

Expediente Núm. 80/2015
Dictamen Núm. 105/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de junio de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de abril de 2015 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El 27 de marzo de 2014, una procuradora, en nombre y representación de la perjudicada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Relata que el 25 de octubre de 2011 sufrió un accidente de tráfico que le produjo un "traumatismo en muñeca derecha-Colles, fractura del tercio distal radio derecho con mínimo desplazamiento dorsal. Linfedema muy discreto proximal, libre antebrazo y mano". Manifiesta que fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde "hizo constar de forma reiterada haber sido masectomizada (de) mama derecha y gangliectomizada, gangliectomía axilar derecha, en 1998". Señala que el traumatólogo que la atendió indicaba "inmovilización con yeso completo", pero "a reiterada petición de la paciente (enfermera de profesión) (...) se inmovilizó con férula". Indica que además "sugirió la posibilidad de retirar la inmovilización (...) antes de los 40 días del protocolo habitual", aunque "no fue aceptada".

Reseña que el día 5 de diciembre de 2011 "le retiran la férula" y el facultativo interviniente recomienda "abrir y cerrar la mano con fuerza durante 10 minutos, tres veces al día, introduciendo la mano en agua y sal a la temperatura más alta que pudiera soportar". Ante tal propuesta "la paciente observó con insistencia la singularidad de su caso, ya que estaba gangliectomizada previamente". Pese a ello, "la respuesta del traumatólogo siguió siendo de forma muy reiterada la indicación descrita".

Refiere que "al realizar la movilización activa indicada observó la aparición de un gran edema exponencial en miembro superior derecho, fundamentalmente en dedos, mano y antebrazo, que no cedió con antiinflamatorios ni medidas posturales de elevación del brazo". Dada la situación, el 12 de diciembre de 2011 acudió al Servicio de Urgencias del referido centro, donde le realizan una radiografía que confirma que la "consolidación" es "correcta" y omiten cualquier otra observación.

Precisa que en la actualidad padece "incapacidad funcional completa e insuficiencia venosa severa en mano derecha, con cianosis manifiesta en toda la mano, debiendo mantener brazo y mano elevado de forma continua para evitar aumento de cianosis y trombosis venosa (...). Padece una incapacidad similar a la amputación de antebrazo derecho". Afirma que sufre secuelas funcionales que se asimilan a la "impotencia funcional completa de antebrazo y mano

derecha”, y que padece “rigidez severa de la movilidad de la muñeca y dedos de mano derecha y pérdida de fuerza; además, al bajar la mano del pecho (al bajarla del nivel del corazón) de modo inmediato presenta una ingurgitación venosa por insuficiencia venosa severa con hipoxia tisular. Todo ello hace que la función del miembro derecho esté anulada al no poder usar la mano por debajo del plano del corazón”, y aclara que “previamente al accidente (...) no presentaba dicha patología en el miembro superior derecho”. En cuanto a las secuelas estéticas, refiere que “presenta coloración azulada e hinchazón en la mano derecha, así como piel brillante en dedos y mano y ligero edema permanente en los dedos”, poniendo de relieve que “las lesiones que presenta (...) no le ocasionan una gran invalidez, no precisa de ayuda de (tercera) persona ni adecuación de vivienda, pero con toda (...) probabilidad la necesitará en el futuro; igualmente (...), está totalmente incapacitada para conducir”.

Considera que los daños que sufre son consecuencia de la mala atención dispensada por el Servicio de Traumatología del Hospital, ya que “debería haber tenido en cuenta los antecedentes de la paciente”, especialmente el hecho de que se encontrase “gangliectomizada”. Realiza diversas consideraciones médicas sobre el funcionamiento del sistema circulatorio, y subraya que tras la práctica de una gangliectomía aquel queda “reducido y comprometido” en su totalidad. Por ello, entiende que el tratamiento de una fractura en el caso de personas gangliectomizadas debe ser diferente al establecido con carácter general, no estando indicado el uso de yeso, sino el de férula, debiendo retirarse la inmovilización cuanto antes y no realizándose rehabilitación activa y dirigida, sino espontánea. Estima que la aplicación del protocolo habitual fue la causa de “la aparición de un insólito y excepcional edema exponencial, con la consiguiente limitación vascular y funcional”.

En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, indica que “obviamente la reclamación se presenta en tiempo hábil”, puesto que “el alta se produjo el día 5 de enero de 2014”.

Solicita una indemnización por importe de sesenta y seis mil euros (66.000 €), "más los intereses legales desde la fecha de presentación de este escrito".

