni áreas de fluctuación. Ligero aumento de la temperatura local en el pie y pequeña herida en el lecho de amputación que rezuma líquido serosanguinolento./ Se recomienda mantener pauta prescrita ayer y observación durante 24 h. Si repite fiebre elevada o aparecen nuevos síntomas acudir de nuevo a Urgencias". f) Hojas de notas de progreso en las que se anota, el 11 de diciembre de 2014, "amputación transmetatarsiana completamente cerrada. Doy revisión en 6 meses" y "lesión cicatrizada. Se da el alta y se pide revisión para C. Vascular", y el 3 de junio de 2015, "TMT con correcta cicatrización. En pie izquierdo salió callosidad en 5.º dedo de MII de pequeño tamaño (...), evitar roce y vigilar". g) Consentimientos informados de las intervenciones quirúrgicas y de anestesia. h) Hojas de verificación del bloque quirúrgico de 9 de abril de 2014 (amputación dedo pie dcho.), 10 de junio (desbridamiento + injerto), 8 de agosto (null-amputación transmetatarsiana pie derecho), precisándose en esta última, en relación con la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, "no aplicable". i) Analíticas de sangre de marzo, abril, mayo y agosto de 2014.

7. Mediante escrito de 1 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia íntegra de expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

8. Obra incorporada a aquel una diligencia en la que se deja constancia de que el 25 de abril de 2016 el interesado recoge una copia del mismo.

9. El día 5 de octubre de 2016, se recibe el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora el 29 de julio de 2016 por dos especialistas, uno en

Medicina Legal y Forense y otro en Cirugía General y Digestivo, así como el emitido por un gabinete jurídico también a instancias de la entidad aseguradora.

En el primero se explica que “los pacientes diabéticos, al ver ampliada su expectativa de vida, pueden desarrollar numerosas complicaciones y, entre ellas, el pie diabético (...). La úlcera en el pie o PD es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos (...). Entre los factores precipitantes o desencadenantes del pie diabético suelen ser muy comunes los microtraumatismos por el corte de uñas o por arreglos podológicos, que producen con el paso del tiempo una úlcera o necrosis que, sumados al resto de factores, provocan la mala evolución hacia la cronicidad y el agravamiento de la lesión”.

Por lo que se refiere al caso examinado, y tras comentar que “la úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos, cuya evolución desfavorable se debe a la triada neuropatía, arteriopatía e infección”, señalan que el traumatismo sufrido en el pie derecho del reclamante “se manejó con curas locales”, y que “en este momento la infección de la herida era de grado moderado-leve sin compromiso isquémico”. Explican que “la neuropatía y las alteraciones micro y macro vasculares que se producen como complicación crónica de la diabetes a menudo determinan una evolución tórpida de las heridas del pie y requieren un seguimiento estrecho de las mismas”, precisando que “el paciente estuvo seguido por su enfermero de zona”.

En cuanto a la revascularización efectuada el 9 de mayo de 2014, afirman que “fue realizada en tiempo y forma, en cuanto se detectó la posibilidad de una arteriopatía oclusiva”, y añaden que “el manejo del paciente y de la isquemia asociada fue precoz (...). Se tardó 4 días entre diagnóstico y cirugía”.

Por lo que se refiere al desbridamiento y cobertura cutánea llevados a cabo el 10 de junio, sostienen que “tanto la actuación del Servicio de Cirugía Plástica como el seguimiento fueron totalmente correctos”, pautándose además al paciente antibióticos ante los indicios de osteomielitis, la cual se

hace "patente" el 21 de julio tras la extracción de una "esquirla ósea", aclarando que "no se trata de una astilla (como expresa el paciente), sino de fragmento óseo aislado por la infección o secuestro óseo)".

Respecto al ingreso del 1 de agosto con "afectación sistémica, leucocitosis y desviación izquierda", argumentan que "es sabido que la isquemia y las alteraciones de los leucocitos hacen que la respuesta de la infección al tratamiento sea peor en los diabéticos y son posibles empeoramientos rápidos, por lo que se ha de mantener una actitud expectante". Confirmada la osteomielitis en la radiología, "y dada la mala evolución, se plantea como único tratamiento posible para controlar la evolución la realización de una amputación transmetatarsiana como el nivel más conservador posible suficiente para controlar la infección", subrayando que "la evolución posterior del paciente y de su pie fue favorable".

