Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 9 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 3 de diciembre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.A.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 449/2015 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 106.099,16 euros. Esta cuantía determina, en todo caso, la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. El interesado presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia médica recibida fue inadecuada y causante de los daños sufridos. En su escrito de reclamación expone los hechos del modo siguiente:

---

[*] **Ponente: Sr. Bosch Benítez.**

«(...) Con fecha de 14 de abril de 2007, (...) ingresó vía Urgencias tras precipitarse desde tres metros *de* altura aproximadamente, con dolor, deformidad e impotencia funcional en tobillo derecho, diagnosticándose una fractura abierta de pilón tibial, con fractura de maléolo externo del tobillo derecho.

El mismo día de su ingreso, se realizó reducción y osteosíntesis de la fractura de peroné, y colocación de fijador externo en tibia (...) informe de alta el servicio de COT "A", de 27 de abril de 2007.

En fecha de 26 de junio de 2007, regresa al Servicio de Urgencias por presentar dolor de inicio súbito en tobillo derecho. Tras realizar las pruebas pertinentes, se detecta infección en el miembro inferior derecho, permaneciendo ingresado para tratamiento antibiótico y tratamiento por parte de la Unidad del Dolor, siendo dado alta el día 13 de julio del mismo año.

(...) Se comprueba la existencia de pseudoartrosis en tibia, quedando (...) propuesto para retirada de placa de peroné y tratamiento de la pseudoartrosis, presentando signos degenerativos en la articulación del tobillo derecho. Mientras, permanece con un yeso, hasta un total de 13 meses, cuando lo aconsejado sería un máximo de 6-8 meses.

El día 15 de septiembre de 2008, ingresa para ser intervenido para tratamiento quirúrgico de artropatía degenerativa postraumática en tobillo y pie derecho, con alta a los 4 días (...) de informe de alta del Servicio de COT "A", de 19 de septiembre de 2008.

El día 28 de septiembre de 2009, vuelve a ser intervenido para retirada de material de osteosíntesis, injerto óseo y osteosíntesis, por pseudoartrosis tibia derecha, siendo dado de alta el día 5 de octubre de 2009.

Tras esta última intervención, presenta dehiscencia de sutura de cara externa del tobillo y supuración por herida en talón, por lo que reingresa el día 20 de octubre de ese mismo año, para limpieza quirúrgica y tratamiento antibiótico.

Los cultivos intraoperatorios fueron negativos debido a que el paciente estaba recibiendo quinolonas (antibióticos} desde la semana antes de la cirugía (...) informe de alta del Servicio de COT "A", de 5 y 27 de octubre de 2009.

En el siguiente control en consulta el 7 de abril de 2010, aunque el traumatólogo no aprecia signos inflamatorios externos, (...) sigue con dolor y con una PCR de 14; y es incluido en la lista de espera para la retirada definitiva del material de osteosíntesis, siendo intervenido nuevamente el día 20 de julio de 2010 (...) informe de alta del Servicio de COT "A", de 30 de julio de 2010.

En noviembre de 2010, se observa fistulización y drenaje en la zona plantar del pie derecho (donde se había colocado el clavo endomedular en septiembre del año anterior). Es por ello que el 15 de noviembre de 2010 es ingresado con diagnóstico de osteomielitis en MID para desbridamiento y limpieza quirúrgica, suspendiéndose la cirugía por falta de tiempo

quirúrgico, y reingresando para quirófano programado el día 25 de noviembre del mismo año, continuando desde el día 10 de diciembre hasta el 15 del mismo mes de 2010 en régimen de hospitalización domiciliaria para completar tratamiento endovenoso (...) informe de alta del Servicio de COT "A" de 19 de noviembre y 10 de diciembre de 2010 (...) informe de alta de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria de 15 de diciembre de 2010.

En la RMN realizada en fecha de 6 de abril de 2011, se observan signos de artrodesis de la articulación tibio-peroneo-astragalina. Los hallazgos sugieren osteomielitis crónica sin cambios significativos y casi desaparición del componente de partes blandas (...) informe de Resonancia Magnética con fecha 11 de abril de 2011.

En fecha de 7 de julio de 2011, el pie y tobillo presentan edema y dolor a la palpación, sin signos inflamatorios ni exudados y analítica DLN.