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder para pleitos, otorgado por la perjudicada a favor de la procuradora que actúa en su nombre el 21 de marzo de 2014. b) Informe suscrito el 1 de agosto de 2012 por un facultativo del Hospital -no se identifica el Servicio-, en el que se señala que la perjudicada fue diagnosticada de "Ca. de mama en 1998./ Tratamiento quirúrgico mediante mastectomía más linfadenectomía axilar y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia./ Revisiones periódicas en nuestro Servicio con resultados dentro de la normalidad, sin secuelas en brazo derecho (...). Actualmente y tras accidente de tráfico en octubre de 2011, con fractura de radio derecho, presenta impotencia funcional severa a nivel de miembro superior derecho de difícil solución y que es achacable a dicho accidente y no al tratamiento efectuado por su neoplasia mamaria". c) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital de 25 de octubre de 2011, en el que se consigna que la perjudicada acude tras un accidente de tráfico por "traumatismo en mano derecha". Refleja como antecedentes personales "Ca. mama dcha. (98), (...) linfedema crónico en MSD". d) Informe del mismo Servicio de 12 de diciembre de 2011, en el que consta que la reclamante acude una semana después de la "retirada del yeso" debido a "edema mano" derecha. e) Informe del Servicio de Cirugía Vasculor del mismo hospital, de 24 de enero de 2012, en el que figura como impresión diagnóstica "edema" en miembro superior derecho tras accidente de tráfico en octubre de 2011. f) Informe realizado a petición de la perjudicada por el Servicio de Traumatología del Hospital el 15 de enero de 2014, en el que se indica que "la paciente refiere impotencia funcional de esa extremidad con disminución de fuerza, trastornos vasculares (edema y frialdad cuando desciende el brazo) y dolor al realizar esfuerzos./ Se revisan estudios previos observándose buena consolidación de la fractura, sin acortamiento pero con algo de desviación dorsal./ Le explico que no creo que precise tratamiento quirúrgico alguno y que lo que nota son secuelas del

proceso. La paciente no desea tratamiento rehabilitador (refiere que le perjudica), por mi parte es alta médica”.

2. Mediante oficio de 8 de abril de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica a la perjudicada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 10 de abril de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la reclamante y un informe del Servicio de Traumatología del Hospital

4. Con fecha 22 de abril de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada.

5. Mediante oficio de 29 de abril de 2014, el referido Jefe de Sección remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe elaborado el día anterior por el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital

En él señala que la reclamante fue tratada en 1998 mediante “mastectomía derecha asociada a QT y RT. Tal como consta en informes del Servicio de Rehabilitación, tras rotura traumática del expansor de la mama derecha se produjo un marcado linfedema del miembro superior correspondiente./ En octubre de 2011 es atendida de urgencia por el Servicio de Traumatología por padecer fractura de radio distal derecho. En el informe de Urgencias quedó anotado que la paciente padecía `linfedema crónico en MSD´./ El tratamiento realizado en Urgencias ha sido el correcto: inmovilización de la fractura mediante férula dorsal antebraquial y las recomendaciones indicadas en estos casos (...). Posteriormente la paciente fue citada para revisiones ambulatorias

los días 31 de octubre, 8 de noviembre, 5 de diciembre y 19 de diciembre, no acudiendo a consulta en esta última cita. En enero de 2014 (...) acude a consulta para solicitar un informe, apreciándose en esa revisión la correcta consolidación de la fractura”.

Afirma que “las fracturas, y, por supuesto, esto incluye las del radio distal, han de ser tratadas mediante reducción, inmovilización hasta la consolidación y, finalmente, recuperación funcional. No hacerlo así contraviene los principios más elementales de la *lex artis* en el manejo de este tipo de lesiones (...). Retirar antes de tiempo una inmovilización es una de las causas más frecuentes de complicaciones serias”. Añade que, “evidentemente, la evolución de una fractura no es la misma si se dan las condiciones locales óptimas que si, como por desgracia le ocurre a esta paciente, hay un estado vascular (venoso y linfático) insuficientes como consecuencia de los tratamientos que han sido obligados para la curación de su Ca. de mama”.

Considera que el tratamiento realizado a la perjudicada “ha sido escrupulosamente correcto”, y precisa que “el edema residual, ya presente en parte antes de sufrir esta fractura, (se) explica perfectamente por el mal estado vascular que (...) tenía y, en todo caso, lo normal es que con el tratamiento adecuado de medidas antiedema se pueda mejorar la sintomatología que actualmente presenta”.

Por último, señala que “no hay comentario acerca de las explicaciones fisiopatológicas y terapéuticas que se han vertido en la reclamación, en las que se señalan obviedades generales y suposiciones sin sentido”.

6. El día 6 de mayo de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él relata que la perjudicada es atendida “el 25 de octubre de 2011 (...) de urgencia por el Servicio de Traumatología por padecer fractura del radio distal derecho tras un accidente de tráfico. En el informe de Urgencias quedó anotado que (...) padecía ‘linfedema crónico en MSD’ Se realizó una inmovilización de la fractura mediante férula (...). Posteriormente (...) fue citada para revisiones

(...), no acudiendo a consulta en (la) última cita. Durante años la paciente no volvió a Traumatología hasta el 15 de enero de 2014, (en) que acude exclusivamente para solicitar un informe de la fractura de radio de 2011 (...). El 12 de diciembre de 2011 acude a Urgencias, donde se deja constancia -en contra de lo afirmado por la reclamante, que afirma que solo se refieren a la patología ósea- de que tiene una importante extensión del linfedema crónico proximal a región distal. Se establece como diagnóstico: linfedema agudizado por lesión reciente./ El 24 de enero de 2012 es vista en el Servicio de Cirugía Vasculard por edema en brazo derecho relacionado con el accidente de octubre de 2011. Se le pauta tratamiento./ El 1 de agosto de 2012 es vista por la Unidad de Cirugía Mamaria (...). Se señala que en ese momento presenta impotencia funcional del miembro derecho de difícil solución que es achacable al accidente sufrido en octubre./ Con anterioridad a la fractura la reclamante había desarrollado un linfedema de brazo derecho a raíz de un accidente de tráfico sufrido en 2002 en el que se produjo la rotura de la prótesis de la reconstrucción mamaria. Desde entonces el linfedema ha ido aumentando progresivamente, según el informe de Rehabilitación. Se le pautó tratamiento pero realizó solo unas sesiones, ya que por problemas familiares no podía acudir a realizar rehabilitación. Se la citó para revisión y no volvió nunca más por el Servicio". Añade que en el informe emitido por el Servicio de Traumatología el 15 de enero de 2014 se hace referencia a una consulta celebrada el día 29 del mismo mes, lo que constituye una "afirmación evidentemente carente de sentido y veracidad".

Por otro lado, apunta que la reclamante "no aporta ningún informe médico que acredite las secuelas que manifiesta, y en su historia clínica tan solo hay un informe actualizado (...) que se limita a recoger que (...) refiere impotencia funcional con disminución de la fuerza, edema y frialdad cuando desciende el brazo y dolor al realizar esfuerzos. Es decir, es un informe hecho a petición de la paciente y que tan solo recoge lo que ella subjetivamente manifiesta. El último estudio (...) en el que se recogen las características y

medidas de su linfedema es el del Servicio de Rehabilitación cuando le extienden el alta en mayo de 2011 por no acudir al tratamiento”.

Considera que el tratamiento pautado por el Servicio de Traumatología “ha sido escrupulosamente correcto”, y que las dificultades de la recuperación se deben a que “la reclamante tenía previamente un problema vascular venoso y linfático como consecuencia de los tratamientos que se le habían realizado anteriormente”. Afirma que “la reagudización de su problema sin duda es debido al traumatismo y fractura en sí misma, y no a una concreta y determinada práctica médica, como pretende la reclamante. De hecho, cuando desarrolló por primera vez el linfedema, que se convirtió en crónico, fue a raíz de otro traumatismo sufrido en 2002”.

Por otra parte, sostiene que la reclamación ha sido presentada fuera de plazo, pues la interesada “es plenamente conocedora de su situación desde el 1 de agosto de 2012, fecha en la que se le emite un informe por la Unidad Mamaria” del Hospital “en el que se señala que en ese momento presenta impotencia funcional del miembro derecho de difícil solución que es achacable al accidente sufrido en octubre. La paciente no volvió a la consulta de Traumatología desde el 5 de diciembre de 2011, no acudiendo a revisiones pautadas. Volvió nuevamente el 15 de enero de 2014, pero (...) tan solo para (...) pedir un informe (...). En otras palabras, las lesiones que (...) pretende imputar a una asistencia médica incorrecta están plenamente instauradas desde diciembre de 2012, y en agosto de ese año le informaron por escrito de su carácter crónico de difícil recuperación. La reclamación ha sido presentada el 1 de abril de 2014, es decir, veinte meses después, estando por tanto (...) prescrita la acción por su presentación fuera del plazo de un año establecido legalmente para ello”.

En consecuencia, sostiene que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada debe ser desestimada.

7. Mediante escritos de 12 de mayo de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del informe técnico de

evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 3 de julio de 2014, a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él señala que, "aunque no han sido aportadas radiografías, la fractura era subsidiaria de un tratamiento conservador (...), por lo que el tratamiento llevado a cabo (...) parece ser absolutamente correcto. De igual modo, se hizo un seguimiento adecuado de la fractura, la inmovilización le fue retirada en tiempo normal (...) y se indicó el oportuno tratamiento rehabilitador, además de valoración por el Servicio de C. Vascular, dado su antecedente./ El problema que presentaba esta paciente era la existencia de un linfedema en ese miembro desde hacía tres años debido a una intervención de Ca. de mama en la que le fue realizada mastectomía con gangliectomía. El linfedema suele ser una complicación habitual tras este tipo de intervenciones y debe ser tratado, sobre todo, mediante medidas fisioterápicas de drenaje linfático. Parece ser que la paciente en su momento (2008) no llevó a cabo un tratamiento completo porque 'no podía acudir a las sesiones'./ Como es lógico, un traumatismo sobre un miembro previamente afectado por un linfedema va a desestabilizar este, haciéndolo empeorar, ya que al aparecer el proceso inflamatorio postraumático (que en ocasiones es importante, incluso en una persona sin alteraciones vasculares previas), unido a la afectación de retorno venoso y linfático, puede hacer que la inflamación se vea aumentada al doble o al triple de lo que sería normal; sin embargo, lo prioritario, sin duda, es la fractura (o la lesión que presente el miembro), es decir, no por el hecho de que exista un linfedema se debe realizar un tratamiento diferente o incompleto. Esto sería peor a la larga, ya que un tratamiento inadecuado lo convertiría en más prolongado, lo que haría empeorar más aún el linfedema, al igual que una intervención quirúrgica; por tanto, lo primero será tratar la fractura, y el linfedema ya se tratará adecuadamente una vez resuelta aquella./ Es importante resaltar, y el hecho llama la atención (...), que la paciente rechazase el tratamiento rehabilitador

indicado con posterioridad cuando muy probablemente la hubiera beneficiado de forma importante”.

Concluye que “la praxis llevada a cabo por los especialistas” del Hospital “ha sido totalmente correcta y ajustada a *lex artis*. El tratamiento de la fractura era prioritario sobre cualquier otro aspecto. La paciente presentaba una importante alteración vascular previa que condicionó la posterior evolución y que fue tratada según los medios disponibles actualmente”.