Concluyen que "la evolución tórpida de la herida de su 2.º dedo de pie derecho (...) constituye una de las posibilidades de la historia natural de la DM tipo II, que no es atribuible a una práctica médica inadecuada, sino que precisamente motiva la necesidad de seguimiento estrecho, tal como se realizó, porque es conocido que a pesar de la adopción de todas las medidas médicamente indicadas para cada caso la evolución puede ser desfavorable, por lo que debe ir ajustándose la actitud terapéutica a la progresión clínica en el caso concreto". Añaden que "el pie diabético es causa frecuente de ingreso hospitalario y puede ser necesaria la amputación del miembro, a distintos niveles según la gravedad, para el control de la infección (hasta en el 20% de los casos) (...). En el presente caso el estrecho seguimiento médico del paciente y la adopción de las medidas terapéuticas adecuadas permitió el control del cuadro infeccioso, limitando la amputación a la región metatarsiana y preservando de esta forma una buena funcionalidad del pie, asociándose una revascularización del miembro para tratar la arteriopatía y una cobertura de la herida con un injerto para oclusión de la úlcera del pie". Consideran que "se ha actuado en todo momento de manera adecuada y exquisita, con consenso y colaboración de los diferentes servicios médicos implicados, que han seguido los protocolos establecidos para manejo del pie diabético,

correspondiendo con la *lex artis ad hoc*, y que han conducido a conseguir un pie con una amputación parcial y con la herida totalmente cerrada a los 10 meses del inicio de su enfermedad”.

En el informe realizado el 22 de agosto de 2016 por el gabinete jurídico a instancias de la compañía aseguradora se concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis*, siguiendo todos los pasos asistenciales protocolizados para este caso pero sin poder evitar la amputación final”. Por tanto, “no existe daño antijurídico ni nexo de causalidad”, ya que “la amputación (...) se debe a la propia evolución de la enfermedad y es una consecuencia frecuente en los casos de infección en pie diabético”.

10. Mediante escrito notificado al interesado el 26 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

11. Con fecha 21 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios pone en conocimiento de la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin que se hayan recibido.

12. El día 29 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Razona que en el presente caso “la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La amputación no se produjo como consecuencia de una deficiente práctica médica, sino (debido) a la evolución natural en los casos de pie diabético. La actuación coordinada de los facultativos de los diferentes servicios (revascularización, injerto cutáneo y amputación transmetatarsal) logró eliminar la infección y conseguir una adecuada funcionalidad del pie evitando una mayor amputación, como ocurre

con mucha frecuencia en casos similares de pie diabético”. En definitiva, entiende que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de diciembre de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que “A los procedimientos ya iniciados antes

de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 20 de agosto de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 106/2015 y 256/2016) que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En este supuesto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la atención prestada al perjudicado en el centro hospitalario privado lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido.

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 20 de agosto de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta hospitalaria de la última intervención quirúrgica- el 25 de agosto de 2014, aunque es el día 11 de diciembre de 2014 cuando recibe el alta médica al haber cicatrizado la lesión, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Sin embargo, observamos que el informe evacuado por el Servicio de Cirugía Plástica de la Fundación Hospital es deficiente, pues se limita a relatar o reproducir la realidad que ya se recoge en la historia clínica, sin abordar explícitamente las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación. Pese a ello, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que el resto de la documentación incorporada al expediente permite un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Asimismo, advertimos que se ha producido un error al comunicar al interesado la fecha de presentación de su reclamación -4 de mayo de 2015-,

pues en ese momento ni siquiera había sido formulada. Entendemos que la petición de responsabilidad patrimonial se recibe en el órgano competente para resolver -Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios- el día 26 de agosto de 2015, fecha que aparece en el sello del registro de entrada de este Servicio estampado en el escrito de 21 de agosto de 2015, en virtud del cual el Jefe del Área de Inspección del Área Sanitaria V traslada la reclamación al referido Servicio.

Por último, apreciamos una indebida paralización del procedimiento entre la recepción de la documentación solicitada a la Fundación Hospital - 1 de octubre de 2015- y el envío del expediente a la correduría de seguros -1 de febrero de 2016-, lo que resulta claramente contrario al principio de eficacia administrativa. Ello, unido a la demora en la instrucción de aquel, provoca que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se haya 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.

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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización por los daños que el reclamante atribuye a una infección contraída en uno de los centros sanitarios en los que fue atendido.

Obra en el expediente un informe del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital en el que consta que el día 23 de marzo de 2014 el interesado acude con “infección en 2.º dedo de pie dcho. tras cortarse al arreglarse las uñas”. Asimismo, figuran en aquel diversos informes médicos sobre el curso clínico del paciente, al que finalmente fue necesario practicarle

una amputación transmetatarsiana. Resulta probada, por tanto, la efectividad del daño alegado en los términos que el perjudicado plantea, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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.

De los hechos relatados se desprende que el interesado sufre un pequeño corte en el segundo dedo del pie derecho al arreglarse las uñas -según indica- el día 19 de marzo de 2014 (a pesar de que en el informe de Urgencias de 23 de marzo se consigna que el corte se produjo "hace 10 días"). El día 23 de ese mes es atendido de nuevo en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, estableciéndose la impresión diagnóstica de "infección pie diabético", inyectándosele "Augmentine 2 g" intravenoso y pautándole curas locales con Betadine, Augmentine 875, 1 cada 8 horas, y Paracetamol (1 g) cada 6-8 horas si hubiese dolor. El 26 de marzo de 2014 ingresa nuevamente en el referido hospital, presentando a la exploración física "gangrena húmeda de 2.º dedo con exposición de falange distal. Enrojecimiento del antepié", por lo que con fecha 9 del mes siguiente se le practica "bajo anestesia local (...) amputación (transmetatarsiana) cerrada de 2.º dedo de pie derecho", siendo buena la evolución posoperatoria. Así las cosas, es dado de alta el día 11 de abril de 2014 "para proseguir su recuperación en su domicilio", y se le prescribe "el mismo tratamiento farmacológico" que antes del ingreso. El 21 de abril de 2014 ingresa nuevamente en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar "por la presencia de MARSAS en el lecho de amputación en cultivo previo", iniciándose tratamiento con "Vancomicina ev". A las 24 horas el paciente mantiene la fiebre elevada con mala evolución de la infección, realizándose drenaje de absceso plantar. Se asocia Augmentine a dosis altas a su tratamiento, lo cual estabiliza la infección acompañándose de desbridamiento de los tejidos necróticos. El 4 de mayo es trasladado al Hospital para realizar un estudio arteriográfico que arroja como resultado "permeabilidad del lecho femoral y poplíteo con lesiones en troncos distales obstrucción de tibial anterior", realizándosele el 9 de mayo de 2014 una "angioplastia de arteria tibial anterior y posterior". Siendo favorable la evolución, el 12 de mayo retorna a la Fundación Hospital para "completar curas y tratamiento antibiótico y valoración de injerto cutáneo". Ya en la Fundación Hospital se lleva a cabo una analítica y un cultivo del pie que constata la existencia de "*E. coli* y *E. faecalis* sensibles a Amoxicilina-Clavulánico". Con fecha 10 de junio de 2014 se

realiza desbridamiento e injerto cutáneo. Al alta -1 de julio-, y tras curas exhaustivas y tratamiento antibiótico intravenoso, "el injerto plantar ha prendido y solo persiste mínima fístula a nivel de segundo metatarsiano, siendo subsidiario el paciente de curas y control ambulatorio", recogándose estas actuaciones en las notas de progreso incorporadas a la historia clínica del paciente. El 1 de agosto de 2014 acude al Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital "refiriendo fiebre de hasta 39 °C de 16 horas de evolución, con sensación de agotamiento (...), cefalea (...), mialgias (...). No dolor en MID, no odinofagia, no otalgia. No heridas ni erosiones". En la exploración física del miembro inferior derecho se aprecia "discreto edema crónico, amputación de 2.º dedo de pie derecho. Fístula con buen estado, sin signos de infección". Como impresión diagnóstica, se hace constar "fiebre a observación" y "anemia y trombocitosis ya conocidas previamente". Se le administra "Paracetamol IV" con mejoría de la temperatura. Recibe el alta, indicándosele "observación domiciliaria con control de (temperatura) y signos de alarma", así como "control y revisión por su médico de Primaria" y "en caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias". Al día siguiente acude de nuevo a Urgencias porque "en la tarde de ayer presentó de nuevo fiebre hasta 40°. Durante la noche y esta mañana afebril". Presenta buen estado general y en el pie no se aprecian zonas dolorosas a la palpación ni áreas de fluctuación, aunque sí un "ligero aumento de la temperatura local en el pie y pequeña herida en el lecho de amputación que rezuma líquido serosanguinolento". Se le recomienda "mantener pauta prescrita ayer y observación durante 24 h. Si repite fiebre elevada o aparecen nuevos síntomas acudir de nuevo a Urgencias". El paciente ingresa en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Fundación Hospital el 4 de agosto de 2014 por "episodios de bacteriemia cuyo origen puede estar relacionado con osteomielitis local en metatarsianos 1.º y 3.º". Se instaura "tratamiento empírico, así como específico, por colonización por MARSA" y se decide realizar "como única posibilidad terapéutica la amputación transmetatarsiana", que se lleva a cabo el día 8 de ese mismo mes. Recibe el alta médica el 25 de agosto, indicándosele curas y control ambulatorio. Tal y como figura en las notas de

progreso, el 11 de diciembre de 2014 recibe el alta médica por “amputación transmetatarsiana completamente cerrada”. En junio de 2015 acude a revisión y se le aprecia “TMT con correcta cicatrización”.

El reclamante atribuye al servicio público sanitario tanto la infección sufrida como un error diagnóstico. En primer lugar, debemos reseñar la vaguedad con la que realiza sus imputaciones. Así, alude inicialmente en su reclamación a las lesiones padecidas tras una “infección en el segundo dedo del pie derecho” el 23 de marzo de 2014, precisando a lo largo del relato que el día 21 de abril ingresa en la Fundación del Hospital “a causa de la infección que tenía a consecuencia del hueso suelto, o falta de una adecuada profilaxis antibiótica al haberse infectado con *Enterococcus* en la intervención o en las curas”. Ahora bien, no aporta prueba alguna de las afirmaciones que sostiene en su pretensión, sin que su propio parecer sea suficiente para tenerlas por ciertas, dado el carácter médico de las mismas.

En contraposición a ello, la Administración razona en la propuesta de resolución que en el presente caso “la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*”, de manera que “la amputación no se produjo como consecuencia de una deficiente práctica médica, sino (debido) a la evolución natural en los casos de pie diabético”. En síntesis, estima que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”. Asimismo, se han incorporado al expediente a instancias de la Administración un informe médico pericial y un informe jurídico de la compañía aseguradora.

En primer lugar, y tras el análisis de la historia clínica del paciente, no puede sostenerse la posibilidad de que se haya infectado -como indica en su reclamación- el día 23 de marzo de 2014, y ello por cuanto que ese día ya acude a la Fundación Hospital con la infección tras haberse cortado al arreglarse las uñas días antes. A falta de prueba en contrario, tampoco consideramos que haya contraído la infección en el centro de salud al que acude por primera vez; lugar en el que se presupone que el personal sanitario actúa con extrema diligencia siguiendo los protocolos de asepsia y prestando un cuidado escrupuloso a la esterilización del material.

Así las cosas, lo primero que debemos tener en cuenta es que el interesado padece diabetes mellitus tipo 2, lo cual le hacía más vulnerable a sufrir una infección. El Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar comenta en su informe de 29 de septiembre de 2015 que “el pie diabético es una patología muy compleja, mutilante y que menoscaba la calidad de vida de los pacientes. La infección, sobre todo si se asocia a isquemia, es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en la población general, de ingreso hospitalario (...). El 15% de los diabéticos van a sufrir a lo largo de su vida una infección del pie (...), precedida en más del 80% de los casos de una úlcera en el pie. Son infecciones importantes en cuyo pronóstico influyen muchos factores dependientes de la úlcera (localización, extensión, cronicidad, amputación previa, grado de isquemia) y del paciente. Su tratamiento es complejo y debe ser multidisciplinar: debe incluir desbridamiento, descarga, antibioterapia adecuada, revascularización y cura de la úlcera”. En idéntico sentido, los facultativos que suscriben el informe médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora sostienen que los pacientes diabéticos “pueden desarrollar numerosas complicaciones y, entre ellas, el pie diabético (...). La úlcera en el pie o PD es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos (...). Entre los factores precipitantes o desencadenantes del pie diabético suelen ser muy comunes los microtraumatismos por el corte de uñas o por arreglos podológicos, que producen con el paso del tiempo una úlcera o necrosis que, sumados al resto de factores, provocan la mala evolución hacia la cronicidad y el agravamiento de la lesión”.

Todos los informes emitidos en el curso del procedimiento avalan la actuación de los facultativos que atendieron al paciente. Así, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar es tajante al afirmar que “se han seguido en todo momento los protocolos habituales y se ha actuado conforme a las recomendaciones de las diversas guías y consensos, con la amputación de la gangrena digital húmeda, el drenaje del absceso, la antibioterapia ajustada a cultivos, la revascularización precoz endovascular, las curas exhaustivas y frecuentes con retirada de esfacelos, la cobertura con injerto y la amputación

transmetatarsiana al identificarse la osteomielitis”. En palabras del facultativo que elabora el informe de este Servicio, nos hallamos ante una “etiología típica en el pie diabético que ha evolucionado desfavorablemente debido a los mecanismos fisiopatológicos que, potenciándose uno a otro, intervienen en esta enfermedad, y que son la triada neuropatía-arteriopatía-infección”.

En términos similares se pronuncian los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, al señalar que “la evolución tórpida de la herida de su 2.º dedo de pie derecho (...) constituye una de las posibilidades de la historia natural de la DM tipo II, que no es atribuible a una práctica médica inadecuada”, añadiendo que este tipo de procesos exige un seguimiento estrecho, “tal como se realizó, porque es conocido que a pesar de la adopción de todas las medidas médicamente indicadas para cada caso la evolución puede ser desfavorable”. Explican que “el pie diabético es causa frecuente de ingreso hospitalario y puede ser necesaria la amputación del miembro, a distintos niveles según la gravedad, para el control de la infección (hasta en el 20% de los casos)”. En definitiva, “el estrecho seguimiento médico del paciente y la adopción de las medidas terapéuticas adecuadas permitió el control del cuadro infeccioso, limitando la amputación a la región metatarsiana y preservando de esta forma una buena funcionalidad del pie”. Concluyen que “se ha actuado en todo momento de manera adecuada y exquisita, con consenso y colaboración de los diferentes servicios médicos implicados, que han seguido los protocolos establecidos para manejo del pie diabético, correspondiendo con la *lex artis ad hoc*, y que han conducido a conseguir un pie con una amputación parcial y con la herida totalmente cerrada a los 10 meses del inicio de su enfermedad”; extremo este último que se constata en las hojas de las notas de progreso de la Fundación Hospital, donde se registra, el 11 de diciembre de 2014, “amputación transmetatarsiana completamente cerrada”, y el 3 de junio de 2015, “TMT con correcta cicatrización”.

Por tanto, no ha quedado acreditado el origen nosocomial de la infección padecida -como apunta el reclamante-, sino que a la vista de los datos obrantes en el expediente todo parece indicar que la misma se debe a la

mayor vulnerabilidad del paciente por su patología previa -diabetes mellitus tipo 2-. Asimismo, los diferentes informes médicos reflejan que al interesado no solo se le pautó tratamiento antibiótico curativo a seguir en su domicilio, sino que incluso se le inyectó por vía intravenosa, realizándosele diferentes cultivos y exudados al objeto de llevar un seguimiento del proceso infeccioso. Tampoco debemos obviar, en relación con la profilaxis, que la hoja de verificación del bloque quirúrgico de 8 de agosto de 2014 no la considera aplicable, lo que parece obedecer a que ya estaba sometido a tratamiento antibiótico de manera más o menos ininterrumpida desde el 23 de marzo. Por ello, ante el imparable avance de la infección y la falta de respuesta a los antibióticos la amputación transmetatarsiana finalmente practicada se presentó como la opción más beneficiosa para el paciente en aras de evitar un peor desenlace.

El perjudicado también hace referencia a ciertas declaraciones que supuestamente efectuaron los doctores cuando el día 14 de abril de 2014 acude a revisión a Cirugía Vasculor, al decirle que la infección se debe a una "bacteria que cogió en el quirófano" o que "tuvo mala suerte". Sin embargo, no aporta ni una sola prueba que nos permita dar credibilidad a tales comentarios.

Por otro lado, reprocha la retirada de una "esquirla" sin anestesia "con la ayuda de unas alicates (...) en plena sala de curas". Al respecto, el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculor aclara que cuando el paciente se refiere a la extracción de una astilla "entendemos que en realidad se refiere a la retirada del muñón óseo expuesto por la profundización de la úlcera", y explica que "tanto este procedimiento como el drenaje plantar se pueden realizar habitualmente sin anestesia debido a la neuropatía asociada al pie diabético que comporta la pérdida de la sensibilidad termo-algésica".

Finalmente, alude a un posible error diagnóstico al indicarle los facultativos cuando acude al Servicio de Urgencias a principios de agosto de 2014 que "estaba incubando una gripe". Pero, ni en las hojas de las notas de progreso ni en los informes médicos correspondientes a los días 1 y 2 de

agosto de 2014 se hace ninguna referencia a que el paciente padeciese un proceso gripal.

Como hemos señalado, el perjudicado no aporta prueba alguna de sus imputaciones, y el análisis de la historia clínica, junto con los informes médicos incorporados al expediente, ponen de manifiesto lo infundado de sus reproches, y que la evolución de la infección fue debida a la diabetes que padecía, sin que quepa apreciar mala praxis en la actividad desplegada por los servicios públicos sanitarios.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, 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.