

Dictamen Núm. 161/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de septiembre de 2025, 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 5 de junio de 2025 -registrada de entrada el día 12 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una asistencia sanitaria que acarreó la amputación de un dedo del pie.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 24 de febrero de 2025 una abogada, en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados de una pérdida de oportunidad, al no haberse evitado la amputación de un dedo del pie.

Expone que “acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ (...), el día 8 de febrero de 2024 por dolor e inflamación del segundo dedo del pie derecho,

siendo diagnosticado de celulitis, pautándose tratamiento con amoxicilina, Naproxeno y Nolotil, con revisión por su médico de familia./ El día 12 de febrero volvió a acudir al Servicio de Urgencias” del Hospital “X” “por persistencia del edema sobre el segundo dedo, recomendándole continuar con el tratamiento anterior./ El 14 de febrero vuelve a ser derivado por su médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias” del Hospital “Y” “y al Servicio de Cirugía Vascular de urgencia, por la posibilidad de riesgo vital secundario a sepsis, realizándosele una amputación abierta del citado dedo, reamputando y cerrando la herida el 20 de febrero, siendo alta hospitalaria al día siguiente./ No obstante, el lecho de la amputación evolucionó con infección, siendo necesaria la realización de curas seriadas y tratamiento antibiótico de amplio espectro. Consultado con posterioridad en el Servicio de Cirugía Vascular, se realiza cierre definitivo con curas locales, siendo alta hospitalaria el día 5 de abril de 2024./ El Servicio de Cirugía Vascular” del Hospital “Y” “le da el alta definitiva el 6 de mayo de 2024, con la indicación de seguir con medidas de protección de la herida durante dos o tres semanas más”.

Mantiene que “resulta evidente la inequívoca relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios dependientes (...), pues si bien es cierto que la primera asistencia en el Servicio de Urgencias (el día 8 de febrero) fue correcta, en la segunda asistencia del día 12 de febrero se produjo una evidente pérdida de oportunidad, tratándose de un paciente diabético, con analíticas que seguían manifestando leucocitosis con neutrofilia que no mejoraba de su cuadro infeccioso, con la consecuencia de tener que realizar una amputación del segundo dedo del pie derecho por riesgo vital, lo que se podía haber evitado aplicando las reglas de la *lex artis*”.

Cuantifica la indemnización solicitada en catorce mil seiscientos noventa y cinco euros con veinticinco céntimos (14.695,25 €).

Adjunta a su escrito copia del poder notarial -en el que consta la representación alegada- y de los informes médicos relativos al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 13 de marzo de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el citado Servicio, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de la instructora y su régimen de recusación y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento el 24 de marzo de 2025, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica relativa a la asistencia prestada en el Hospital "Y".

El 2 de abril de 2025 hace lo propio la Gerencia del Área Sanitaria III con relación a las historias clínicas de Atención Primaria y de Atención Especializada, así como el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X". En este, de fecha 27 de marzo de 2025, la Coordinadora Médica de Urgencias Hospitalarias expone que "se trata de un paciente de 63 años, con una (diabetes mellitus) de 8 años de evolución, asociada a obesidad, con mal control glucémico y complicaciones microangiopáticas", como consta en el resumen de antecedentes personales endocrinológicos del informe de Endocrinología del Hospital "Y" de 20 de marzo de 2024, que se adjunta. Refiere que el reclamante "acude a Urgencias (...) el día 8 de febrero de 2024 por dolor e inflamación del segundo dedo del pie derecho, de 3 días de evolución, según aporta, con pequeña erosión distal. No había sido visto por su médico de familia (...), se había realizado curas en domicilio. En la exploración presentaba cuadro de enrojecimiento y calor local, con estado neurovascular normal. Se le realizan hemograma y bioquímica y con los hallazgos se diagnostica una celulitis (infección local), sin otros signos de alarma (no hay falta de vascularización de los tejidos afectados). Se indica tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico 875/125 mg) y vigilancia evolutiva por su médico de familia./ El paciente, que no ha acudido a revisión a su (médico de familia), consulta de nuevo en Urgencias el día 12 de febrero, y refiere que ha desaparecido el dolor, aunque sigue con enrojecimiento. No se aportan otros datos al respecto de la