9. Consta incorporado al expediente, asimismo, el informe emitido por un gabinete jurídico privado el día 10 de julio de 2014, también a instancia de la entidad aseguradora. En cuanto al plazo de prescripción, subraya que la perjudicada sufre el 25 de octubre de 2011 “un accidente de circulación, siendo atendida por el Servicio de Urgencias (...). Acude a diversas revisiones a consultas externas y el día 5 de diciembre de 2011 le retiran (la) férula, presentando buen color, temperatura y movilidad de los dedos, indicándose como tratamiento la realización de ejercicios./ El día 12 de diciembre de 2011 (...) acude al Servicio de Urgencias (...) por edema en mano derecha. El 24 de enero de 2012 es reconocida por Cirugía Vascular por edema en miembro superior derecho, instaurándose el tratamiento./ El día 1 de agosto de 2012 (un facultativo) emite informe donde advierte que presenta impotencia funcional severa a nivel de miembro superior derecho achacable al accidente y de difícil solución (...). Tras dicha actuación no existen más asistencias sanitarias, salvo por el hecho de que el día 29 de enero de 2014 (...) acude a Traumatología (...) para solicitar informe./ Por tanto, se puede establecer como *dies a quo* el (...) 1 de agosto de 2012, fecha en la que (un facultativo) advierte de la secuela que presenta la paciente, pues al no existir tratamiento posterior se entiende que ha alcanzado el alta o estabilización de las lesiones. En este sentido, comenzando el cómputo del plazo el 1 de agosto de 2012 e interpuesta la reclamación el 27 de marzo de 2014, la acción se encuentra prescrita”.

No obstante, añade que “la actuación médica se ha prestado de forma correcta y ha sido acorde a la *lex artis*”, y que “no existe nexo causal entre la

secuela manifestada por la paciente y la asistencia sanitaria percibida”, por lo que entiende que “no procede otorgar indemnización alguna”.

10. Mediante escrito notificado a la representante de la perjudicada el 28 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Ese mismo día la representante de la interesada se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquél, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

11. Con fecha 31 de julio de 2014, la representante de la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que señala que “se ratifican y dan por íntegramente reproducidas las alegaciones contenidas” en su reclamación inicial, y considera que aquellas “no han sido desvirtuadas por los informes y alegaciones presentados por la Consejería de Sanidad”, sino que “más bien tales informes avalan la legitimidad y pertinencia de lo solicitado”.

12. El día 4 de agosto de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones formuladas.

13. Con fecha 20 de agosto de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, tras relatar los antecedentes del caso, manifiesta que la reclamación “ha de rechazarse (...) por estar la acción prescrita”. Explica que “la reclamante es plenamente conocedora de su situación desde el 1 de agosto de 2012, fecha en la que se le entregó un informe por la Unidad de Cirugía Mamaria” del Hospital “en el que se señala que en ese momento presenta impotencia

funcional del miembro derecho de difícil solución que es achacable al accidente sufrido en octubre. La paciente no volvió a la consulta de Traumatología desde el 5 de diciembre de 2011 (...). Volvió nuevamente el 15 de enero de 2014, pero no como revisión o consulta médica, sino tan solo para (...) pedir un informe sobre la asistencia prestada en el año 2011. En otras palabras, las lesiones (...) están plenamente instauradas desde diciembre de 2012, y en agosto de ese año le informaron por escrito de su carácter crónico de difícil recuperación. Así pues, el *dies a quo* debe ser establecido el 1 de agosto de 2012. La reclamación ha sido presentada el 1 de abril de 2014, es decir, veinte meses después, estando por tanto evidentemente prescrita”.

Añade que, “de todas formas (...), la asistencia médica prestada a la reclamante ha sido correcta”. Considera que “el edema residual, ya presente en parte antes de sufrir esta fractura, se explica perfectamente por el mal estado vascular que la paciente tiene”, y que “no por el hecho de que exista un linfedema se debe realizar un tratamiento diferente o incompleto”. Pone de manifiesto que “la reclamante en ningún momento ha aportado prueba alguna de la existencia de la presunta mala praxis que imputa a la Administración sanitaria, ni siquiera da argumento alguno en este sentido, y no deja de resultar paradójico que en sus alegaciones se limite exclusivamente a decir que los informes aportados al expediente avalan `la legitimidad y pertinencia de la reclamación´”.

14. Mediante oficio de 16 de septiembre de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

15. El día 10 de octubre de 2014, la representante de la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que acompaña el “informe médico” evacuado por un facultativo del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital en el que se acreditan “las consultas y tratamientos dispensados a mi mandante en el Servicio de

Traumatología los días 22-12-11, 18-12-12, 18-12-13, 20-1-14, 29-1-14 y 1-10-14 que determinan la no concurrencia de prescripción de la acción en el momento en que se interpone la reclamación de responsabilidad patrimonial". Manifiesta que "dichos episodios no constan en información digitalizada por problemas telemáticos del hospital a los que es ajena mi mandante". Adjunta diversas citas médicas.

16. Con esa misma fecha, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que ruega que "tenga en consideración mi caso y sirva su difusión para cuidar mejor a las mujeres gangliectomizadas". Califica de "hallazgo casual" la reacción de su miembro superior derecho tras la inmovilización, y considera que cuando se trate de pacientes gangliectomizados "quizás no deba indicarse movilización activa (...), ni tampoco rehabilitación traumatológica convencional" después de "40 días de inmovilización", ya que la "reacción a esta indicación es la aparición inmediata de un gran edema exponencial".

Manifiesta que los facultativos intervinientes insistieron en aplicarle el protocolo "convencional, el mismo que en cualquier paciente sin resección ganglionar", lo que reputa incorrecto. Señala que "fue vista en más ocasiones que las que están digitalizadas" (enfermera durante 22 años en el Hospital), en las que comentó "el hallazgo" a los facultativos que la atendieron, a los cuales "les pareció aceptable" su comentario.

17. Mediante oficio de 22 de octubre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite un escrito a este Consejo Consultivo al que adjunta "nueva documentación incorporada al expediente".

18. Con fecha 4 de diciembre de 2014 se recibe en el registro de este órgano un escrito de V. E. en el que se solicita la devolución del expediente reseñado "a efectos de valorar la incorporación al mismo de nueva documentación aportada por la reclamante".

Mediante oficio del Presidente del Consejo Consultivo de la misma fecha se procede a la devolución instada.

19. El día 27 de enero de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita al Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica del Hospital y al Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del mismo centro que “verifiquen” si hay “algún registro” de las fechas de consulta manifestadas por la reclamante, advirtiéndole que “interesa especialmente conocer con exactitud si existe alguna constancia documental de que esta paciente haya acudido a consulta de Traumatología los días 18-12-2012 y 18-12-2013”. Al último le indica además que, puesto que “la reclamante ha sido enfermera de ese centro (...), es razonable pensar que pudiera tener determinadas facilidades de acceso a consultas de manera informal”, por lo que “sería esencial poder pedir (al facultativo que emitió el nuevo informe sobre las fechas de consulta) información sobre las causas por las que hizo el informe (...), de qué archivos ha extraído la información sobre las fechas en que la vio y cuál era el contenido de las citadas consultas y la explicación de por qué no dejó constancia alguna de ellas en la historia clínica como es obligado”.

20. Con la misma fecha, el referido Inspector se dirige al facultativo que emitió el informe aportado por la reclamante, “a pesar de no estar actualmente en activo”, para pedirle información sobre las fechas de consulta y el motivo de las mismas.

21. Mediante escrito del Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, notificado a la reclamante el 30 de enero de 2015, se la requiere para que, a la vista de la duplicidad de escritos presentados por la perjudicada y su representante indicando distintos domicilios, aclare “qué domicilio de notificaciones debe ser tenido en cuenta para sucesivos trámites”.

Ese mismo día la interesada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que identifica su domicilio a efectos de notificaciones.

22. El día 4 de febrero de 2015, el Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica informa que “no existe ninguna cita registrada el 18-12-2012” y que “existe una cita el 18-12-2013 que aparece registrada como ‘cancelada a solicitud del paciente’”. Añade que, “revisada la historia clínica de Traumatología de esta paciente no figura ninguna anotación en el curso clínico (...) en los años 2012 y 2013”.

23. Con fecha 5 de febrero de 2015, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología aclara que, tras una revisión “con detalle”, las “fechas de consulta en relación con el episodio mencionado” se corresponden con el 31 de octubre, el 8 de noviembre y el 5 de diciembre de 2011. Precisa que el 12 de diciembre de 2011 “o 17, no se entiende bien”, consta que “no acude a revisión”, y que el 15 de enero de 2014 “solicita informe médico”.

24. Mediante oficio notificado a la reclamante el 11 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le concede un segundo trámite de audiencia.

25. El día 17 de marzo de 2015, la perjudicada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que insiste en que fue atendida en el Servicio de Traumatología el 18 de diciembre de 2012 y el 18 de diciembre de 2013, y que “acudió a todas las citas que aparecen señaladas en el expresado informe (...) y también en otras ocasiones (...) fuera de cita, de manera informal, al haber sido enfermera” del Hospital “durante 22 años”.

26. Con fecha 20 del mismo mes, la reclamante presenta un nuevo escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que insiste en la

necesidad de aplicar un protocolo diferenciado en el tratamiento de fracturas a los pacientes gangliectomizados, y, en concreto, la imposibilidad de realizar movilización activa y rehabilitación tradicional, ya que conducen a un "edema exponencial, con la consiguiente limitación vascular y funcional".

Adjunta una hoja del curso clínico del Servicio de Cardiología del Hospital en la que figura anotado, el 18 de julio de 2012, que "actualmente no hay ningún motivo por el que precise ser seguida en Cardiología", y seis fotografías de sus manos.

27. Mediante oficio de 19 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas tras el segundo trámite de audiencia.

28. Con fecha 1 de abril de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Reitera las consideraciones efectuadas en su anterior propuesta de resolución y añade que "el 10 de septiembre de 2015 (*sic*, en realidad 2014) la reclamante presenta nueva documentación entre la cual cobra especial relevancia un escrito firmado" por un traumatólogo del Hospital en el que "manifiesta que consta que la paciente fue atendida los días 18-12-13, 20-01-14, 29-1-14, 1-10-14, 22-12-11 y 18-12-12, aparte de otras ocasiones fuera de cita como el mismo día que firma el informe (8-10-14), pero que no consta información digitalizada. La reclamante manifiesta que este informe determina que la reclamación no está prescrita. Además presenta varios escritos" del Hospital que "son meras citaciones en Traumatología para los días 18-12-2013, 15-1-2014 y 29-1-2014. Igualmente vuelve a realizar una serie de consideraciones sobre el tratamiento recibido e insiste en que fue vista en numerosas ocasiones en consulta sin que de las mismas quede registro, dada su condición de enfermera del (hospital) durante 22 años".

Explica que "dada la trascendencia que esta nueva documentación pudiera tener" se acordó "retrotraer las actuaciones", aunque los informes

solicitados posteriormente dejan constancia “de manera categórica” de que “esas consultas no se han producido”. Subraya que “entre el 5 de diciembre de 2011 y el 5 de enero de 2014, fecha en la que acude a pedir un informe, la reclamante no ha sido atendida de su problema traumatológico. Es más, del 18-12-2012 no existe ningún registro y de la consulta del 18-12-2013 consta que había sido pedida por la paciente y anulada posteriormente por ella misma”. Califica el informe presentado por la interesada de “manifiestamente anómalo”, y recuerda que requeridas explicaciones del facultativo que lo suscribe este “no ha contestado”.

Sobre las alegaciones formuladas por la reclamante el 20 de marzo de 2015, considera que “constituyen un documento similar al presentado como inicio de la reclamación, en el que vuelven a repetirse la descripción de los hechos junto con afirmaciones científicas carentes de todo fundamento técnico que ya fueron calificadas en su momento por el Jefe del Servicio de Traumatología como `suposiciones sin sentido`”.

Concluye que el ejercicio de la acción está prescrito, ya que “la reclamante es plenamente conocedora de su situación desde el 1 de agosto de 2012, fecha en la que se le entregó un informe por la Unidad de Cirugía Mamaria (...) en el que se señala que en ese momento presenta impotencia funcional del miembro derecho de difícil solución”, precisando que “las lesiones que la reclamante pretende imputar a una asistencia médica incorrecta están plenamente instauradas desde diciembre de 2011, y en agosto de ese año le informaron por escrito de su carácter crónico de difícil recuperación”. Reitera que no consta “ninguna asistencia” por el Servicio de Traumatología en los años 2012 y 2013.

En cuanto al facultativo que emitió el informe aportado por la reclamante, señala que “tan solo su jubilación pasando a situación de pensionista el 20 de noviembre de 2014 ha impedido profundizar en la investigación procediendo a tomarle declaración en vía disciplinaria”.

Por último afirma que, “aun en el supuesto de que la reclamación no estuviese prescrita, la asistencia médica prestada a la reclamante ha sido correcta”.

29. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de abril de 2015, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- 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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se interesa una indemnización por los daños y perjuicios que la reclamante entiende derivados de la, a su juicio, defectuosa asistencia sanitaria que recibió en el Hospital, donde fue atendida tras sufrir un accidente de tráfico que le provocó una fractura del radio distal derecho. Considera que el tratamiento practicado se realizó sin tener en cuenta que se trataba de una paciente gangliectomizada, lo que provocó la aparición del linfedema que padece en su miembro superior derecho y, consecuentemente, la reducción de su funcionalidad.

En cuanto al examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, procede verificar, en primer término, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto. La Administración sanitaria fundamenta el sentido desestimatorio de su propuesta de resolución justamente en lo extemporáneo de la reclamación, al entender que a la fecha de presentación de la misma -27 de marzo de 2014- había transcurrido más de un año desde la consolidación de las secuelas, de las cuales la perjudicada tenía conocimiento, al menos, desde el informe emitido por la Unidad de Cirugía Mamaria el 1 de agosto de 2012. Por el contrario, la interesada entiende que aquella ha sido presentada en plazo, al tomar inicialmente como *dies a quo* para el cómputo del plazo de un año legalmente establecido la fecha del 15 de enero de 2014 -día en que, según su criterio, recibió el alta en el Servicio de Traumatología- y afirmar, con posterioridad, que había sido atendida por aquel Servicio en múltiples ocasiones entre 2011 y 2014.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, la respuesta que ha de dar este Consejo a la cuestión ahora examinada debe partir de lo establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, a cuyo tenor, "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 el asunto que

nos ocupa, de la documentación obrante en el expediente se desprende que el día 25 de octubre de 2011 se le inmoviliza a la reclamante la fractura mediante "férula dorsal antebraquial" en el Servicio de Urgencias del Hospital El 5 de diciembre del mismo año, tras el seguimiento pertinente por el Servicio de Traumatología, se retira la inmovilización y se realizan las recomendaciones de rehabilitación "indicadas en estos casos". El 12 de diciembre de 2011 acude de nuevo al Servicio de Urgencias mostrando una "importante extensión de su linfedema". Desde ese momento no constan más asistencias en el Servicio de Traumatología hasta el 15 de enero de 2014, en que se le concede cita a petición propia y con la finalidad de realizar un informe. En él el Jefe del Servicio deja constancia de los síntomas que la paciente refiere, y explica que "lo que nota son secuelas del proceso", anotando que "no desea tratamiento rehabilitador" y que por su parte "es alta médica". Con anterioridad, el 24 de enero de 2012 es vista en el Servicio de Cirugía Vasculuar por "edema" en miembro superior derecho, y el 1 de agosto del mismo año la Unidad de Cirugía Mamaria del Hospital le comunica que "presenta impotencia funcional del miembro derecho de difícil solución que es achacable al accidente sufrido en octubre".

En el curso del trámite de audiencia la reclamante incorpora al expediente el informe elaborado por un traumatólogo jubilado del Hospital en el que consta que la paciente acudió a consultas en el Servicio de Traumatología los días 22 de diciembre de 2011, 18 de diciembre de 2012, 18 de diciembre de 2013 y 20 y 29 de enero y 1 de octubre de 2014. Sin embargo, el Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica informa que no constan tales citas, a excepción de la del día 18 de diciembre de 2013, "que aparece registrada como `cancelada a solicitud del paciente´". Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología también sostiene la inexistencia de tales citaciones.

Con carácter general, la fecha de determinación del alcance de las secuelas coincide con aquella en la que el paciente recibe el alta médica. Al respecto, la reclamante pretende hacer valer el informe emitido el 15 de enero

de 2014 por el Servicio de Traumatología, en el que el facultativo interviniente señala que “por mi parte es alta médica”. Sin embargo, de conformidad con lo indicado en la propuesta de resolución, no podemos asumir que sea tal fecha la que determine la estabilización de los daños sufridos. La perjudicada abandona la asistencia prestada por el Servicio de Traumatología el 5 de diciembre de 2011, y no es hasta el 15 de enero de 2014 cuando, a petición propia y con el único objetivo de solicitar un informe -lo que resulta corroborado por el hecho de que rechaza el tratamiento rehabilitador propuesto-, vuelve a la consulta. En ese momento, veinticinco meses después de la última visita, el traumatólogo interviniente le concede el alta médica, pero desconocemos si aquella podría haberse otorgado con anterioridad. La falta de asistencia de la reclamante a las consultas -consta que no acude a la revisión del 19 de diciembre de 2011- y su posterior solicitud de una cita para la emisión de un informe no pueden suponer que esta última determine la fecha real del alta, ni, por tanto, la de estabilización de las secuelas.

A la vista del contenido de la propuesta de resolución inicialmente formulada, y observado por la interesada que su pretensión en cuanto a la prescripción no había resultado admitida, presenta alegaciones en el trámite de audiencia en las que sostiene que con posterioridad al 5 de diciembre de 2011 acudió a consultas del Servicio de Traumatología en numerosas ocasiones durante los años 2011, 2012, 2013 y 2014. A tal efecto acompaña el informe de un traumatólogo jubilado del Hospital que asegura haber atendido a la perjudicada. Ahora bien, tanto el Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica como el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital niegan “de manera categórica” tal extremo. A la vista de estas manifestaciones se le concede audiencia a la interesada por segunda vez; trámite durante el cual se limita a afirmar la existencia de tales consultas, pero sin aportar dato alguno que permita constatar dicha aseveración. Por su parte, la nueva propuesta de resolución califica el informe presentado por la reclamante de “manifiestamente anómalo”, y asegura, en relación a su autor, que “tan solo su jubilación pasando a situación de

pensionista el 20 de noviembre de 2014 ha impedido profundizar en la investigación procediendo a tomarle declaración en vía disciplinaria". En estas circunstancias, y teniendo en cuenta la ausencia de medios empleada por la perjudicada en orden a demostrar tal extremo, consideramos que no puede entenderse probada la existencia de la asistencia sanitaria referida.

Nos encontramos, por tanto, con una ausencia total de datos sobre la reclamante en el Servicio de Traumatología entre el 5 de diciembre de 2011 y el 15 de enero de 2014, lo que impide a aquel valorar el momento de la consolidación de las "secuelas del proceso". No obstante, el 1 de agosto de 2012 la Unidad de Cirugía Mamaria del Hospital comunica a la perjudicada que "presenta impotencia funcional del miembro derecho de difícil solución que es achacable al accidente sufrido en octubre". Este Consejo ha señalado en numerosas ocasiones (entre otras, en nuestro Dictamen Núm. 79/2014) que para resolver la posible prescripción de la acción de responsabilidad ejercitada no podemos considerar aisladamente los aspectos técnico-médicos del daño producido, sino que debemos introducir un elemento subjetivo, el que se deriva del momento en el que la perjudicada es informada -y por ello adquiere plena conciencia- del alcance de la lesión que imputa al servicio público. Por ello, consideramos que la interesada conoció en aquel momento las secuelas que padecía y su "difícil solución". A ello debe unirse el hecho de que el abandono parcial de la asistencia sanitaria por la reclamante impide disponer de otros datos sobre la evolución de los daños sufridos, por lo que, de conformidad con lo reflejado en la propuesta de resolución, estimamos que el 1 de agosto de 2012 constituye el *dies a quo* para el ejercicio de la acción, lo que supone que en la fecha de presentación de la reclamación -27 de marzo de 2014- aquella habría prescrito.

En consecuencia, este Consejo entiende que la pretensión formulada debe ser desestimada por extemporánea.

En cualquier caso, aunque hiciéramos abstracción de la conclusión anterior y partiésemos del supuesto de que la acción no hubiera prescrito la

reclamación habría de desestimarse igualmente, ya que no concurren los requisitos necesarios para su estimación.

En efecto, según doctrina reiterada de este Consejo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la interesada no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que

analizamos aquella no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto que nos ocupa, nos encontramos con que el informe técnico de evaluación y el informe médico-pericial incorporado al expediente a instancias de la entidad aseguradora de la Administración resultan coincidentes en considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud. La perjudicada indica en el escrito con el que se inicia la reclamación que tras la fractura del radio distal derecho sufrida advirtió al Servicio que la atendía de su condición de "masectomizada (de) mama derecha y gangliectomizada, gangliectomía axilar derecha", pese a lo cual le aplicaron el protocolo habitual en fracturas, que incluye la "movilización activa" una vez finalizado el periodo de inmovilización. Refiere que "al realizar la movilización activa indicada observó la aparición de un gran edema exponencial en miembro superior derecho" que le produce "incapacidad funcional completa e insuficiencia venosa severa en mano derecha, con cianosis manifiesta en toda la mano, debiendo mantener brazo y mano elevado de forma continua". Considera que la aparición de tal edema es consecuencia del protocolo aplicado, y entiende que el tratamiento de una fractura en el caso de personas gangliectomizadas debe ser diferente al establecido con carácter general, no estando indicado el uso de yeso, sino el de férula, debiendo retirarse la inmovilización cuanto antes y no realizándose rehabilitación activa y dirigida, sino espontánea. En el escrito de alegaciones presentado el 10 de octubre de 2014 califica la reacción de su miembro superior derecho tras la movilización activa de "hallazgo casual", y afirma que tal descubrimiento puede servir para proporcionar un mejor tratamiento a las fracturas sufridas por personas gangliectomizadas, reseñando que esta posibilidad les "pareció aceptable" a los traumatólogos que la atendieron.

El informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital deja constancia de que "el edema residual ya (estaba) presente en parte

antes de sufrir esta fractura”, y así lo refleja el informe del Servicio de Urgencias de 25 de octubre de 2011, en el que “quedó anotado que la paciente padecía `linfedema crónico en MSD´”. Señala que “las fracturas, y, por supuesto, esto incluye las del radio distal, han de ser tratadas mediante reducción, inmovilización hasta la consolidación y, finalmente, recuperación funcional. No hacerlo así contraviene los principios más elementales de la *lex artis* en el manejo de este tipo de lesiones”, y añade que, “evidentemente, la evolución de una fractura no es la misma si se dan las condiciones locales óptimas que si, como por desgracia le ocurre a esta paciente, hay un estado vascular (venoso y linfático) insuficientes como consecuencia de los tratamientos que han sido obligados para la curación de su Ca. de mama”. Sostiene que el tratamiento realizado a la perjudicada “ha sido escrupulosamente correcto” y, respecto a las propuestas realizadas por la misma sobre el tratamiento de fracturas en personas gangliectomizadas, indica que “no hay comentario acerca de las explicaciones fisiopatológicas y terapéuticas que se han vertido en la reclamación, en las que se señalan obviedades generales y suposiciones sin sentido”.

El informe técnico de evaluación pone de relieve que “con anterioridad a la fractura la reclamante había desarrollado un linfedema de brazo derecho a raíz de un accidente de tráfico sufrido en 2002, en el que se produjo la rotura de la prótesis de la reconstrucción mamaria”. Obra en la historia clínica de la paciente un informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital en el que consta que aquella realizó “unas sesiones” de rehabilitación a partir del 26 de marzo de 2008, pero dejó de asistir “por problemas familiares”. Igualmente, precisa que “se la citó para revisión y no volvió nunca más”. Por ello, el 16 de mayo de 2011 el citado Servicio le da el alta haciendo constar como motivo que “no volvió”. El informe técnico de evaluación destaca que, según se recoge en el informe del Servicio de Rehabilitación, desde el accidente acaecido en 2002 el linfedema “fue aumentando progresivamente”. Considera que “la reagudización” del problema” previamente existente es debida “al traumatismo

y fractura en sí mismo, y no a una concreta y determinada práctica médica, como pretende la reclamante”.

Según el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora, “el tratamiento llevado a cabo (...) parece ser absolutamente correcto”. Resalta que la perjudicada presentaba “un linfedema en ese miembro desde hacía tres años debido a una intervención de Ca. de mama en la que le fue realizada mastectomía con gangliectomía”. Manifiesta que “un traumatismo sobre un miembro previamente afectado por un linfedema va a desestabilizar este, haciéndolo empeorar, ya que al aparecer el proceso inflamatorio postraumático (que en ocasiones es importante, incluso en una persona sin alteraciones vasculares previas), unido a la afectación de retorno venoso y linfático, puede hacer que la inflamación se vea aumentada al doble o al triple de lo que sería normal; sin embargo, lo prioritario, sin duda, es la fractura (o la lesión que presente el miembro), es decir, no por el hecho de que exista un linfedema se debe realizar un tratamiento diferente o incompleto”.

A la vista de lo expuesto, no resulta probado que el linfedema que la reclamante padece en su miembro superior derecho sea consecuencia del tratamiento que el Hospital le aplicó tras la fractura del radio distal derecho sufrida. La actuación de los servicios médicos debe reputarse correcta y conforme a la *lex artis*, no resultando acreditado que deban aplicarse medidas distintas de las habituales en el caso de fracturas sufridas por pacientes gangliectomizados.

Por ello, y reiterando que procede desestimar la presente reclamación por extemporánea, debemos concluir que, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, tampoco ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado.

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.