El Servicio de COT se está planteando nueva cirugía para fijación del pie, pero dada la mala evolución recurrente y que en la RMN se observa que persisten los signos de infección, por fin deciden solicitar una segunda opinión en el hospital de referencia nacional que es la Unidad de Sépticos del aparato locomotor del Hospital B. de Barcelona (...) informe clínico solicitando segunda opinión con fecha 14 de julio de 2011.

Como resultado de las intervenciones quirúrgicas y a la tórpida evolución de las mismas, así como a la tardía actuación del equipo de COT que lo ha venido tratando en el Hospital Universitario de Canarias (...) no es hasta julio del pasado año, habiendo arrastrado una infección que ya se ha hecho crónica, cuando decide por fin remitir al paciente a la unidad especializada en Barcelona (...) presenta hoy una secuela estética y funcional de su pierna derecha.

El resumen que antecede de la evolución clínica del paciente conduce a la conclusión de que debió extremarse el control de la situación de aquel mediante el uso de técnicas de diagnóstico más precisas, que hubieran podido permitir la detección de las lesiones, concurriendo además el nexo causal puesto que fue debido al excesivo tiempo que permaneció con el yeso (13 meses) (lo) que derivó en una pseudoartrosis, teniendo por ello que ser intervenido en varias ocasiones, derivando de aquí la osteomielitis.

Debido a esto, (...) presenta además, un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, que tal y como describe el psiquiatra se debe al cambio en su estilo de vida en los últimos años a raíz de la enfermedad y las posibles medidas terapéuticas (los especialistas se están planteando amputar el pie derecho) (...) (informe del servicio de Psiquiatría de fecha de 23 de marzo de 2012).

De lo expuesto se deduce que existieron negligencias significativas en el tratamiento que se le practicó al lesionado, lo que compromete la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

(...) tenga por formulada reclamación contra el Hospital Universitario de Canarias, por funcionamiento anormal de sus servicios sanitarios que produjeron daños y perjuicios (...) no ha incoado diligencias previas penales relativas a este asunto (...) proponer los siguientes medios de prueba (...) estima que el momento en que se produce la lesión, viene a ser desde el comienzo del tratamiento, pues es desde la colocación del yeso que se dilata en el tiempo cuando empieza la pseudoartrosis que tratan de corregir con tratamiento quirúrgico, que es del que deriva la infección de la herida quirúrgica y, como última consecuencia, la osteomielitis. Derivando al paciente al Hospital de referencia nacional tardíamente (...)».

4. En el procedimiento incoado, el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada por el interesado el 12 de abril de 2012 en relación con los daños soportados por reclamante. La misma no puede ser calificada de extemporánea por las razones que expondremos posteriormente, no ha transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

II

En la tramitación del procedimiento se observan las siguientes actuaciones administrativas:

A) El 24 de abril de 2012, se dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada, advirtiendo sobre la posible declaración de prescripción. Con fecha 22 de mayo de 2012, el Servicio de Inspección y Prestaciones informa declarando prescrita la acción para reclamar.

B) Con fecha 14 de junio de 2012, en plazo del trámite de audiencia, el interesado presenta escrito de alegaciones oponiéndose a la prescripción. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite nuevo informe de 26 de octubre de 2012, ratificándose en el anterior.

C) Con fecha 2 de noviembre de 2012, se solicita informe preceptivo a la Asesoría Jurídica departamental, y el 23 de noviembre de 2012 se emite informe en el que entiende que el borrador de resolución presentado no se ajusta a Derecho, puesto que para determinar la prescripción de una acción es preciso conocer toda la documentación clínica del reclamante; máxime, dadas las fechas del diagnóstico y el hecho de que, 7 meses después, se plantee una segunda opinión.

D) Con fecha 26 de noviembre de 2012, se remite informe de la Asesoría Jurídica al Servicio de Inspección y Prestaciones para que envíe a la Secretaría General la documentación clínica del reclamante. Con fecha 5 de marzo de 2013, el Servicio de Inspección y Prestaciones consideró que se trataba de un daño continuado, remitiendo la citada documentación entre la que figura tanto la copia de la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital Universitario de Canarias (HUC), como los informes preceptivos recabados (Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Sección de Infecciosos, e informe del Jefe de Servicio de Psiquiatría, todos del HUC).

E) Con fecha 25 de junio de 2014, se recibe en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud escrito del interesado, con el que aporta informe médico de 22 de mayo de 2014, con el fin de documentar las secuelas de su proceso, que finalmente consisten en la amputación de su MID. Se remite este informe al Servicio de Inspección y Prestaciones que, a la vista de la historia clínica del paciente, determina en su nuevo informe de 10 de agosto de 2014 la siguiente sucesión de hechos:

"Se trata de un paciente con antecedentes personales de diabetes mellitus en tratamiento.

