

En Logroño, a 15 de septiembre de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

64/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial iniciado por D^a B. D. I. S. M., por los daños causados a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en relación con unas fracturas en su pie derecho que, a su juicio, no se supieron diagnosticar por los Servicios sanitarios del Hospital *San Millán-San Pedro* de Logroño, del SERIS.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 3 de junio de 2008, tuvo entrada en la Oficina Auxiliar del Registro de Salud del Gobierno de La Rioja, un escrito de D^a B. D. I. S. M., mediante el que interpone reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Consejería de Salud por importe de 34.409,99 euros, en concepto de indemnización por los daños, a su juicio, causados al no haber diagnosticado unas fracturas en su pie derecho, causa de la posterior extirpación parcial de un dedo de dicho pie.

Alega, en síntesis, la reclamante que, el día 16 de abril de 2007, fue atendida en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro* tras ser derivada, desde Consultas Externas de Nefrología, por una inflamación de antepié y tercio inferior de pierna derecha. Tras Eco-Doppler de pierna derecha y radiografía de tobillo y pie derecho, fue diagnosticada de edema celular subcutáneo. Al persistir las molestias y tras varias visitas a Consulta de Reumatología, el 30 de abril de 2007 ingresa en el Servicio de Reumatología y es examinada por el de Traumatología y, “*con base en las mismas radiografías...*”, se le diagnostican diversas fracturas (base del primer metatarsiano,

fractura dudosa de la base del segundo y fractura subcapital del tercer metatarsiano), colocándose una férula de yeso y posterior de escayola, que lleva durante un mes. En el estudio radiográfico y TAC realizados los primeros días de agosto de 2007, presenta *«fracturas de cabezas de primer y segundo y tercer metatarsiano, múltiples fragmentos periarticulares y posible fractura de la superficie articular de la primera cuña. Destaca fractura del segundo metatarsiano y marcada afectación ateromatosa de arterias del pie»*. Consecuencia de ello, el 22 de octubre de 2007, fue ingresada para la amputación del cuarto dedo derecho del pie, con estancia hospitalaria hasta el 2 de noviembre y diversas secuelas (dolores en pie derecho, cojea al caminar, deformidad, caída con fractura y lesión ligamentosa en el pie izquierdo).

A juicio de la reclamante, la actividad administrativa (no detección de las fracturas de su pie derecho) es la única causante del daño y perjuicio causado (amputación parcial dedo pie derecho).

Aporta un informe médico pericial de valoración de las lesiones y secuelas, en el que se recogen consideraciones sobre los antecedentes médicos de la reclamante y sobre la asistencia prestada, además de la valorativa propiamente dicha, acompañada de diversos trabajos científicos sobre la insuficiencia renal crónica padecida por la reclamante.

Segundo

El Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, el 3 de junio de 2008, resuelve tener por iniciado el procedimiento con efectos del día 3 de junio y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución se comunica a la interesada el 12 de junio, (intento que resulta frustrado por ausencia en su domicilio, según consta en los avisos de recibo de notificación de Correos, y que se reitera el 26 de junio, el 10 de julio, el 20 de agosto y que el 19 de septiembre se devuelve a su procedencia sin haberse retirado), con indicación de lo establecido en la legislación del procedimiento común.

Tercero

La Instructora del procedimiento, el 5 de junio de 2008, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes. El 5 de agosto se reitera el requerimiento.

El mismo día, se traslada copia de la reclamación a A.G. y C., en cuanto corredor del seguro suscrito por el SERIS con Z. E., C. de S. y R.

Cuarto

La Gerente de Área Única, mediante escrito de 8 de octubre de 2008, remite la documentación médica del historial de la interesada por la atención prestada en el Hospital *San Millán*, de Logroño, (folios 58 a 76). En particular, se remiten algunos de los informes de los Facultativos que atendieron a la reclamante: Dr. O. B. (Radiología); Dr. G. P. (Nefrología).