evolución. En la exploración no hay fiebre, hemodinámicamente está normal, y la situación neurovascular es normal: clínicamente parece que el proceso va mejor, y el médico de Urgencias repite la analítica (hemograma y bioquímica): sin cambios respecto a la analítica del día 8: hemograma sin signos de infección aguda y PCR de 9,09 (previa 9,95), sin cambios. Se indica mantener el tratamiento antibiótico, que parece está mejorando el proceso hasta la pauta recomendada (7.º día) y que sea vigilado por su (médico de familia)./ El paciente acude a su (médico de familia) el día 14 de febrero, donde este escribe en ECAP: 'celulitis dedo pie - derecho: (...) valorado en dos ocasiones' en Hospital "X", "lo trataron como celulitis. Se trató con Augmentine sin mejoría, persiste dedo aumentado de tamaño, con cambio coloración y úlcera en pulpejo y supuración. Derivo para valoración Hospital 'Y'./ El paciente ingresa a cargo de Cirugía Vascular" en el Hospital "Y", "realizándose amputación de 2.º dedo sobre pie diabético". Señala, posteriormente, que "en la descripción de los hechos (punto primero, párrafo 3.º) se hacen unas consideraciones clínicas, 'el paciente fue derivado (...) por la posibilidad de riesgo vital secundario a sepsis, realizándose amputación...', que en nada se corresponden con la realidad ni pueden avalarse científicamente. El (médico de familia) remite al paciente a Cirugía Vascular urgente, a través de Urgencias" del Hospital "Y" "porque objetiva un cambio de coloración, con una úlcera supurativa, que le indica que el tejido está comenzando con una pérdida de vascularización y por tanto con necrosis, por tratarse de un pie diabético con microangiopatía (es decir, por su situación basal de diabético, con malos controles tiene unos lechos vasculares distales muy obstruidos), y se ha producido la complicación que, impredecible, es el mayor riesgo en cualquier infección o traumatismo en un pie diabético. El paciente no está séptico (alteración de órganos y sistemas secundario a infección muy grave) como claramente se objetiva en las analíticas del ingreso en Cirugía Vascular (hemograma normal, PCR de 4, procalcitonina y función renal normal)./ Asimismo, en el punto segundo de la descripción de los hechos, se cataloga como correcta la primera asistencia en Urgencias el día 8 de febrero, pero sobre

la acontecida el día 12 se dice que 'se produjo una evidente pérdida de oportunidad..., analíticas que seguían manifestando leucocitosis con neutrofilia que no mejoraba de su cuadro infeccioso, con la consecuencia de tener que realizar una amputación...'./ La analítica (...) no muestra ni progresión de la infección, como ya se explicó, ni hay signos analíticos que revelen ningún empeoramiento. Clínicamente (...) está mejor, y en ningún momento se indica que (...) haya tenido ninguna supuración por la úlcera (como se recoge al ingreso en Cirugía Vascular, relatado de parte). El paciente ha sido tratado con la diligencia adecuada a la evolución del proceso, poniéndose a su disposición los medios habituales, que estaban a su alcance./ Se insiste en el párrafo segundo: 'ante los síntomas y el resultado de las analíticas, se perdió la oportunidad de ofrecerle el tratamiento adecuado para evitar la amputación'. Aclarado el punto de que las analíticas y los síntomas el día 12 apuntaban a una mejoría, se le mantuvo el tratamiento adecuado: antibiótico y antiinflamatorios. El tratamiento adecuado a un proceso infeccioso./ Debemos reafirmarnos en que la amputación no es consecuencia de la infección, sino del cierre de unos vasos ya estenosados que, tras varios días con inflamación en la zona, claudican, necrotizándose los tejidos. Es además un proceso agudo en el pie diabético, del que no había ningún dato en la exploración del día 12, pero que sí era ya claro en la revisión hecha por el (médico de familia) 48 horas más tarde". Adjunta los informes clínicos de Urgencias de 8 y 12 de febrero de 2024, el informe de Cirugía Vascular del Hospital "Y" (ingreso urgente del 14 de febrero de 2024) y el informe de Endocrinología del Hospital "Y" del 20 de marzo de 2024.

4. Consta, seguidamente, incorporado al expediente un Informe Técnico de Evaluación suscrito por la Instructora el día 10 de abril de 2025.

Con base en una prolija bibliografía médica que se cita, mantiene la informante que "las infecciones del pie que afectan a la piel y tejidos blandos, y al hueso, con o sin repercusión sistémica, son la causa más frecuente de hospitalización de los diabéticos (25 %) con estancias prolongadas./ La

diabetes es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior (...). La tasa anual de amputaciones ajustada por edad es del 82 por 10.000 diabéticos. Estos enfermos tienen entre 15 y 40 veces más posibilidades de requerir una amputación que los no diabéticos. Los diabéticos con una úlcera en el pie requerirán una amputación en el 14-20 % de las ocasiones y, a su vez, la úlcera del pie es la precursora del 85 % de las amputaciones de las extremidades inferiores en estos pacientes. Después de la amputación de una extremidad inferior, la incidencia de una nueva úlcera y/o la amputación contralateral a los 2-5 años es del 50 %. En España hay varios estudios epidemiológicos recientes que informan en igual dirección (prevalencia, frecuencia de amputación, mortalidad, etc.)./ En base a la documental obrante en el expediente, no puede apreciarse deficiencia en la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias” del Hospital ‘Y’ ni en el “centro de salud que realizó el seguimiento evolutivo, sin que se pueda apreciar un retraso en la derivación del paciente al centro hospitalario, al momento de haberse observado cambio de coloración de la úlcera en el pulpejo y supuración, evidenciándose que se tomaron decisiones en atención a la evolución de su estado, con un pronto suministro de antibióticos y sin que pueda hablarse de mala praxis./ El desenlace de amputación no puede anudarse con la actuación del personal sanitario sino con una evolución tórpida de la patología que no guarda relación con la atención sanitaria, sino con las dolencias de base que presentaba (obesidad, diabetes con mal control metabólico y complicaciones microangiopáticas) y, por tanto, no existe nexo causal entre el daño alegado y la actuación del servicio público al que se imputa la evolución desfavorable. El propio curso evolutivo del pie diabético y de los factores asociados al mismo en este caso, son los responsables de la tórpida evolución./ En base a lo antedicho, no cabe entender, como afirma el reclamante que una derivación” al Hospital “Y” “con mayor antelación a la realizada, hubiera evitado el resultado final de amputación”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el día 21 de abril de 2025, la Instructora le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 8 de mayo de 2025, la representante del interesado presenta un escrito de alegaciones en el que expone, reiterándose en las afirmaciones vertidas en su escrito inicial, que “debemos destacar que cabe tener por probada en este proceso dicha pérdida de oportunidad, pues si en la segunda asistencia sanitaria de 12 de febrero se hubiera aplicado una técnica médica correcta (...), debemos dar por bueno que se habría evitado la amputación a la vez que se aseguraban sus posibilidades de curación”.

6. El día 9 de mayo de 2025 la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que el desenlace de amputación “no puede anudarse con la actuación del personal sanitario, sino con una evolución tórpida de la patología que no guarda relación con la atención sanitaria, sino con las dolencias de base que presentaba (obesidad, diabetes con mal control metabólico y complicaciones microangiopáticas) y, por tanto, no existe nexo causal (...). El propio curso evolutivo del pie diabético y de los factores asociados al mismo en este caso, son los responsables de la tórpida evolución”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de junio de 2025, 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 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.

