



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 24 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxx1, en su propio nombre y en representación de D. xxxxxx2 y Dña. xxxxxx3*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 30 de abril de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxx1, en su propio nombre y en representación de D. xxxxxx2 y Dña. xxxxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxxxx4*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de mayo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 416/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- Mediante escrito presentado ante el Centro de Salud xxxxxx, en fecha 11 de febrero de 2004, D. xxxxxx1 formula una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por el funcionamiento



de los servicios sanitarios, por considerar que el tratamiento de curas de las escaras de Dña. xxxxxx4, prestado por el SACyL, fue defectuoso, "denotando un déficit asistencial, hasta culminar, cuando la agravación es tan evidente, con un ingreso en Urgencias, con la posible amputación del pie derecho, hasta que la infección se generaliza acabando con la muerte de la paciente".

Segundo.- Dña. xxxxxx4, nacida el 15 de junio de 1920, presentaba como antecedentes médicos de interés los de no hábitos tóxicos, hipertensión arterial, síndrome depresivo, histerectomía más doble anexectomía por miomas, prótesis de rodilla izquierda, insuficiencia venosa periférica crónica, intervención de varices, amigdalectomizada, intervención de lipomas y cordales y diabetes mellitus tipo 2 de unos 25 años de evolución, por la que estaba incluida en atención primaria en el programa de atención al paciente diabético desde 1998, no presentando un buen control metabólico ni buena adherencia al tratamiento, y detectándosele microangiopatía diabética en el año 2002.

El día 5 de septiembre de 2003, la paciente ingresa en la Clínica hhhhhh1 (centro concertado con SACyL) procedente de urgencias con el diagnóstico de fractura de cadera izquierda. Se le implanta una prótesis quirúrgica tipo Thompson y se produce el alta por mejoría el 15 de septiembre de 2003 con una serie de recomendaciones, entre las que se incluye la de caminar con ayuda de un andador.

Al día siguiente la paciente precisa reingresar en la misma clínica por hiperglucemia no controlada, siendo dada de alta el día 16 de octubre de 2003 con los diagnósticos de: 1 Descompensación diabética, hiperglucemia. 2 Diabetes mellitus tipo II. 3 Hipertensión arterial. 4 Síndrome depresivo. 5 Diagnósticos previos. En el informe de alta se señala como datos de exploración clínica, entre otros, los de extremidades sin edemas ni signos de flebitis, trastornos cutáneos tróficos, pulsos periféricos presentes y úlceras por presión en ambos talones, en el derecho de grado II y en el izquierdo de I. Como tratamiento se pauta dieta antidiabética sosa, caminar con ayuda de andador, medicación con diversos fármacos y cura diaria de úlceras de talones con Betadine.

El día 17 de octubre de 2003, el hijo de la paciente acude al Centro de Salud de xxxxx comunicando a la enfermera que la paciente había sido dada de alta hospitalaria encontrándose en el domicilio, al objeto de que fuese a visitarla

y curarle unas úlceras en los pies. Tras comentario con la médico general de la paciente, realiza visita a dicho domicilio procediendo a realizar vacunación antigripal y antineumocócica de la enferma, así como a la administración de la Fraxiparina y a la cura de sus escaras en talón izquierdo y derecho (que son calificadas como de III grado la derecha y de II la izquierda) mediante hidrogel y apósito hidrocoloide, previo desbridamiento con bisturí de la escara del pie derecho. También se procede a la información de la paciente y familia del plan terapéutico y objetivos a alcanzar, información básica sobre úlcera y factores de riesgo en su evolución y adiestramiento en la administración de la Fraxiparina.

Los días 20 y 22 de octubre del 2003, se realizan nuevas visitas al domicilio de la paciente por una enfermera sustituta, procediendo a la cura de las escaras de los talones de la paciente, para cuya realización la enfermera titular había dejado por escrito información sobre dónde debía realizarse, forma en que estaba efectuando las curas y material sanitario de que se disponía en el domicilio. Según el informe confeccionado por esta enfermera sustituta una de las úlceras era necrótica, sin recordar cuál de ellas.