En posterior escrito, de 22 de octubre de 2008, se remiten nuevos informes de otros Facultativos: Dr. G.-P. Vitoria (Traumatología); Dr. L. G. (Cirugía Vasculuar); Dr. T. V. (Cirugía Vasculuar), folios 78-85.

Y en otro, de 29 de octubre de 2008, se adjunta el informe de la Dra. B. R. (Servicio de Urgencias), folios 86-88.

Quinto

La Instructora, mediante escrito de 16 de octubre de 2008, solicita a Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica emita informe en relación con la reclamación presentada objeto de estudio, informe que es cumplimentado el 13 de febrero de 2009.

En lo que interesa, merece destacarse entre los antecedentes personales de salud de la reclamante los siguientes:

-«Presentó debut de diabetes mellitus 1 a los 21 años (año 1991), en forma de cetoacidosis diabética, tratada con insulina desde el principio y con mal control metabólico siempre (...)

-Neuropatía proliferativa conocida en Nefrología desde mayo de 2004, con proteinuria maor de 2 g/24 h y creatinina de 1.4 mg/dl.

-Controles periódicos en Consulta Externa de Nefrología, con deterioro progresivo de la función real y proteinuria nefrótica.

-HTA de difícil control en tratamiento con ARA II, Doxazosina, diurético y Verapamilo. Retinopatía hipertensiva grado II, cardiopatía hipertensiva grado II.

- Hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas.

-Anemia secundaria a la insuficiencia renal en tratamiento con EPO y hierro endovenosos.

-Intervenida de varices en extremidad inferior derecha en 1999.

-Ingreso en Nefrología en enero de 2006 por deterioro de la función renal con creatinina de .3 mg/dl y anasarca.

-Ingreso en Nefrología en febrero de 2006 por anasaraca e insuficiencia renal avanzada con escasa respuesta al tratamiento médico por lo que se inicia hemodiálisis el día 25/2/06, tras canalizar vena yugular derecha. Elección por parte de la paciente de diálisis peritoneal, por lo que el día 28/2/06 se implanta catéter peritoneal. En el momento de alta mantiene tratamiento con hemodiálisis pendiente de aprendizaje y posterior inclusión en programa de diálisis peritoneal.

-Valoración en el Hospital Clínico de Barcelona para doble trasplante páncreas-riñón. Incluida en lista de espera para dicho trasplante desde el 4 de septiembre de 2006.

-Inicio de diálisis peritoneal en domicilio el 14/4/06

-Ingreso en enero de 2007 en UCI por trastorno del nivel de concilia, en contexto de hiperglucemia severa.

-Ingreso en febrero de 2007 en Nefrología por pericarditis y derrame pleural izquierdo. Peritonis por estreptococo viridans como complicación durante ingreso.

-Ingreso en marzo de 2007 en Nefrología por coma hipoglucémico. Ajuste de la pauta por Endocrino.

-En abril de 2007 pasó a diálisis peritoneal automática, cicladata.

-En octubre de 2007 amputación transfalángica proximal de 4º dedo del pie derecho por necrosis del mismo.

-El 24/2/2008 trasplante renopancreático.

-Fractura de la base del quinto metatarsiano izquierdo en mayo de 2008».

Tras exponer la evolución seguida en el proceso asistencial por el que reclama la interesada Concluye que la interesada

1. "...es una paciente diagnosticada de diabetes mellitus tipo I en 1991...cuya evolución ha sido severa, con mal control metabólico habitual y cursando con complicaciones...neuropatía diabética desde 2004, en diálisis peritoneal desde febrero de 2006. En el contexto de dicha patología, presentó fracturas múltiples de metatarsianos de pie derecho, sin antecedente traumático previo, hecho que sería explicable considerando, por una parte, que la osteodistrofia renal es una complicación descrita en enfermos afectados de insuficiencia renal crónica o terminal, cuya manifestación fisiopatológica es el aumento de reabsorción o destrucción ósea y que, clínicamente, puede cursar fracturas; y, por otra parte, las diabetes de difícil control y larga evolución pueden cursar con artropatía diabética, englobada dentro del síndrome de pie diabético, siendo una de sus manifestaciones clínicas fracturas espontáneas»