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), el interesado está activamente legitimado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 10 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias se halla 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 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 expediente aquí examinado, el escrito inicial se presenta con fecha 24 de febrero de 2025 y, entre la documentación obrante, figura un informe clínico de alta del Hospital “Y”, fechado a 20 de marzo de 2024, en el que

consta como motivo de ingreso “mala evolución herida quirúrgica”. A la vista de lo antedicho, cabe concluir que la reclamación resulta tempestiva, por haberse interpuesto 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 del informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Dicho esto, se aprecia que, a la fecha en que se dicte resolución, se habrá rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC; 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 este 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 aquellos, 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 el interesado reclama una indemnización por los daños derivados de la amputación de un dedo del pie.

La documentación incorporada al expediente evidencia la efectividad de ese daño.

Dicho esto, hemos de reparar en que, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, atribuible a la actividad del servicio público sanitario, no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que, eventualmente, pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensado 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, 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 ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota en esencia un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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 asunto sometido a nuestra consideración, el reclamante centra su pretensión resarcitoria en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias el día 12 de febrero de 2024, estimando correcta la del día 8 del mismo mes y sosteniendo que en aquella “se produjo una evidente pérdida de oportunidad, tratándose de un paciente diabético, con analíticas que seguían manifestando leucocitosis con neutrofilia que no mejoraba de su cuadro infeccioso, con la consecuencia de tener que realizar una amputación del segundo dedo del pie derecho por riesgo vital, lo que se podía haber evitado aplicando las reglas de la *lex artis*”.

Vista la posición de quien reclama, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Urgencias recuerda, en primer lugar, que se trata de “un paciente de 63 años, con una (diabetes mellitus) de 8 años de evolución, asociada a obesidad, con mal control glucémico y complicaciones microangiopáticas”, que acude a Urgencias del Hospital “X” “el día 8 de febrero de 2024 por dolor e inflamación del segundo dedo del pie derecho, de 3 días de evolución (...) con pequeña erosión distal ” y que “no había sido visto por su

médico de familia”, puesto que “se había realizado curas en domicilio”. De seguido, refiere que, en la exploración, “presentaba cuadro de enrojecimiento y calor local, con estado neurovascular normal”, que “se le realizan hemograma y bioquímica y con los hallazgos se diagnostica una celulitis (infección local), sin otros signos de alarma (no hay falta de vascularización de los tejidos afectados)” y que “se indica tratamiento antibiótico (...) y vigilancia evolutiva por su médico de familia”. Advierte que el enfermo “no ha acudido a revisión a su médico de familia” y “consulta de nuevo en Urgencias el día 12 de febrero, y refiere que ha desaparecido el dolor, aunque sigue con enrojecimiento” y que “no se aportan otros datos al respecto de la evolución”, señalando luego que “en la exploración no hay fiebre, hemodinámicamente está normal y la situación neurovascular es normal: clínicamente parece que el proceso va mejor y el médico de Urgencias repite la analítica (hemograma y bioquímica)”, que resulta “sin cambios respecto a la analítica del día 8”, por lo que “se indica mantener el tratamiento antibiótico, que parece está mejorando el proceso hasta la pauta recomendada (7.º día) y que sea vigilado por su médico de familia”. Centrándose ya en el tenor de la reclamación presentada, mantiene que “en la descripción de los hechos (...) se hacen unas consideraciones clínicas (...) que en nada se corresponden con la realidad ni pueden avalarse científicamente” reseñando que “el médico de familia remite al paciente a Cirugía Vascular urgente, a través de Urgencias” del “Y” “porque objetiva un cambio de coloración, con una úlcera supurativa, que le indica que el tejido está comenzando con una pérdida de vascularización y por tanto con necrosis, por tratarse de un pie diabético con microangiopatía (es decir, por su situación basal de diabético, con malos controles tiene unos lechos vasculares distales muy obstruidos), y se ha producido la complicación que, impredecible, es el mayor riesgo en cualquier infección o traumatismo en un pie diabético” y que el reclamante “no está séptico (alteración de órganos y sistemas secundario a infección muy grave) como claramente se objetiva en las analíticas del ingreso en Cirugía Vascular (hemograma normal, PCR de 4, procalcitonina y función renal normal)”; por otra parte, afirma que “la analítica (...) no muestra ni

progresión de la infección, como ya se explicó, ni hay signos analíticos que revelen ningún empeoramiento, clínicamente (...) está mejor y en ningún momento se indica que (...) haya tenido ninguna supuración por la úlcera (como se recoge al ingreso en Cirugía Vascular, relatado de parte). El paciente ha sido tratado con la diligencia adecuada a la evolución del proceso, poniéndose a su disposición los medios habituales, que estaban a su alcance". Concluye el informante, sosteniendo que "la amputación no es consecuencia de la infección, sino del cierre de unos vasos ya estenosados, que, tras varios días con inflamación en la zona, claudican, necrotizándose los tejidos" y que se trata de "un proceso agudo en el pie diabético, del que no había ningún dato en la exploración del día 12, pero que sí era ya claro en la revisión hecha por el médico de familia 48 horas más tarde".

Por otro lado, el informe técnico suscrito por la Instructora del procedimiento ratifica que "no puede apreciarse deficiencia en la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X" ni en el "centro de salud, que realizó el seguimiento evolutivo, sin que se pueda apreciar un retraso en la derivación del paciente al centro hospitalario, al momento de haberse observado cambio de coloración y úlcera en el pulpejo y supuración, evidenciándose que se tomaron decisiones en atención a la evolución de su estado, con un pronto suministro de antibióticos y sin que pueda hablarse de mala praxis", que "el desenlace de amputación no puede anudarse con la actuación del personal sanitario sino con una evolución tórpida de la patología que no guarda relación con la atención sanitaria, sino con las dolencias de base que presentaba (obesidad, diabetes con mal control metabólico y complicaciones microangiopáticas)" y que "el propio curso evolutivo del pie diabético y de los factores asociados al mismo en este caso, son los responsables de la tórpida evolución".

Planteados los aspectos esenciales de la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión, no sin antes advertir, con carácter previo a cualesquiera otras consideraciones que, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, este no ha desarrollado en vía administrativa

actividad probatoria alguna, por lo que las afirmaciones vertidas en su escrito de reclamación, tanto de índole fáctico como técnico, únicamente hallan fundamento en su particular opinión; es por ello, que este Consejo se ve compelido a formar su convicción, acerca de las cuestiones de naturaleza médica, sobre la base de la documentación incorporada por la Administración.

A la vista de la información que se aporta en el expediente, todo apunta hacia que no existen motivos para arrojar sombras de duda respecto a la corrección de lo actuado en la consulta en Urgencias del día 12 marzo (a la que el interesado acude, por cierto, sin haber seguido las recomendaciones dadas en la previa del día 8 del mismo mes, acerca de la necesidad de recabar la asistencia del médico de familia), en la cual, tras la oportuna exploración y las analíticas realizadas, se concluye que el paciente no presenta cambios desfavorables (“clínicamente parece que el proceso va mejor”, se señala en el informe del Servicio de Urgencias) y se le pauta “mantener el tratamiento antibiótico” y “que sea vigilado por su médico de familia”. De esta forma, la remisión del enfermo a Cirugía Vascular con carácter urgente por parte del médico de familia habría sido el resultado de una complicación fatal e impredecible, consecuencia de una mala evolución de la patología, que guarda relación con las dolencias que aquel presentaba.

La pérdida de oportunidad invocada por el interesado únicamente encontraría apoyatura en su propia opinión, careciendo de soporte científico alguno, mientras que los informes obrantes en el expediente justifican con todo detalle -respaldando sus afirmaciones en bibliografía científica que refieren- su postura acerca de la corrección de la actuación médica llevada a cabo. En este sentido, merece destacar también que, en el trámite de audiencia -y con toda la documentación a su disposición-, el reclamante se limita a reproducir el argumentario vertido en su escrito inicial, sin entrar a cuestionar o contradecir las manifestaciones de los especialistas que informan al respecto.

En conclusión, no resulta probada la existencia de mala praxis médica por parte de los facultativos del Servicio de Urgencias que atendieron al

paciente, ni, por ende, pérdida de oportunidad por la que quepa reclamar, razones por las cuales la reclamación presentada no debería prosperar.

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.