- Con fecha 14 de abril, fue diagnosticado de fractura de maleolo externo del tobillo derecho, siendo intervenido quirúrgicamente con fijación externa en tibia.

- El 26 de junio de 2007, acude al Servicio de Urgencias del HUC por dolor súbito en tobillo derecho. Se diagnostica infección en MID, siendo ingresado para tratamiento antibiótico y por la Unidad del Dolor. Con fecha 3 de julio de 2007, se le retira fijador externo en quirófano y se recoge muestra para cultivo. Se aísla (pseudomonas aeruginosa) *aureus meticilín*-sensible. Se comprueba la existencia de pseudoartrosis en tibia y se retira la placa del peroné. Se observan signos degenerativos en la articulación del tobillo derecho.

- El 15 de septiembre de 2008, ingresa para intervención quirúrgica por artropatía degenerativa traumática en tobillo y pie derecho y retirada de material de osteosíntesis y artrodesis tibio-peroneo-calcáneo astragalina.

- El 28 de septiembre de 2009, vuelve a ser intervenido para retirada de material de osteosíntesis, por pseudoartrosis en tibia derecha, y colocación de clavo endomedular. Los cultivos intraoperatorios fueron negativos. Tras el alta presenta dehiscencia de sutura de cara externa del tobillo y supuración por herida en el talón, reingresando el 20 de octubre para limpieza quirúrgica y tratamiento antibiótico. Tras el alta, presenta retraso en el cierre de la herida y en varios exudados se logra aislar pseudomonas aeruginosa, solicitando interconsulta a Infecciones. Se modifica el tratamiento antibiótico y la evolución es favorable, con cierre de la herida y sin signos de infección. Se realizan controles analíticos en consulta de Infecciones.

- El 7 de abril de 2010, es incluido en lista de espera para la retirada definitiva de material de osteosíntesis, siendo intervenido con fecha 20 de julio de 2010. En noviembre del mismo año se observa fistulización y drenaje de la zona plantar del pie derecho, donde se había colocado el clavo endomedular. El día 15 es ingresado con diagnóstico de osteomielitis en MID para desbridamiento y limpieza quirúrgica, que se lleva a cabo con fecha 25 del mismo mes y año. Los hallazgos en RMN de 6 de abril de 2011 sugieren osteomielitis crónica sin cambios significativos y casi desaparición del componente de partes blandas.

- En fecha 7 de julio de 2011, el pie y el tobillo presentan edema y dolor a la palpación sin signos inflamatorios ni exudados y analítica dentro de la normalidad. El COT decide solicitar un asegunda opinión en el hospital de referencia nacional, la Unidad de Sépticos del aparato locomotor del Hospital B. de Barcelona. Según refiere el reclamante, le comentaron que la situación era complicada y cabía la posibilidad de amputación, como ya le había planteado su traumatólogo en el HUC. Siguiendo las recomendaciones del informe del Hospital de B., se solicita TAC y gammagrafías. El TAC muestra fractura consolidada con callo hipertrófico en extremo distal de tibia y peroné con anquilosis de articulación tibio-peroneo-astragalina, en relación con artrodesis.

- Con fecha 6 de febrero de 2013, se lleva a cabo intervención quirúrgica programada. No se visualizan signos de infección y *se* realiza artrodesis con grapas de titanio. Tras la cirugía, el reclamante presenta infección superficial de la herida quirúrgica por pseudomona aeuroginosa que se trata con antibióticos. Evoluciona bien y se produce el cierre *de* la herida,

aunque persiste el dolor. Tras RMN se propone nueva intervención quirúrgica con fecha 26 de agosto de 2013 (...)".

F) Con fecha 25 de agosto de 2014, descartada ya la prescripción de la reclamación, se remite copia del expediente de responsabilidad patrimonial incoado a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias "para la tramitación de parte del procedimiento por ese órgano, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en determinados órganos de este Organismo autónomo y en la Instrucción 7/2012 para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de asistencia sanitaria prestada por este Organismo Autónomo".

G) El 11 de septiembre de 2014, se dictó Acuerdo sobre el período probatorio por el que se admite la documental propuesta por el interesado, no ocurriendo lo mismo con la testifical ni con la prueba consistente en la declaración del perjudicado, que fueron rechazadas con arreglo al razonamiento que se contiene la fundamentación 4ª del referido Acuerdo.