2. El 16/4/07, cuando fue atendida en el Servicio de Urgencias...se le realizaron radiografías de pie derecho y ecodoppler de extremidad inferior derecha, explotaciones complementarias, correctamente indicadas de cara al diagnóstico diferencial de los signos clínicos que la paciente presentaba, no obstante, en la radiografía simple de pie derecho, no se identificaron las fracturas de metatarsianos existentes, estableciendo diagnóstico de edema celular subcutáneo y pautando tratamiento en base a dicho diagnóstico y demorándose, por tanto, el tratamiento de las fracturas que la paciente padecía.

3. En las consultas posteriores realizadas en Reumatología, D^a B. fue diagnosticada de celulitis, no se diagnosticaron las fracturas de metatarsianos de pie derecho.

4. Las fracturas que D^a B. presentaba fueron correctamente diagnosticadas el 1/5/07 por un traumatólogo, en base a las radiografías del pie derecho realizadas el 1/5/07 a instancias de la Dra. H. del Servicio de Nefrología. En ese momento, se instauró el tratamiento más adecuado a la patología de base de la paciente, consensuado en sesión clínica del Servicio de Traumatología y aceptado por la interesada.

5. De acuerdo con el informe emitido por el Dr. G. A., del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Pedro, dada la evolución de varios meses entre el diagnóstico de las fracturas y la necrosis digital padecida por D^a B. difícilmente las fracturas pueden ser la causa de dicha necrosis, siendo muy posiblemente la causa primaria de toda la patología la diabetes mellitus, tanto de las fracturas, como de la gangrena húmeda posterior».

Adjunta diversa documentación clínica sobre los tratamientos asistenciales de la reclamante (algunos posteriores a su reclamación, como es el “Informe de valoración de osteoporosis”, de 29/08/08 (folios 99-100) y, en particular, el “Informe de Alta de Hospitalización” (folios 101-102), suscrito por el Dr. G. A., a petición de la Médico Inspectora, de 17 de enero de 2008, con diagnóstico «*pié diabético*», «*necrosis húmeda de 4º dedo EIDER secundario a microangiopatía diabética, con infección concomitante*» (folios 101-102), así como otro que responde a la solicitud de relación entre las fracturas y la necrosis (folio 103), donde señala:

«Existe amplia bibliografía sobre la existencia de artropatía diabética pseudo artrósica o degenerativa en pacientes con diabetes mellitus de larga evolución, englobadas dentro del “síndrome de pie diabético”. Así como que la existencia de cualquier injuria en el pie diabético puede desencadenar un flemón diabético, con linfangitis asociada y desencadenar una amputación menor o mayor. Dada la evolución de varios meses entre el diagnóstico de las fracturas y la necrosis digital, hace que difícilmente sea la causa primaria de la misma. Siendo, muy posiblemente, la causa primaria de toda la patología su DM, tanto de la fracturas como de la gangrena húmeda posterior. Para mayor soporte de estos datos, le remito a cualquier Tratado de Patología del pie diabético en artículos de c.vascular, o literatura: Rutherford, EMC C Vascular.etc.»

Sexto

La entidad aseguradora del SERIS, aporta dictamen médico pericial suscrito, el 21 de abril de 2009, por los Drs. R. A., R. G. y V. G., Especialistas en Traumatología y Ortopedia, quienes informan en relación con «fracturas metatarsianos» de D^a B.

En las «Consideraciones Médicas», se hace referencia a la insuficiencia renal crónica terminal y a la diabetes mellitus tipo I, padecida por la paciente, y se indica que (folios 110 y 111):

«El 16-4-07, acudió a Urgencias con un cuadro, sin antecedentes traumáticos, con edema e inflamación hasta media pierna...Se realizaron estudios radiográficos de pie y pasó desapercibida la existencia de fracturas del 1º, 2º y 3º metatarsianos originadas por la pérdida de resistencia ósea, por la osteodistrofia renal. A los 14 días, fueron diagnosticadas e inmovilizadas en descarga con férula.