El día 23 de octubre de 2003, la paciente es visitada en su domicilio por la médico general, quien señala en la historia que la paciente se encuentra con dolor importante en el pie derecho, tomando Nolotil por los dolores generalizados. En la exploración se la encuentra consciente y orientada, la auscultación cardio-pulmonar es normal salvo soplo sistólico, presenta ligero edema en pies, se encuentra afebril y no se observa la úlcera por ya estar curada y tapada previamente. En la historia se señala que la paciente presenta una mala evolución de su diabetes; se le comenta a su hijo la conveniencia de añadir insulina ante el importante descontrol de cifras metabólicas, indicando que debe volver a consulta para introducir insulina nocturna y reajustar dosis.

Se reanudan visitas a domicilio por la enfermera titular para curas, que se corresponderían con el día 24 de octubre de 2003, de acuerdo a la pauta de 48 horas (según su informe), procediendo a la cura de escaras retirando apósito, limpiando con suero fisiológico, desbridamiento quirúrgico de restos necróticos y esfácelos de la úlcera derecha, aplicación de Iruxol en la úlcera izquierda y aplicación de apósito hidrocoloide. Además, en esta consulta, y según el informe de esta enfermera, se procede a la evaluación de las recomendaciones higiénico-dietéticas, observando una mala adherencia al tratamiento por parte de la paciente.

El día 27 de octubre de 2003, se visita a la paciente en domicilio para cura de escaras en los talones, apreciando en el talón derecho placa necrótica de 4 cm que se desbrida con bisturí, se aplica hidrogel y apósito hidrocélular. En el talón izquierdo se observa úlcera de grado II, limpia con tejido de granulación, siendo curada con Irujol y apósito hidrocélular; los pulsos están mantenidos. En esta consulta se insiste a la paciente que camine con andador y se mantiene pauta de curas cada 48 horas.

El día 31 de octubre de 2003, se señala en la historia clínica por la médico general la existencia de unas cifras de glucemia de unos 300 mg, iniciando pauta con Mixtard 20:80 e ir subiendo según cifras. En la historia también se indica la mala evolución de la úlcera (úlceras necróticas con bordes reblandecidos), pulsos positivos y sensibilidad conservada, iniciando tratamiento de forma empírica con Ciprofloxacino 500 durante 15 días y, si no presenta mejoría, derivar al hospital.

El día 17 de noviembre de 2003, se realiza visita a domicilio siendo derivada la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh2, donde es vista el mismo día. Se señala en la historia de urgencias el tratamiento que está recibiendo, junto a la existencia de una úlcera de decúbito en el talón derecho desde hace cuatro meses que ha seguido una evolución tórpida, siendo tratada con curas locales y antibioticoterapia. La impresión diagnóstica del médico del Servicio de Urgencias es la de úlcera de decúbito en talón derecho, siendo valorada también la paciente por el traumatólogo de guardia, quien señala como diagnóstico el de úlceras por presión en talones (más importante en talón derecho) y recomienda su ingreso en un centro concertado para curas diarias y control evolutivo.

La paciente ingresa el 17 de noviembre de 2003 en la Clínica hhhhhh1, falleciendo el día 29 de noviembre de 2003. En el informe emitido el 22 de diciembre de 2003 se señala como motivo de ingreso el de úlceras de decúbito en ambos talones, de grado IV en el derecho y grado II en el izquierdo, con mala evolución a pesar de curas locales y tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino, indicando que también presenta hiperglucemias. Como datos de exploración se apuntan, entre otros, los de extremidades sin edemas ni signos de flebitis, úlcera en talón izquierdo grado III y úlcera en talón derecho grado IV con zonas necróticas y ausencia de pulso pedio derecho. Como comentario



de evolución se indica que la paciente fue valorada por cirugía vascular evidenciando obstrucción fémoro-poplítea derecha con necrosis de talón no revascularizable, indicándose como única salida la amputación. La paciente presenta mala evolución clínica a pesar de tratamiento con antibióticos y curas locales de úlceras.

Tercero.- Al expediente se han incorporado los informes de unidades médicas y profesionales que se relacionan a continuación:

- Informe de la Dra. mmmmmm, médico de Atención Primaria, de fecha 22 de marzo de 2004.
- Informe de Dña. eeeeeee, enfermera, de 22 de marzo de 2004.
- Informe de Dña. ddddddd, enfermera, de 13 de marzo de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, de 29 de diciembre de 2004.
- Informe elaborado por los Dres. gggggg y cccccc, a instancia de la seguros ssssss, S.A.

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente, mediante escrito de 14 de abril de 2005 (notificado el 28 de abril), se da audiencia a la parte reclamante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

El 11 de mayo de 2005 la parte reclamante formula alegaciones en las que se señala que en la actividad asistencial no se actuó con la suficiente eficacia, ya que, en caso contrario, no se habría producido la agravación de las escaras. Reclama 51.327 euros (43.995 euros para D. xxxxxxxx2 –cónyuge– y 3.666 euros para cada uno de sus dos hijos).

Aporta asimismo el informe elaborado por el Dr. llllll, de fecha 6 de mayo de 2005, que establece entre sus conclusiones:

- “De lo anterior se desprende una técnica con malos resultados, dando lugar a un daño desproporcionado (fallecimiento de la paciente) y a un daño moral complementario; no sólo no se supo controlar las escaras, sino que las cifras de glucosa en sangre que dieron lugar a una hiperglucemia mantenida, tampoco”.

- “(...) daños pasivos, esto es, aquellos daños que suceden no por la acción directa de los facultativos, sino debido a errores de diagnóstico o a omisiones en el tratamiento que privan al paciente de los cuidados médicos adecuados (...)”.

- “En resumen, existe una relación de causalidad entre el perjuicio psicofísico y daño moral ocasionado a la paciente (fallecimiento) y sus familiares y los procedimientos terapéuticos utilizados-omitidos y el retraso en la derivación o Interconsulta de la paciente, dando lugar a un resultado dañoso (exitus)”.

Quinto.- El 26 de marzo de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Sexto.- El 2 de abril de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del



Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró el 11 de febrero de 2004, hasta el día 26 de marzo de 2007 no se dictó la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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".

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.



5ª.- Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, según el cual, “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 efecto, consta que el escrito de reclamación lo presentan el 11 de febrero de 2004, esto es, antes de transcurrir un año desde que tuvo lugar el fallecimiento, acaecido el 29 de noviembre de 2003.

6ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxxx1, en su propio nombre y en representación de D. xxxxxx2 y Dña. xxxxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxxxx4.

En cuanto al fondo del asunto, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en la Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una «obligación de medios», es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En el mismo sentido se ha pronunciado el Alto Tribunal, entre otras, en Sentencias de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de



abril de 2000, indicando esta última: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala: “Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.



»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, es preciso determinar si ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc*, entendida en los términos expuestos, como punto de partida necesario para determinar si estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica.

En este sentido, es oportuno referirse al informe emitido por la Inspección Médica del que cabe destacar las siguientes consideraciones:

“En el caso de esta paciente el tratamiento de las úlceras seguido por la enfermería se adecua a lo establecido en la mayoría de las guías y



protocolos establecidos para este tipo de patologías, incluida la propia guía para el cuidado de las heridas en atención primaria de xxxxxx. Practicando desbridamiento cruento se repitió en varias sesiones y enzimático, realizando limpiezas con suero fisiológico y favoreciendo la cura húmeda mediante la aplicación de apósitos primero de hidrocoloide y posteriormente de hidrogel, curas que fueron repetidas con una periodicidad inferior al tiempo máximo indicado para el recambio de estos apósitos”.

Posteriormente se indica: “En el caso de esta paciente ya había sido curada con desbridamiento quirúrgico y enzimático y con limpieza de la herida, a pesar de lo cual se desarrolla la infección. Cuando son detectados los primeros signos de infección se actúa de forma precoz introduciendo directamente el tratamiento antibiótico sistémico, en tal sentido debe recordarse que ésta es una paciente diabética con mayor susceptibilidad a la infección y a la mayor gravedad de la misma. El tratamiento se introduce de forma empírica, sin cultivo previo pero utilizando un antibiótico con un espectro extremadamente amplio. Indicando infecciones cutáneas y celulitis. Decidiendo en la valoración que se realiza de la enferma a los 17 días su derivación al Hospital ante la mala evolución de la misma”.

Por su parte, en el informe emitido a instancia de la compañía de seguros se indica que “el tratamiento que se fue instaurando en cada uno de los momentos evolutivos de las lesiones se realizó de manera correcta. Sin embargo la cicatrización adecuada de las úlceras no se produjo.

»Hoy en día se recomienda la necrosectomía con bisturí de todas las escaras necróticas de las úlceras por presión, así como la colocación de apósitos tipo hidracoloide y tratamiento con hidrogel. Aparte de estas medidas locales se requieren otras generales como, control de la diabetes, aplicación de heparinas subcutáneas de bajo peso molecular, alimentación adecuada, buena higiene y cuidados de la piel, así como potenciar la movilidad de los pacientes.

»Todos estos tratamientos fueron aplicados en sucesivas ocasiones por las ATS que trataban a la paciente en su domicilio. A pesar de ello, no fueron satisfactorios, por lo que de forma correcta reclamaron la presencia de su MAP, que a la vista de la evolución de las lesiones recomendó añadir un tratamiento con antibióticos de amplio espectro.



»Tras no evidenciarse mejoría la paciente fue derivada de manera correcta, primero a la urgencia del Hospital hhhhhh2 y posteriormente a la Clínica donde había sido intervenida.

»Así mismo la evolución de la diabetes desemboca en una microangiopatía diabética. Sabemos que en los pacientes diabéticos en donde se producen estas alteraciones vasculares se afectan los pequeños vasos arteriales de los pies, con lo que el aporte en sangre a los mismos está muy disminuido, favoreciéndose la infección y la no cicatrización de las heridas, tal como ocurre en el mal perforante plantar.

»De acuerdo con todo lo anterior, la evolución tórpida de las heridas de ambos talones no era debida a que las curas y los tratamientos adyuvantes fueran erróneos, sino que paulatinamente se fue estableciendo un déficit de irrigación a las zonas afectadas por isquemia periférica, que impedían la cicatrización de las heridas al no formarse tejido de granulación.

»De forma correcta se realizó una Interconsulta al Servicio de Cirugía Vasculor Periférica, tratando de realizar algún tipo de cirugía que aportara más riego sanguíneo a las extremidades afectadas, que sin embargo no fue posible realizar proponiendo como única alternativa la amputación del MD”.

El informe termina manifestando que “a la vista de la documentación examinada, se puede concluir que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta, de acuerdo con la *lex artis* empleando los protocolos habituales en los cuidados de enfermería”.

A la luz de estos informes ha de entenderse que no existen razones que permitan afirmar que se produjo una infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia recibida por la paciente, a pesar de que el proceso terminara con su fallecimiento. En este sentido, no puede desconocerse, tal y como indica la propuesta de resolución, que uno de los riesgos de los pacientes con úlceras de presión es su fallecimiento, aumentando el riesgo en los pacientes diabéticos. Como ya ha sido expuesto, la paciente tenía una edad avanzada y una diabetes mal controlada, con una microangiopatía, circunstancias que de antemano eran suficientes como para presagiar la mala evolución que experimentó y que, desgraciadamente, le produjo la muerte, a pesar de haber observado las



indicaciones exigibles de lo que ha de considerarse como una correcta praxis médica.

Por tanto, a la vista de lo expuesto, este Consejo comparte el sentido desestimatorio de la propuesta formulada por la Consejería de Sanidad, por considerar que no puede apreciarse que haya existido infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria que por distintos facultativos fue prestada a la paciente.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación –la desestimación se produce por silencio administrativo–, ha llevado a la interesada a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que la interesada acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxx1, en su propio nombre y en representación de D.



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

xxxxxx2 y Dña. xxxxxx3, debido a la atención sanitaria que le fue prestada a Dña. xxxxxx4.

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