H) El 31 de octubre de 2014, el órgano instructor concede el preceptivo trámite de audiencia al interesado, que formuló alegaciones el 20 de noviembre de 2014, en las que reitera el presunto daño que reclama.

I) Con fecha 16 de diciembre de 2014, se solicita informe preceptivo de la Asesoría Jurídica departamental, que fue emitido el 26 de enero de 2015. El citado informa considera, ahora sí, ajustado a Derecho el borrador de resolución, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

J) La primera Propuesta de Resolución, era de carácter desestimatorio y fue emitida el 27 de enero de 2015, toda vez que el órgano instructor consideraba que no concurrían los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

K) En fecha 23 de febrero de 2015, el Consejo Consultivo, en su Dictamen 64/2015, concluyó que debían retrotraerse las actuaciones por el órgano instructor a fin de que se completase el procedimiento con la emisión de los pertinentes informes de los Servicios implicados, para que aclararan suficientemente las cuestiones planteadas, a saber: a) la tardanza de un año en intervenir al afectado de artrodesis; b) las consecuencias del hecho de que el paciente tuviera que permanecer con el

yeso durante mucho tiempo (más de un año); c) si dicho acto pudo generar o contribuir decisivamente a que se produjeran las complicaciones surgidas en la pierna o foco de la lesión del enfermo (pseudoartrosis); d) y si el desenlace fue aún más desfavorable para el reclamante (aparición de la osteomielitis) habida cuenta de las circunstancias y antecedentes del mismo.

L) Siguiendo las consideraciones indicadas en el citado dictamen, la instrucción del procedimiento recabó los pertinentes informes de los Servicios implicados, y, tras conceder el trámite de vista y audiencia al reclamante, este presentó escrito de alegaciones en fecha 2 de octubre de 2015.

M) Finalmente, el 4 de noviembre de 2015 se formuló la nueva Propuesta de Resolución.

2. Por otra parte, se observa que se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pues pesa sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.3.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

III

1. Para que exista responsabilidad de las Administraciones Públicas, particularmente la derivada de las prestaciones sanitarias en cuanto a los daños y perjuicios supuestamente causados con ocasión de la asistencia de naturaleza sanitaria, resulta obligado recordar que el daño alegado por el interesado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individua1izado en relación con una persona o grupo de personas (art. 139.2 LRJAP-PAC), y que sólo será indemnizable cuando provenga de daños que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con el mencionado texto legal. En el ámbito de la asistencia sanitaria, la actuación empleada por los facultativos habrá de adecuarse a los medios disponibles y, en todo caso, a la *lex artis ad hoc*, sin que se pueda exigir que, habiéndose actuado de conformidad con dichos principios, el resultado dañoso que en su caso se pudiera producir fuere imputable a la Administración sanitaria y, por ello mismo, indemnizable, ya que no podría ser atribuido a una prestación –que se califica de inadecuada- del servicio presuntamente causante del daño.

2. El objeto de la reclamación, según manifiesta el interesado, es que, como resultado de las intervenciones quirúrgicas a que el interesado fue sometido, la tórpida evolución de las mismas y la tardía actuación del equipo de COT hoy presenta una secuela estética y funcional en su pierna derecha (amputación del MID). El reclamante considera que, a su juicio, debieron utilizarse técnicas más precisas de diagnóstico, y que dado el tiempo excesivo con el yeso se generó la pseudoartrosis, por lo que tuvo que ser intervenido en varias ocasiones, produciéndose la osteomielitis y final amputación del miembro en el año 2014.

Además, el interesado alega que a causa de lo ocurrido presenta un episodio depresivo grave debido al cambio en el estilo de vida a raíz de todos estos acontecimientos (en especial, la amputación sufrida).

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones, *en* su primer informe de fecha 10 de agosto de 2014, indica literalmente que "la determinación y el alcance de las secuelas fueron fijadas con fecha 11 de noviembre de 2010, fecha en la que se observa por primera vez en la RNM signos de osteomielitis. Estas secuelas se complican al producirse una serie de infecciones recurrentes, produciendo unos daños continuados en el tiempo por la persistencia del agente infeccioso (...), convirtiendo los episodios infectivos primarios de este germen, que fueron tratados y resueltos con anterioridad, en una infección secundaria como es la osteomielitis, que comenzó siendo aguda pero se convirtió en crónica, al albergar gérmenes acantonados en pequeños secuestros o nidos de tejido óseo y también por presentar áreas de tejido cicatricial blando de aspecto necrótico e isquémico".

El referido Servicio señala, además, que "la osteomielitis padecida por el paciente con posterioridad a los intentos de remediar su proceso traumatológico en el pie derecho es una infección secundaria que surge en pacientes con alteraciones en el sistema inmune, en el metabolismo y/o la irrigación sanguínea en el área comprometida, y que entre los factores de riesgo para que se produzca se encuentra la diabetes mellitus, enfermedad que padece el reclamante y que afecta principalmente a los huesos del pie. Se suele desplegar al albor de úlceras de miembros inferiores y de intervenciones quirúrgicas repetidas llevadas a cabo en pacientes con traumatismo cerrado de cualquier índole".

En el segundo informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de fecha 7 de agosto de 2015, emitido con ocasión de la retroacción del procedimiento reitera lo señalado en el informe anterior, se añade: "(...) la fractura de pie diabético –y

justamente por la patología diabética- puede evolucionar tórpidamente, incluso con un correcto tratamiento médico-quirúrgico".

En relación con los nuevos informes médicos que figuran en el expediente, cabe destacar, en primer término, el elaborado por la médica adjunta de la Sección de Infecciones, de fecha 15 de mayo de 2015, en el que, tras exponer de forma minuciosa la asistencia que el paciente recibió por parte de los facultativos durante la evolución de su enfermedad, se concluye del modo siguiente:

"La diabetes mellitus es una enfermedad que en su proceso más evolucionado puede inducir neuropatía y vasculopatía periférica que condiciona mayor riesgo de osteomielitis en los pies, lo conocido como pie diabético, que en muchas ocasiones requiere la amputación parcial o total del pie. En el caso que describimos, es un paciente diabético pero que hasta ahora no ha presentado datos de vasculopatía o neuropatía periférica y que la infección osteoarticular que ha presentado está relacionada con el traumatismo abierto y las infecciones del material de osteosíntesis. No hay datos en la literatura sobre el pronóstico de estos casos en pacientes diabéticos, aunque probablemente su evolución podría ser peor que en pacientes sin enfermedades de base, teniendo en cuenta la alteración de la inmunidad y el retraso en la cicatrización descrita en los diabéticos.

Independientemente de la enfermedad de base, el manejo de las infecciones osteoarticulares requiere de un manejo continuo y conjunto por parte de traumatólogos y expertos en el manejo de las infecciones. El manejo inicial de este paciente fue solo por parte de Coordinación de Traumatología, y hasta diciembre del 2008 no se solicita valoración a Infecciones. A pesar del seguimiento estrecho en la consulta y durante los ingresos por parte de la Sección de Infecciones, los cambios de médico responsable por parte de Traumatología (...) coordinación A (...), y la demora en el tratamiento quirúrgico del paciente, condicionaron que el manejo por nuestra parte (infecciones) fuera muy complicado, por lo que por este motivo desde la Sección de Infecciones se le remite a un centro de referencia de infecciones, osteoarticulares (...) para solicitar una segunda opinión de las posibilidades quirúrgicas. En dicho centro ya le informan al paciente que la posibilidad de conservar el miembro es escasa (le aconsejan la amputación), pero como última posibilidad recomiendan la realización de unos procedimientos quirúrgicos por parte de Traumatología en el centro del paciente, que no se realizaron. Este fue uno de los motivos por el que el paciente solicitó cambio de equipo de Traumatología y traslado a la Coordinación B (...), que desde el principio recomiendan también la amputación, pero el paciente solicita un último intento de manejo médico-quirúrgico, que resultó finalmente en la amputación (...)".

Por su parte, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 18 de julio de 2015, en respuesta a las cuestiones planteadas por este Consejo, indica lo que sigue a continuación:

"1º) Demora de un año en la realización de la artrodesis. La artrodesis es un procedimiento de rescate en la cirugía de pie y tobillo, siendo por tanto el último tratamiento ofrecido a nuestro paciente, cuando los intentos de preservar la articulación de pie y tobillo fracasaron. No nos parece excesivo un año de espera, teniendo en cuenta que estamos hablando de un paciente que cuando sufre esta grave fractura tiene 29 años de edad. Por tanto, se justifica la artrodesis como última opción quirúrgica realizada al año, ya que sacrifica la movilidad del pie y tobillo.

2º) Permanencia con el yeso más de un año. La utilización de la inmovilización escayolada es un tratamiento perfectamente válido en la actualidad, si los médicos tratantes del paciente consideraron que era el único método que podía estabilizar la fractura de este paciente.

3º) Si los puntos 1ª y 2ª pudieron contribuir a la aparición de complicaciones. Si repasamos la historia clínica de este paciente, ingresó el 14 de abril de 2007 siendo correctamente tratado con fijación externa y antibioterapia específica para las fracturas abiertas, permaneciendo ingresado durante 13 días, tiempo suficiente para la cicatrización de las mismas. El problema es que desgraciadamente el paciente reingresa el 26 de junio de 2007 con infección profunda del foco, principal y más temida complicación de las fracturas abiertas, tomándose cultivos de la herida y pautándose nuevamente antibióticos potentes. Por tanto, la aparición de complicaciones se debe a la gravedad de la lesión inicial y a las características del paciente (diabético, con 3-4 veces mayor riesgo de infección que en pacientes no diabéticos).

4º) Actuación tardía del equipo de COT como determinante de la amputación. Como ya se ha reseñado, la osteomielitis es la principal complicación de las fracturas abiertas, y el Servicio de Traumatología hizo todo lo posible para tratar la misma; fue intervenido hasta en 8 ocasiones, antes de plantear la posibilidad de amputación. No observamos en el curso clínico actuación médica anómala y lamentamos finalmente la pérdida de miembro, pero como ya se ha dicho se trata de un paciente diabético con fractura abierta e infección profunda crónica refractaria al tratamiento médico y quirúrgico.

5º) Demora de años en remitir a Unidad Especializada. El Servicio de COT cuenta con profesionales capacitados para tratar este tipo de problemas, no obstante se envió el caso por parte del Servicio de Infecciones al Hospital B. (Unidad de Sépticos), cuyo informe no hizo sino confirmar el diagnóstico y recomendar el tratamiento que ya nuestro Servicio tenía previsto realizar, reseñando asimismo el informe, el alto riesgo de amputación (...)".

4. Los informes que constan en el expediente ponen de relieve, en síntesis, que el afectado es diabético, lo que sin duda hace más complejo sanar una fractura abierta grado III-B; que dicha enfermedad, en relación con la fractura que presentaba el interesado no fue ignorada en absoluto por los facultativos, ya que la

documentación incorporada al procedimiento refleja su preocupación por salvar la extremidad del paciente en todo momento (posponiendo la artrodesis como última opción quirúrgica que sacrificaría la movilidad del pie y tobillo en un paciente de 29 años, y haciendo uso del yeso al considerar que era el único método para poder estabilizar la fractura). Lo expuesto justifica la tardanza que el afectado reclama. En efecto, antes de ser finalmente amputado el MID y con la finalidad de evitar dicha cirugía, el paciente fue intervenido en diversas ocasiones; y el propio reclamante muestra en los informes médicos analizados su –lógica- angustia por la posible pérdida de dicha extremidad al consultar las propuestas o alternativas a la práctica de la amputación, que al final, lamentablemente, fue necesaria para obtener una mejoría en la salud y calidad de vida del paciente.

5. Con todo, el Servicio Canario de la Salud ha reconocido que la evolución de la enfermedad del interesado fue tórpida como consecuencia de la gravedad de la lesión inicial –fractura abierta grado III-B, con infección crónica en un paciente diabético-, siendo la osteomielitis, según se informa, la principal complicación de las fracturas abiertas en pacientes aquejados de esta patología (diabetes).

6. En definitiva y por lo hasta ahora argumentado, este Consejo considera que la asistencia médica recibida por el afectado fue adecuada, toda vez que la actuación desarrollada por los facultativos se ajustó en todo momento a las singulares características del paciente, lo que hizo más complicado el tratamiento de su enfermedad. Además, la prestación asistencial recibida por el afectado se llevó a cabo de acuerdo con los medios disponibles, con observancia de la *lex artis ad hoc*. Por lo tanto, el Servicio Canario de la Salud ha podido acreditar que actuó correctamente, habiéndose demostrado además que el paciente fue objeto de una asistencia médica constante con la evidente intención de salvar su extremidad, aunque el resultado final, lamentablemente, fue la amputación por los motivos expuestos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho, con arreglo al razonamiento expuesto en el Fundamento III, procediendo la desestimación de la reclamación de indemnización formulada por A.A.H.