Aunque se hubiera realizado el diagnóstico inmediato de las fracturas, el tratamiento hubiese sido el mismo, puesto que, al tener una arteriopatía de diabética grave,...el resultado hubiese sido el mismo. La consolidación de las fracturas está en razón de la calidad ósea y la capacidad de depósito de calcio en los tejidos fibrosos que inician la estabilización de los callos de fractura, signo de consolidación.

La posterior aparición de una gangrena semi-húmeda no puede relacionarse con la existencia unos meses antes de las fracturas y sí puede suceder que la arteriopatía determine la fragilización ósea, unida a la distrofia ósea renal provocada por la diálisis, como se describe entre las complicaciones o proceso que presenta el síndrome del pie diabético y al que se hace referencia en el folio 103 por parte de Cirugía Vascular».

Y entre las conclusiones:

“4. La necrosis por gangrena semi-húmeda del 4º dedo es ajena a la existencia de lesiones óseas. Posiblemente es más seguro que sea la isquemia por la arteriopatía diabética la que influye en la fragilización ósea.

5. No se ha observado mala praxis. La paciente presenta los signos y síntomas que pueden aparecer en el síndrome del pie diabético del que está diagnosticada».

Séptimo

La Instructora da trámite de audiencia al interesado el 29 de abril de 2009, notificado el 5 de mayo siguiente, si bien no presenta alegaciones.

Octavo

La Instructora, el 23 de junio de 2009, formula Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no acreditarse la existencia de relación de causalidad entre los daños alegados y la actuación de los Facultativos del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*.

Remitida la Propuesta de resolución a los Servicios Jurídicos, éstos informan favorablemente la desestimación el 7 de julio de 2009, si bien advierten que el plazo para resolver se ha sobrepasado.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 3 de agosto de 2009, registrado de entrada en este Consejo el 28 de agosto de 2009, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 28 de agosto de 2009, registrado de salida el 28 de agosto de 2009, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, pero no resulta aplicable al supuesto dictaminado por tener que atender, según la

doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la citada Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia. Al ser la cuantía de la reclamación superior a 600 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la Responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.-Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.-Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexos causal.

3º.-Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.-Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible

genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido "ilícita") y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

En el presente caso, se trata -según el contenido de la reclamación- de un supuesto de funcionamiento anormal del servicio público sanitario, concretado en un error de diagnóstico al no haber advertido desde el primer momento las fracturas de su pie derecho que, de haberse corregido en ese momento, hubiera evitado la amputación de la 2ª y 3ª falange del 4º dedo del pie derecho.

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos, por lo que siempre actuará como concausa los antecedentes clínicos del paciente. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes.

Tercero

La inexistencia de relación de causalidad en el presente caso.

Para la reclamante, el daño sufrido (amputación de las falanges 2ª y 3ª del 4º dedo del pie derecho) es consecuencia de no haber detectado, el 16 de abril de 2007, en la atención prestada por el Servicio de Urgencias, las diversas fracturas de su pie derecho, que le supusieron dolor y alteración anatómica, provocándole un mal apoyo plantar que le causó una herida que le trajo finalmente la amputación referida. El 30 de abril de 2007, examinadas esas mismas radiografías por el Servicio de Traumatología sí se diagnosticaron dichas fracturas. Un diagnóstico correcto en el primer momento, en su tiempo, hubiera evitado las consecuencias tan lesivas y el perjuicio provocado. Existe –a su juicio– *«una clara relación de causalidad entre las lesiones producidas y el mal funcionamiento del servicio público»*.

La Propuesta de resolución, en cambio, rechaza estas manifestaciones y considera que no existe nexo causal entre la actuación de los Facultativos que intervinieron en la asistencia dispensada y daño derivado de la amputación parcial del 4º de dedo del pie derecho, explicable por los antecedentes de diabetes mellitus tipo I e insuficiencia renal padecidos por la reclamante, determinantes de llamado síndrome de pie diabético, siendo una de sus manifestaciones clínicas las fracturas espontáneas, de manera que el retraso de catorce días en descubrir y corregir las fracturas metatarsianas no influyó en la necrosis posterior determinante de la amputación referida, siendo posiblemente la causa primaria de toda la patología la diabetes mellitas, tanto de las fracturas como de la gangrena húmeda.

