

Dictamen Núm. 45/2023

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de marzo de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de noviembre de 2022 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de la amputación de un dedo que relaciona con una inadecuada asistencia sanitaria al tratar una herida en pie diabético.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 25 de julio de 2022, la interesada presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la amputación de un dedo que relaciona con la inadecuada asistencia sanitaria prestada al tratar una herida en pie diabético.

Expone que en noviembre de 2021 “notó una ampolla en el dedo gordo del pie derecho”, y que “al quitar la piel se creó una herida” por lo que tuvo que acudir a su centro de salud, donde le pautan curas “para evitar infecciones posteriores”, pues padece “diabetes tipo 2”. Reseña que realizó curas en el

“centro de salud todos los jueves” hasta “febrero de 2022”, cuando la enfermera decidió que la herida ya estaba curada”, pero en realidad “estaba completamente abierta”.

Indica que al cabo de unos días comenzó con mucho dolor en el pie y la pierna, además de fiebre y vómitos, y que acudió al hospital, donde la exploran y le realizan, entre otras pruebas, una “ecografía que confirmó que el dedo seguía mal, pero de nuevo” la remitieron “para casa con medicación, con la indicación de que tenía que acudir” a su “médico de cabecera para solicitar las curas correspondientes”. Tras reseñar que tuvo dificultades para contactar telefónicamente con el centro de salud el 1 de marzo, manifiesta que al día siguiente pudo hablar con su enfermera, a quien le explicó que no se “encontraba bien, tenía dolores y no podía caminar, solicitando que si era posible”, dado que vive sola, se desplazara a su domicilio “para realizar las curas del dedo, como (...) habían dicho en el hospital. Pero se negó y (...) no acudió nadie a mi domicilio”. Explica que al día siguiente, 3 de marzo, “debido a los dolores y malestar que tenía” decidió llamar a sus hijos para que la llevaran al Hospital “Y”, donde queda ingresada “para realizar pruebas, siendo dada de alta el día 14 de marzo”, y aporta la queja formulada (...) para denunciar la situación”. Aclara que “después del alta hospitalaria prosiguió con las curas, pero “el dedo fue a peor, no podía caminar, continuaban los dolores y el malestar y la herida seguía abierta, con gran infección que llegaba hasta la zona ósea, como se observa en las fotografías”.

Señala que ante “la falta de mejoría” acude a una consulta privada el día 27 de abril, donde se aconseja valoración hospitalaria, por lo que acude al Hospital “X” estableciéndose el diagnóstico de herida sobreinfectada en paciente con pie diabético, y se la cita en el mismo centro para el 4 de mayo, “fecha en la que se objetiva osteomielitis”, acordándose el ingreso el día 8 para la amputación del dedo, siendo dada de alta hospitalaria el día 23 del mismo mes.

Menciona que ya está en casa “esperando a la retirada de los puntos”, pero que ha perdido “el dedo y todo debido a una mala praxis de los servicios de salud, sin que los daños producidos se deban a ningún otro motivo ajeno a

las acciones realizadas por los servicios sanitarios”, y alega pérdida de oportunidad.

Fija el *quantum* indemnizatorio en diez mil euros (10.000 €).

Acompaña copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, de 28 de febrero de 2022, en el que consta como motivo de consulta “edema y eritema pie dcho. -pie diabético-”, precisando que “acude por dolor miembro inferior derecho de días de evolución que ha aumentado en las últimas 48 horas”. Consta la realización de exploración física y pruebas complementarias, “descartando TVP. Se comenta caso con Traumatología por sospecha de osteomielitis, que descarta, por lo que se decide alta con antibioterapia”. Se recomienda el uso de un determinado tipo de zapato y el “control por su médico y/o podólogo”, con tratamiento farmacológico de cinco días de duración, indicando “control y revisión por su médico de Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias”. b) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital `Y´, de 14 de marzo de 2022 -con ingreso el día 3 del mismo mes-, en el que figura “herida dedo gordo pie”, reflejándose que “la paciente refiere adherencia al antibiótico, pero no ha realizado curas en 5 días en centro de salud por incapacidad para desplazarse al mismo”, y que “según nota de Urgencias, valorado el lunes por HAD que lo rechazó. Hoy se vuelve a comentar, recomiendan ingreso MI y extracción de hemocultivos”. En el apartado de “evolución y comentarios” se reseña “muy buena evolución clínica tras instaurar antibioterapia empírica con AMC además de curas locales diarias. Destacar únicamente la tendencia a glucemias elevadas que precisan de administración de insulina (...) pero que (...) rechaza al momento del alta, al igual que en ocasiones anteriores”. Como diagnóstico principal consta “herida en pie diabético./ Colestasis disociada en (probable) relación con el Augmentine./ Mal control glucémico”. Se recomiendan “curas locales en pie según informe de ATS”, tratamiento farmacológico y “control y seguimiento por su (médico de Atención Primaria) (...). Realización de control analítico a criterio de su (médico) para ver evolución de PFH tras la retirada del antibiótico”. c) Queja presentada por la hija de la paciente el 14 de marzo de 2022, en la que solicita cambio de enfermera y

refiere que el día 1 de dicho mes “estuvo todo el día llamando (...) al Centro de Salud La Magdalena y nadie cogió el teléfono, por lo cual (...) quedó sin ser atendida”, poniendo de manifiesto que realizaba las curas cada 8 días. d) Informe de una clínica privada, de 27 de abril de 2022, en el que consta “DM tipo 2, no recuerda medicación./ Herida en primer dedo de pie derecho de evolución tórpida desde finales de noviembre de 2021 que ha precisado atención ambulatoria y hospitalaria sin llegar a resolver el cuadro (...). Eritema, tumefacción y aumento de temperatura en primer dedo de pie derecho, en la cara lateral del mismo se objetiva una úlcera purulenta que impresiona llegar a plano óseo (...). Descartar osteomielitis, se recomienda valoración hospitalaria con analítica y Rx/RNM para descartar afectación ósea”. e) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 27 de abril de 2022, en el que se consigna ingreso en Medicina Interna de Avilés en marzo de 2022, “desde alta evolución tórpida que precisó tratamiento antibiótico (Augmentine) el cual terminó hace 7 días”, y que “durante el ingreso se descartó causa vascular con buena perfusión, fue valorada por Traumatología que descartó osteomielitis, y se hizo cultivo con resultado + *S. aureus* con mejoría clínica al pautar” tratamiento antibiótico. En el apartado relativo a exploración física, consta “regular estado general”, apreciándose al retirar el vendaje “úlceras profundas en cara lateral con pulpejo con exudado purulento y bordes granulados. Pulpejo macerado por maceración y vendaje excesivo./ Edema con eritema en pie hasta tercio medio de la tibia”. Señala que “durante su estancia (...) se realiza analítica general de sangre, así como radiografía del pie y los dedos con resultados dentro de la normalidad. Se decide por tanto optimización del tratamiento domiciliario y alta con (...) recomendaciones (...). Damos primera dosis antibiótica intravenosa durante su estancia sin incidencias”, reflejándose el diagnóstico principal de “herida sobreinfectada en paciente con pie diabético”, y se pauta tratamiento farmacológico durante siete días, indicándose que “acudirá a consulta de pie diabético cuando sea citada” y estableciendo pautas para las “curas con su enfermera del centro de salud diarias./ Agua y jabón./ Desbridar con ayuda de pinza con dientes y esfacelo para eliminar tejido purulento friable./ Aplicar mupirocina./ Vendaje con apósito sencillo, evitar maceración”. f) Informe de

consultas externas del Hospital "X", de 4 de mayo de 2022, en el que figura como diagnóstico principal "pie diabético dcho./ Osteomielitis", recomendándose "presión transcutánea de oxígeno" y continuar con tratamiento antibiótico, y se anota que la paciente ingresará el día 8 de mayo para amputación del dedo afectado. g) Varias fotografías que muestran la evolución de la herida y el pie amputado.

**2.** Mediante oficio de 16 de agosto de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento aplicables, la designación de Instructora del mismo, el plazo de resolución y el sentido del eventual silencio administrativo.

**3.** El día 9 de septiembre de 2022, previa solicitud formulada la Instructora Patrimonial, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente y el informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar.

El Informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar del Hospital "X", de 30 de agosto de 2022, señala que se trata de una paciente de 73 años, diabética tipo 2 y dislipémica que "entra en contacto por primera vez con el Servicio de Cirugía Vascolar (...) el día 4-5-22 a través de la Unidad de Pie Diabético de consultas externas, derivada desde el Servicio de Urgencias de este centro, a donde había acudido con fecha 27-4-22 por mala evolución de una lesión trófica sobre 1.º dedo del pie derecho./ En la consulta del día 4-5-22 (...) refiere que la lesión se inició en noviembre de 2021, y que tras solicitar reiteradamente valoración en su ambulatorio y ante la evolución tórpida de la misma precisó de ingreso en el Servicio de Medicina Interna del hospital de Avilés en marzo de 2022./ Ante la mala evolución, tras el alta en dicho Servicio, acude al Servicio de Urgencias" del Hospital "X". En la "exploración vascular se objetiva una obstrucción distal a poplítea en miembro inferior derecho con un 1.º dedo `aporretado´ y una lesión cutánea profunda que llega a hueso en la

cara lateral y plantar del 1.º dedo del pie derecho. Aunque en la radiografía de pie realizada en el Servicio de Urgencias (...) con fecha (...) 27-4-22 no mostraba claros signos de osteomielitis del 1.º dedo pie derecho”, y tampoco en la realizada” en el Hospital “Y” “durante ingreso de marzo de 2022”, dados “los signos infecciosos que presentaba la lesión, la afectación de planos profundos al estar expuesto el hueso y el fracaso de tratamientos antibióticos previos, se comenta con la paciente la necesidad de realizar una amputación del 1.º dedo del pie para evitar que dicha lesión sobreinfectada pusiera en peligro el resto del pie si la infección progresara (...). El resultado del cultivo (positivo para *Staphylococcus aureus*) confirmó la sospecha clínica de infección de la lesión. Una vez realizados estos estudios la paciente ingresa (...) para realización de la (...) amputación de 1.º dedo, que se lleva a cabo el 13-5-22”. Explica que “la evolución posoperatoria fue satisfactoria consiguiendo un cierre primario del lecho de amputación, por lo que fue dada de alta el 23-5-22”.

Aclara que “el cuadro clínico sufrido por la paciente es compatible con el típico diagnóstico de pie diabético de predominio neuropático posteriormente infectado, producido habitualmente por lesiones de roce con el calzado o tras otros pequeños traumatismos, dado el alto riesgo de sobreinfección de las mismas en este tipo de pacientes. Dado que la perfusión del pie no se encontraba gravemente afectada (perfusión transcutánea de oxígeno dentro de la normalidad) y la cronicidad del cuadro (inicio en noviembre de 2021), una valoración más precoz por un servicio especializado es posible que pudiese haber evitado la amputación del dedo, aunque esto no se puede asegurar”.

**4.** Con fecha 14 de septiembre de 2022, previa solicitud formulada la Instructora Patrimonial, la Gerencia del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la interesada, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, y los informes del facultativo de Atención Primaria y del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Y”.

El informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital “Y”, de 30 de agosto de 2022, señala que “el único contacto con la Sección de Medicina

Interna se produce en marzo de 2022, permaneciendo la paciente ingresada entre los días 3 y 14 de dicho mes” y figurando como “motivo de ingreso la presencia de una herida infectada en el primer dedo del pie” como consecuencia de la “mala evolución de una lesión ulcerada (...) que había sido vista en el Servicio de Urgencias, descartándose la presencia de trombosis venosa profunda, y por el Servicio Traumatología, sin demostrar la presencia de osteomielitis”, detectándose “un *Staphylococcus aureus* meticilin sensible que fue tratado por vía parenteral y curas locales con muy buena evolución, por lo que se procedió al alta de la misma”. Añade que “había sido valorada a finales de febrero de 2022 por Traumatología por el mismo problema, hablándose de una herida plantar en el primer dedo del pie tras eliminación de una ampolla por parte de la paciente, presentando una úlcera superficial sin signos inflamatorios infecciosos y con ligera inflamación periungueal en ese momento. Se había realizado radiología del pie que no había demostrado alteraciones óseas, recomendando control por su médico de Atención Primaria y su podólogo y tratamiento con antibiótico oral./ Durante el ingreso no se evidenció infección sistémica, se estableció como diagnóstico pie diabético con herida en el primer dedo y alteración de pruebas de función hepática en probable relación con el uso de Amoxicilina Clavulánico y se constató, una vez más, el mal control de la diabetes. Se pautaron (...) curas locales ambulatorias al alta y se ajustó el tratamiento de la paciente”.

Incide en que la mala evolución es consecuencia de dos factores: “en primer lugar y de menor importancia, el manejo inadecuado por parte de la paciente de una flictena en el primer dedo del pie” y, en segundo lugar y como problema fundamental, “el pésimo control de la diabetes mellitus”, con mención de las notas del Servicio de Endocrinología de 2018, en las que se refleja que se negó a recibir tratamiento con insulina, y de 2021, en las que consta que no acudió a la cita programada, afirmando que la negativa de la paciente al uso de insulina “sin duda empeora el control de la diabetes (...) y condiciona las complicaciones vasculares y neurológicas”.

**5.** A continuación, obra incorporado al expediente el “informe técnico de evaluación” elaborado por la Instructora Patrimonial el 5 de octubre de 2022. En él se resume el contenido de los informes obrantes en la historia clínica de la paciente y se menciona lo indicado en el “Documento de consenso sobre tratamiento de las infecciones en el pie diabético”, que establece un “algoritmo de manejo del pie de diabético”, que muestra mediante un esquema, concluyendo que “durante el proceso asistencial, y como se puede comprobar en la documental clínica, se ha seguido el algoritmo (...). Fue valorada por el equipo multidisciplinar de su área sanitaria, cirujano general, internista y endocrinólogo, encontrándose con la negativa de la paciente a tratar la diabetes, incluso años antes del proceso objeto de reclamación (...). No se objetiva (...) mala praxis ni relación causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida”.

**6.** Mediante oficio notificado a la interesada el 10 de octubre de 2022, la Instructora Patrimonial acuerda la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una copia de la documentación obrante en el expediente.

**7.** Con fecha 24 de octubre de 2022, la reclamante presenta un escrito en el que “expresa su decisión de no efectuar alegaciones ni aportar nuevos documentos o justificantes, debiendo tenerse por realizado dicho trámite”.

**8.** El día 2 de noviembre de 2022, la Instructora Patrimonial formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone, reproduciendo su informe de 5 de octubre de 2022, y con cita del “Documento de consenso sobre tratamiento de las infecciones en el pie diabético”, que “la úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos”, y que esta patología “es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en Europa”, señalando que estos “enfermos tienen entre 15 y 40 veces más posibilidades de requerir una amputación que los no diabéticos”. Reitera que “el referido documento de consenso establece un

algoritmo de manejo del pie diabético cuyo cumplimiento durante el proceso asistencial se puede comprobar con la documental clínica”, y que “no se objetiva (...) mala praxis ni relación causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de noviembre de 2022, 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 Salud, 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 según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada 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 como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 25 de julio de 2022, habiéndose producido la amputación del dedo de la interesada el día 8 de mayo del mismo año, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que si bien a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo aún no se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, en el momento de emitir el mismo ya no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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 por la deficiente atención sanitaria dispensada a una paciente diabética, en la medida en que abocó a la imputación de un dedo.

Queda acreditada la efectividad del daño sufrido a la luz de la documentación clínica incorporada al expediente, que evidencia la tórpida evolución de la lesión que la reclamante presentaba en un pie y que derivó en la necesidad de amputación de la zona afectada.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 261/2022), 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, o la falta de curación, 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*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiendo 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 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 previo estado de este o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto como conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera, no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Ello quiere decir que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También es criterio de este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto examinado la perjudicada, una septuagenaria diabética, esgrime que la amputación sufrida, precedida de un período de tiempo en el que padeció dolores e incapacidad para caminar con normalidad, es consecuencia de la actuación de los servicios de salud por negligencia en la cura de la herida que presentaba. Respecto a la intervención quirúrgica y el posoperatorio, ningún reproche formula la interesada, constando en el expediente el resultado satisfactorio de la cirugía. Ahora bien, más allá de los informes de los servicios intervinientes en el proceso asistencial y la historia clínica, ninguna pericial en forme de informe especializado o soporte científico de literatura médica ha sido aportada por la reclamante en este procedimiento.

La interesada señala que tras la aparición de un edema recibía semanalmente una cura en el centro de salud "hasta febrero de 2022", cuando "la enfermera decidió que la herida estaba ya curada", y tuvo que acudir al hospital que, tras prestarle asistencia, la remite de nuevo a Atención Primaria. Tras exponer la imposibilidad de contactar telefónicamente con su centro de salud el 1 de marzo de 2022, consigue hablar con la enfermera al día siguiente, "negándose" esta "a acudir a su domicilio" para realizar las curas, por lo que el día 3 va por sus propios medios al Hospital "Y", quedando ingresada hasta el día 14 de marzo de 2022. Posteriormente se le realizan una serie de curas en Atención Primaria, donde se efectúa el correspondiente seguimiento, acudiendo también a una consulta privada ante la falta de mejoría de la lesión el día 27 de abril. Allí se evalúa el estado de la herida y se le recomienda asistencia hospitalaria, por lo que ese mismo día acude al Hospital "X". Finalmente, se le diagnostica osteomielitis en este centro y se procede a la amputación del dedo afectado el día 8 de mayo. Entre la documentación obrante en el expediente figura la queja presentada por la hija de la paciente el 14 de marzo de 2022 por la falta de atención de la enfermera que realizaba las curas a su madre -que se llevaban a cabo cada 8 días- y solicitando que la atienda otra profesional.

Por su parte, los informes periciales obrantes en el expediente acreditan un seguimiento asistencial de su proceso, a demanda de los requerimientos de la interesada en función de la evolución de su enfermedad, descartando mala praxis. Comenzando por la atención sanitaria dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y", el informe de 28 de febrero de 2022, en el que consta como motivo de consulta "edema y eritema pie dcho. -pie diabético-", señala que "acude por dolor miembro inferior derecho de días de evolución que ha aumentado en las últimas 48 horas". Consta la realización de exploración física y pruebas complementarias, "descartando TVP. Se comenta caso con Traumatología por sospecha de osteomielitis, que descarta, por lo que se decide alta con antibioterapia". Se recomienda el uso de un determinado tipo de zapato y el "control por su médico y/o podólogo", con tratamiento farmacológico de cinco días de duración, indicando "control y

revisión por su médico de Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias".

En el emitido por el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital "X" el 30 de agosto de 2022 se reseña que "la radiografía de pie realizada en el Servicio de Urgencias (...) con fecha (...) 27-4-22 no mostraba claros signos de osteomielitis del 1.º dedo pie derecho", y tampoco se aprecia en la realizada en el Hospital "Y" durante el "ingreso de marzo de 2022".

En el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "Y", de 30 de agosto de 2022, se detalla que ingresa en marzo de 2022 por "una herida infectada en el primer dedo del pie" como consecuencia de la "mala evolución de una lesión ulcerada (...), descartándose (...) trombosis venosa profunda", y el Servicio Traumatología no aprecia "osteomielitis", detectándose "un *Staphylococcus aureus* meticilin sensible que fue tratado por vía parenteral y curas locales con muy buena evolución". También se constata que "había sido valorada a finales de febrero de 2022 por Traumatología por el mismo problema, hablándose de una herida plantar en el primer dedo del pie tras eliminación de una ampolla por parte de la paciente, presentando una úlcera superficial sin signos inflamatorios infecciosos y con ligera inflamación periungueal en ese momento. Se había realizado radiología del pie que no había demostrado alteraciones óseas, recomendando control por su médico de Atención Primaria y su podólogo y tratamiento con antibiótico oral./ Durante el ingreso no se evidenció infección sistémica, se estableció como diagnóstico pie diabético con herida en el primer dedo y alteración de pruebas de función hepática en probable relación con el uso de Amoxicilina Clavulánico y se constató, una vez más, el mal control de la diabetes". Reseña que "se pautaron (...) curas locales ambulatorias al alta y se ajustó el tratamiento de la paciente", apreciando que la mala evolución es consecuencia de dos factores: "en primer lugar y de menor importancia, el manejo inadecuado por parte de la paciente de una flictena en el primer dedo del pie" y, en segundo lugar y como problema fundamental, "el pésimo control de la diabetes mellitus", con mención de las notas del Servicio de Endocrinología de 2018, en las que se consigna que se negó a recibir tratamiento con insulina, y de 2021, en las que consta que no

acudió a la cita programada, afirmando que la negativa de la paciente al uso de insulina “sin duda empeora el control de la diabetes (...) y condiciona las complicaciones vasculares y neurológicas”.

Finalmente, en el informe técnico de evaluación se razona el ajuste del tratamiento dispensado al “Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie diabético”. Dicho documento establece un “algoritmo de manejo del pie de diabético”, concluyendo que “durante el proceso asistencial, y como se puede comprobar en la documental clínica, se ha seguido el algoritmo” y que “no se objetiva (...) mala praxis ni relación causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida”.

Centrándonos en la atención hospitalaria, queda acreditado que el día 28 de febrero de 2022 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, presentando edema y eritema en el pie derecho, y que el personal sanitario realiza una serie de pruebas complementarias, que incluyen pruebas de imagen, descartando una trombosis venosa profunda. El Servicio de Traumatología del hospital descarta asimismo la presencia de osteomielitis. Se da el alta a la paciente ese mismo día con un tratamiento antibiótico de cinco días de duración, con indicación de la necesidad de “control y revisión por su médico de Primaria./ En caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias”.

El día 3 de marzo de 2022 la enferma acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, reflejándose en el informe correspondiente que “no ha realizado curas en 5 días en centro de salud por incapacidad para desplazarse al mismo”, quedando ingresada hasta el día 14. El Jefe del Servicio de Medicina Interna del hospital explicita una mejoría durante la estancia hospitalaria, y al alta se indica a la paciente la necesidad de efectuar “curas locales en pie según informe de ATS”, recomendando la “realización de control analítico a criterio de su (médico de Atención Primaria) para ver evolución de PFH tras la retirada del antibiótico”.

El único informe ajeno al servicio público sanitario, fechado el 27 de abril de 2022, se limita a recomendar en ese momento la evaluación hospitalaria con analítica y pruebas de imagen para descartar osteomielitis. Consta que ese mismo día la interesada acude al Hospital “X” donde se aprecia que la herida

está sobreinfectada. El informe emitido por el Servicio de Urgencias de este centro deja constancia del estado de la herida, indicando "úlceras profundas en cara lateral con pulpejo con exudado purulento y bordes granulados. Pulpejo macerado por maceración y vendaje excesivo", decidiéndose "optimización del tratamiento domiciliario y alta con las recomendaciones (...) señaladas", que incluyen "curas con su enfermera del centro de salud diarias: Agua y jabón./ Desbridar con ayuda de pinza con dientes y esfacelo para eliminar tejido purulento friable./ Aplicar mupirocina./ Vendaje con apósito sencillo, evitar maceración".

De lo expuesto, y de conformidad con los informes periciales aportados, resulta que en las distintas visitas que la paciente realiza a centros hospitalarios (Hospital 'Y' y Hospital 'X') se cumplen los protocolos de actuación en el caso de heridas en pie de persona diabética, ajustada la atención dispensada al estándar asistencial propio de cada Servicio en lo referente a la práctica de pruebas, diagnóstico y pautas de tratamiento. Así, a lo largo de todo el proceso se le practican varias analíticas a la reclamante, así como pruebas de imagen, lo que permite descartar en distintas ocasiones afecciones más graves, que finalmente aparecieron, lo que sugiere un adecuado seguimiento de la paciente. Con los datos que mostraban las pruebas y exploraciones practicadas, la pauta antibiótica era correcta, permitiendo leves mejorías temporales. En este sentido, el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. Así, si la presencia de infección era descartada sucesivamente la obligación clínica radicaba en un adecuado control de la evolución de la herida, sin que pueda garantizarse que ello evite una ulterior infección del hueso, que parece relacionada con la diabetes mal controlada que padecía la interesada.

Respecto al servicio prestado en Atención Primaria, que se encargaba de las curas locales y del control al que debe someterse una herida en pie diabético, se observa que también el médico de cabecera solicitó pruebas para descartar infección del hueso, además de otras que demuestran una actuación

acorde al protocolo, incidiendo la reclamante en la omisión o defecto de algunas curas.

De la documentación obrante en la historia clínica se desprende que la primera actuación en Atención Primaria se produce el día 23 de diciembre de 2021, momento en el que el médico remite a la paciente a una "ATS para cura", anotándose el 21 de febrero de 2022 "buena evolución, prácticamente ha cerrado la herida". La interesada afirma que hasta el 22 de febrero acudía semanalmente al centro de salud y que, pese a que la herida se estimó "cerrada", sufrió un empeoramiento por el que el día 2 de marzo llama por teléfono al mismo solicitando asistencia domiciliaria que le es negada. Así consta tanto en la reclamación como en la historia clínica de Atención Primaria, donde se recoge que se le indica a la paciente que la enfermera irá al día siguiente. Consta que el 3 de marzo la reclamante acude por sus propios medios al Hospital "Y", reseñándose en las notas de episodios de Atención Primaria "acudo al domicilio previamente concertado con ella hoy mismo. Cuando llego no se encuentra en el domicilio y un familiar me informa de que acaba de irse a Urgencias (...) por sus propios medios. No me informa para anular el domicilio". En el informe de alta hospitalaria se constata que la paciente llevaba cinco días sin recibir una cura, lo que cabe vincular al empeoramiento de la situación. El día 16 de marzo se anota que la paciente llama a su centro de salud manifestando que "le dieron de alta el 14-03 y que no fue nadie a hacerle curas a casa. Refiere que no puede desplazarse. Solicita pomada cuyo nombre no sabe, indico que lo revise y consulte con (médico de Atención Primaria) para recetarla. Derivo a enfermería". El día 17 se realiza la primera cura tras el ingreso hospitalario en la vivienda de la afectada, reflejándose que ese día antes de acudir el personal sanitario llama en tres ocasiones por teléfono al domicilio sin obtener respuesta. A continuación, las curas domiciliarias se efectúan los días 19, 21, 23, 25, 28 (el día anterior, domingo, "se hizo ella una cura") y 30 de marzo y 1 de abril, cuando se deja constancia de la necesidad de valoración médica. El día 4 la cura se realiza en el centro de salud, se le prescribe tratamiento farmacológico y "se comenta con el médico que pauta nuevamente antibioterapia". Se practican nuevas curas los

días 6, 8 -consta que se valora por el médico "a la espera de resultado de exudados", por lo que cabe apreciar que esta asistencia se prestara en el centro de salud- y 10 de abril en el domicilio. En esta visita se anota que "tanto paciente como familia me dicen que tendría que curarse todos los días. Me ofrezco a enseñarles (...) y les proporciono el material (...). Aceptan, así las curas serán diarias". Después, sin valorar las curas realizadas por la propia paciente o su entorno, se hace referencia a curas los días 12, 16, 19 y 20 ("pendiente de hacer Rx"). El día 22 se consigna que "el fin de semana no quiere hacer curas en el Quirinal, prefiere hacer ella las curas. Le enseñó y le doy material". Las siguientes curas se realizan los días 25 y 26, señalándose que "mañana no viene a hacer cura porque (...) va por la mañana a un médico privado (...) para consulta sobre este problema del dedo. No me sabe decir qué tipo de especialista es". El día 28 la paciente acude al centro de salud con el informe del Hospital "X", y se reseña "curo según pauta de Oviedo pero sin la crema que se la receta hoy el médico y la traerá mañana". El día 29 se indica que se realiza la cura "según informe" del Hospital "X", sin que consten más anotaciones hasta el 5 de mayo, en que se consigna que "no acude a cita programada", ya que en la consulta hospitalaria del día 4 de mayo se aprecia osteomielitis, y el día 6 de mayo se lleva a cabo la última cura previa a la amputación.

Examinado el proceso de curas, los informes periciales obrantes en las actuaciones aprecian su ajuste a la *lex artis ad hoc*, y singularmente al "Documento de consenso sobre tratamiento de las infecciones en el pie diabético", revelando el detalle de las anotaciones clínicas un esfuerzo de medios por parte de Atención Primaria y del servicio hospitalario. A ello debe añadirse que, si bien se advierten algunas incidencias en el proceso de curas por las dificultades de desplazamiento de la paciente, nada permite atribuir el resultado dañoso a la circunstancia de que un determinado día no se atiende a la llamada de la enferma o se posponga la asistencia para el día siguiente. Ni siquiera serían relevantes las eventuales carencias en las curas en tanto encuentran remedio en asistencias posteriores.

También debe repararse en que cuando la enferma acude a una clínica privada -que le recomienda evaluación hospitalaria con analítica y pruebas de imagen para descartar osteomielitis- obtiene el mismo resultado que en la asistencia prestada en la sanidad pública.

Y finalmente debe advertirse que varios informes médicos advierten del mal control glucémico por parte de la interesada, evidenciando, conforme a lo indicado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Y", que la mala evolución es consecuencia de dos factores: "en primer lugar y de menor importancia, el manejo inadecuado por parte de la paciente de una flictena en el primer dedo del pie" y, en segundo lugar y como problema fundamental, "el pésimo control de la diabetes mellitus", con mención de las notas del Servicio de Endocrinología de 2018, en las que se refleja que se negó a recibir tratamiento con insulina, y de 2021, en las que consta que no acudió a la cita programada, afirmando que la negativa de la paciente al uso de insulina "sin duda empeora el control de la diabetes (...) y condiciona las complicaciones vasculares y neurológicas".

En definitiva, de la documentación clínica obrante en el expediente no se acredita infracción alguna de la *lex artis* médica y todas las periciales aportadas descartan la relación causal entre el daño sufrido y la asistencia recibida, constatándose en la propuesta de resolución que "la úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos", que tienen "entre 15 y 40 veces más posibilidades de requerir una amputación que los no diabéticos". Y atribuido el resultado dañoso al "pésimo control de la diabetes mellitus", aunque nada pueda reprocharse a la paciente por haberse negado a recibir un tratamiento de insulina o dejar de practicar algunas curas -pues obra conforme al derecho que le reconoce la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica-, es claro que su propia actuación en el manejo de su patología implica la asunción de riesgos que no puede trasladar al servicio público.

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 #reclamante#.”

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.