Este Consejo Consultivo, a la vista de la documentación e informes médicos aportados al procedimiento, no puede sino compartir el razonamiento de la Propuesta de resolución. En este sentido, debe tenerse en cuenta que el propio informe pericial de parte aportado por la reclamante admite que, en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del día 16 de abril de 2007, *«se emplearon los medios adecuados a las referencias sintomatológicas y a la explotación clínica realizada. Si bien se emplearon los medios adecuados, no se detectaron ni informaron las fracturas presentes y visibles en el estudio radiográfico realizado»* (Folio 8).

Que en esa primera asistencia no se constatare la existencia de la fractura no constituye un error de diagnóstico, pues la sintomatología y las pruebas realizadas a petición del Servicio de Nefrología iban encaminadas a descartar una trombosis venosa (que así se descarta, como se acredita en el informe del Dr. O., del Servicio de Radiodiagnóstico, folio 59). Pese a no estar indicado para esa sintomatología y no mediando accidente traumático, la Facultativa del Servicio de Urgencias solicitó, no obstante, para un mejor diagnóstico, una radiografía del pie derecho, y, en ese momento, *«pasó desapercibida una fractura sin desplazamiento del primer metatarsiano de dicho pie»*, como reconoce la Dra. B., diagnosticándose edema celular subcutáneo (folio 87).

La afirmación de que esa misma radiografía sirvió al Servicio de Traumatología para advertir catorce días más tarde las fracturas del pie (lo de que probaría el error de diagnóstico) no se corresponde con lo acreditado en el historial clínico, pues se le realizaron nuevas pruebas radiográficas. Ingresada en el Servicio de Nefrología por inflamación de su pie derecho el 30 de abril de 2007, se tramita nuevo estudio radiológico que se realiza el 1 de mayo, valorado por el Servicio de Traumatología con el diagnóstico de varias fracturas (de la base del primer metatarsiano; dudosa de la base del segundo metatarsiano; subcapital del tercer metatarsiano), realizándose el tratamiento adecuado, cuya evolución tuvo las incidencias y complicaciones propias de su enfermedad de base (arteriopatía diabética grave y osteodistrofia renal) que dificulta la consolidación de las fracturas, como evidencia el estudio radiológico realizado en agosto de 2007 (fractura conminuta de la cabeza metatarsiana del 1º, 2º y 3º dedos y signos de luxación del 2º

metatarsiano, así como alteración de la superficie articular de la primera cuña y dudoso de la segunda con pequeños fragmentos periarticulares y marcada afecación ateromatosa de arterias del pie (folio 97 y 99).

En conclusión, la amputación parcial del 4º dedo del pie derecho no guarda relación alguna con el no diagnóstico de las fracturas en la primera visita, ni en la tardanza de catorce días en diagnosticarlas en la segunda asistencia y en la no aplicación temprana del tratamiento adecuado, sino en la enfermedad de base padecida por Dª B. La diabetes mellitas tipo I y la insuficiencia renal explican el llamado «síndrome de pie diabético» que se manifiesta en fracturas óseas sin accidente traumático previo, de modo que, como afirma el informe del Dr. G. A., *«dada la evolución de varios meses entre el diagnóstico de las fracturas y la necrosis digital padecida por Dª B., difícilmente las fracturas pueden ser la causa de dicha necrosis, siendo muy posiblemente la causa primaria de toda la patología la diabetes mellitas, tanto de las fracturas, como de la gangrena húmeda posterior»*, hipótesis confirmada por la bibliografía médica sobre la artropatía diabéticas.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por Dª B. D. I. S. M. al no existir relación de causalidad entre la actuación del servicio público sanitario y la amputación parcial del 4º dedo del pie derecho.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero