



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de febrero de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 568/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 2 de agosto de 2019 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización reclamada en más de 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando a través del SCS.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es la siguiente:

El 18 de julio de 2017 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín porque había sufrido una caída y sentía un fuerte dolor y tenía deformada la muñeca y mano derecha.

Es diagnosticada de fractura de radio distal derecho y se le realiza en urgencias tracción y reducción con yeso antebraquial, rx y se le coloca el brazo en cabestrillo. Se le informa que será llamada para cita de control por Traumatología en dos semanas.

Alega que nunca fue llamada a control, sino que tuvo que acudir personalmente a Traumatología, citándola para el 4 de agosto de 2017, 17 días después de la caída.

El 4 de agosto de 2017, el servicio de traumatología la reenvía a urgencias para ser tratada nuevamente de la fractura, se le retira yeso y se le realiza nueva tracción.

Con fecha de 10 de noviembre de 2017 en consultas externas de traumatología se anota que es diagnosticada de fractura de radio distal y punta de estiloides cubital el 18 de julio, fractura que no existía el día de la caída. Presenta molestias en borde cubital.

El 16 de febrero de 2018 continúa con molestias en borde cubital.

En abril de 2019, en Traumatología del Dr. Negrín le hacen una filtración completa y le inmovilizan la mano con férula rígida, indicándole que probablemente deberá ser operada para revisión articular y reconstrucción.

El 15 de julio de 2019 es incluida en lista de espera para intervención.

Alega que durante más de dos años ha sufrido molestias continuas, rehabilitación y pruebas diagnósticas a causa de un incompleto diagnóstico efectuado en 2017 no siendo hasta 2019 cuando dan con el diagnóstico correcto.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El 18 de julio de 2017 tras sufrir caída la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, donde es atendida por Traumatólogo, la paciente refiere caída casual con traumatismo en radio distal derecho, presentando edema, dolor e impotencia funcional.

Tras Radiografías de la zona traumática se diagnostica «*fractura de radio distal derecho*».

El Traumatólogo tras exploración física anota que el dolor, la impotencia funcional y el aumento de volumen se localiza en radio distal derecho, neurovascular distal conservado.

Se realiza tracción y reducción con yeso antebraquial, se indica Rx de control y se confirma tratamiento adecuado, se coloca cabestrillo, aconseja mano elevada y realizar puños repetidos.

Tratamiento médico y cita para control en 2 semanas y ante yeso apretado, adormecimiento de dedos, cambios de color o signos de alarma explicados re acudir.

El 14 de agosto de 2017 en Consultas Externas de Traumatología escriben en historia clínica: paciente mujer de 35 años que acude a CCEE de COT remitida por fractura de radio distal derecho (17 días de evolución), *«sufrió traumatismo de muñeca el 17 de julio de 2017 y fue vista en urgencias donde se le colocó yeso bajo tracción, portadora de yeso cerrado.*

Es la primera vez que acude. Solicito Rx de control. Radiografía bien, pero yeso muy flojo y envió a urgencias, al Traumatólogo de urgencias para colocación de nuevo yeso.

Tras ello se cita en 3 semanas con Rx sin yeso.

El 25 de agosto de 2018 cumplió 5 semanas de evolución de fractura de radio distal. Se realiza Rx sin yeso, explico cuidados y ejercicio, plan: cita en un mes. Rehabilitación».

El 21 de septiembre de 2017 en historia clínica de Consultas Externas el Traumatólogo anota que no acudió la paciente, no pudo acudir.

El 27 de septiembre de 2017 la paciente tiene cita en Consultas Externas de Reumatología en primera visita.

La razón es que hace 5 meses presenta dolor generalizado tras proceso febril, ha percibido algo de rubor local, el dolor es de tipo mecánico, rigidez matinal en manos de 2 horas de evolución.

Desde hace 5 meses dolor en pequeñas articulaciones de las manos, ha percibido tumefacción local en interfalángicas. Se la va a realizar despistaje de colagenosis/artropatías inflamatorias. Revisión con analíticas y Rx de manos y pies. Las pruebas y estudios posteriores resultaron negativas para patología inflamatoria en el Servicio de Reumatología.

El 3 de octubre de 2017 es valorada por el Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín por patología lumbar. Presenta como antecedente discopatía lumbar. Diagnosticada de hernia discal lumbar.

El 10 de noviembre de 2017 acude a CCEE, seguimiento, no pudo acudir en septiembre. En esta fecha se refleja en historia clínica de Consultas Externas de Traumatología que la paciente presenta fractura de radio distal y punta de estiloides cubital. Estuvo en control radiológico con yeso ahora está en Rehabilitación, presenta molestias ocasionales en borde cubital, ha ganado movilidad, citamos en 3 meses con Radiografía.

El 29 de noviembre de 2017 se solicita Rx de manos y pies por el servicio de Reumatología para despistaje de artropatía inflamatoria.

En la Rx de manos se halla según informe radiológico del hospital Dr. Negrín una moderada rizartrosis bilateral, secuela de fractura epifitos distal de radio derecho con buena alineación de fragmentos y signos de consolidación. Fractura de vértice de la apófisis estiloides del cúbito, no signos de artropatía inflamatoria en la actualidad.

El 11 de diciembre de 2017 informe del médico Rehabilitador de Centro Concertado donde la paciente realiza rehabilitación, por fractura radiodistal derecha tratada ortopédicamente.

En la evolución de dicha Rehabilitación, el 23 de noviembre de 2017 anotan: *«BA (balance articular): limitación a flexión dorsal en últimos arcos, con dolor en región cubital y limitación acompañado de cambios de coloración y dolor al apoyo del antebrazo.*

BM (balance articular) de 4/5. Completa puño y pinza.

En esta fecha 11 de diciembre de 2017 al llegar el alta por renovación al Centro Concertado solicita al médico rehabilitador del Hospital Dr. Negrín revisión y renovar tratamiento y descartar DSR y mejorar síntomas según criterio médico».

El 4 de enero de 2018 dan alta en Reumatología del Hospital Negrín tras estudio que no evidencia patología reumática inflamatoria en la actualidad.

El 18 de febrero de 2018 el fisioterapeuta escribe en historia clínica de rehabilitación en centro concertado: EF: limitación a flexoextensión en últimos arcos, con dolor en región cubital por probable consolidación en rotación externa, balance muscular: 4/5. completapuño y pinza. Objetivo al alta por estabilización de la sintomatología. Se recomienda revisión por médico rehabilitador para valorar prueba complementaria de muñeca por dolor y pérdida de fuerza (Ecografía) según criterio médico.

Alta en Rehabilitación el 14 de febrero de 2018.

El 16 de febrero de 2018 anotan en historial clínico, tras 7 meses de evolución de la fractura de radio distal, la Rx presenta fractura consolidada y ante persistencia de molestias en borde cubital, solicito RMN de muñeca derecha.

El 27 de febrero de 2018 cita en CCEE de Traumatología para valorar evolución y RMN de columna lumbar, se deriva a Neurocirugía para valoración patología con protusión discal en L5-S1.

Se realiza ECO de partes blandas de muñeca derecha el 7 de marzo de 2018 y se informa que no se aprecian imágenes de nódulos subcutáneos ni colecciones líquidas peritendinosas.

El 26 de marzo de 2018 en informe de RMN de muñeca derecha realizada en Hospital (...), se expone: *«edema trabecular en epífisis y metáfisis distal por el antecedente de fractura. Buena alineación de los huesos del carpo sin alteración de la intensidad de señal de los mismos.*

No se aprecian otros hallazgos de significado patológico a nivel óseo, tendinoso ni muscular. Pinzamiento del espacio radiocarpiano».

El 28 de mayo de 2018 acude a Consultas Externas de Traumatología, tras 10 meses de fractura de radio distal.

Acude a buscar resultados de RMN que se realizó el 2 de abril de 2018 en el Servicio de Radiología de Hospital Dr. Negrín que efectúa informe radiológico de RMN de muñeca derecha, los datos clínicos son de: *«secuelas de fractura de radio más cubito distal derecho más tendinopatía, persistencia de dolor en muñeca derecha tras fractura hace 7 meses, presenta dolor en borde cubital con edema que limita la flexión.*

Hallazgos: secuela de fractura de radio distal en evolución con múltiples trazos, fundamentalmente en su aspecto central y cubital alcanzan la superficie articular del radio distal con mínimo decalaje de la faceta articulación, de forma global, inversión de la angulación volar aunque con preservación de la cubital.

Existe un discreto componente de impactación y una relativa varianza cubital positiva que condiciona una impronta del fibrocartílagos triangular en su aspecto central con franco adelgazamiento del mismo aunque sin cambios de condromalacia sobre la vertiente articular y proximal del semilunar.

En la actualidad no hay cambios de artropatía en la radio-cubital distal o radiocarpiana.

No se aprecian signos de inestabilidad de columna central del carpo.

Las estructuras musculotendinosas presentan morfología y señal normal».

Sigue con dolor cubital, plan: interconsulta a Unidad de Mano.

El 4 de junio de 2018 el Servicio de Neurocirugía expone en historia clínica que la paciente quiere operarse, continúa con dolor irradiado a ambos miembros inferiores. Pendiente de cirugía para el jueves.

El 6 de junio de 2018 ingresa la paciente en el Servicio de Neurocirugía para intervención quirúrgica programada de hernia discal L5-S1 bilateral intervenida, estenosis foraminal de ambos recesos laterales, se realiza microdiscectomía L5-S1 bilateral. Alta el 8 de junio de 2018. El 30 de abril de 2019 se decide reintervención quirúrgica de hernia discal lumbar L5-S1 por recidiva de la misma

El 26 de marzo de 2019, control evolutivo en CCEE de Traumatología: *«2 años de evolución, fractura radio distal manejada conservadoramente».*

«Persiste con dolor y limitación funcional a la extensión de la muñeca > 45°.

Al examen físico: leve impronta cubital, Balotement test positivo.

IRM: leve varianza cubital positiva, adelgazamiento de CFCT. TILT radial dorsal aproximadamente 10°.

Juicio diagnóstico: lesión secuelar CFCT (complejo del fibrocartílago triangular) derecho.

Se explica detalladamente a paciente patología actual, alternativas terapéuticas, riesgos y beneficios. Se decide de acuerdo con paciente infiltración con corticoides y férula.

Plan: infiltración con corticoide. Férula rígida de muñeca, control en 3 meses».

El 20 de junio de 2019 es valorada la paciente en Consultas Externas de Traumatología por dolor y limitación funcional de la muñeca derecha, la paciente presenta el antecedente de una fractura de radio distal en 2017, siendo tratada de forma conservadora, vista previamente por otro Traumatólogo, poca mejoría con infiltración, subluxación activa cubital con la carga, objetivo lesión secuelar de complejo ligamentoso fibrocartilaginoso triangular de la muñeca.

En la última revisión se confirma dicha lesión y se decide inclusión en lista de espera, la paciente firma consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos en Traumatología, para revisión articular y reconstrucción, estando a la espera de dicho procedimiento, artroscopia de muñeca derecha y plastia de reconstrucción CFCT. Firma consentimiento informado.

El 11 de octubre de 2019 en consulta con el Servicio de Traumatología este emite informe clínico donde anotan: paciente mujer de 36 años de edad en seguimiento en Consultas Externas de Traumatología en Hospital Dr. Negrín, por persistencia de dolor tras haber sufrido fractura de radio distal derecho hace más de 2 años. El tratamiento inicial de la fractura fue conservador, obteniéndose consolidación de la fractura mediante inmovilización con yeso.

En posteriores controles, se evidencia lesión del complejo fibrocartilaginoso triangular e inestabilidad de la articulación encontrándose a la espera de dicho procedimiento.

3. El SIP, en su informe, llega a las siguientes conclusiones:

«1.- Para contestar los puntos primero, segundo, tercero y cuarto de la reclamación, acudimos directamente a los datos aportados en la historia clínica, tiempo real, en el momento que ocurren los hechos.

Referir que el 17 de julio de 2017 en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín acude la señora reclamante tras sufrir caída casual y trauma subsiguiente en muñeca derecha.

Ante la clínica presentada el Servicio de Traumatología atiende a la señora reclamante, valorando la clínica y solicitando Rx de muñeca dr, en dicha Radiografía diagnostican una fractura en extremo distal del radio. Es una fractura cerrada (no hay apertura del hueso al exterior).

El tratamiento de las fracturas de huesos sigue una regla básica: las piezas quebradas deben ponerse de vuelta en posición y debe prevenirse su movimiento fuera del lugar hasta que hayan consolidado (soldado).

En este caso se realiza tracción y reducción (colocando el hueso en posición natural) y para que siga en su sitio se coloca un yeso.

La reducción y el yeso es un tratamiento que se realiza en gente joven, menores de unos 60 años y, cuando se puede, reducir la fractura.

Tras colocación del yeso se vuelve a hacer Radiografía para asegurar que esté correctamente colocado y alineado. Anotan todo normal. Se dan consejos (...) y tratamiento médico.

En la historia clínica observamos que todos los pasos dados son los que se deben realizar en una adecuada praxis médica al caso.

Se cita para control en 2 semanas y la observan el 4 de agosto (2 semanas y 3 días) en Consultas Externas del Servicio de Traumatología, en esta consulta ya se expone que ese día que acude la paciente afecta de fractura de radio distal derecho.

Se solicita en esta cita Rx de control. Se observa que está bien la muñeca, pero el yeso está flojo y se remite al Traumatólogo que está en urgencias para colocación de nuevo yeso, (la enyesadura se puede cambiar a las 2 o 3 semanas a medida que baja más la inflamación, lo que hace que el yeso se afloje).

No se realiza nueva tracción como afirma la reclamante en el apartado cuarto de la reclamación, no hubo desplazamiento de la fractura, si se coloca nuevo yeso.

El 25 de agosto de 2018 nuevo control traumatológico tras 5 semanas del traumatismo. Se realiza Rx sin yeso. O sea, se retira el yeso. Se prescribe

Rehabilitación (el yeso se quita más o menos 6 semanas después de que ocurrió la fractura. En ese punto, es frecuente comenzar con la terapia física para ayudar a mejorar el movimiento y la función de la muñeca lesionada).

Todo lo que se realiza hasta ahora es correcto, diagnóstico y tratamiento.

Contestando a la reclamante hemos de afirmar que el tratamiento de la fractura del extremo distal de la apófisis estiloides del cúbito puede ser mas conservador que el realizado, o sea en casos sin yeso, en el caso de la paciente se puso un yeso total en la muñeca debido a la fractura del extremo distal radial, con este yeso ya se cubre el tratamiento del radio y de la apófisis cubital. Que en este caso la fractura radial es la que marca el tratamiento en primer lugar la fractura importante al llegar la paciente al hospital es la radial. No se afectó la fractura de la apófisis cubital, al contrario, corrobora estos datos en que era una fractura del extremo de la apófisis cubital y sin desplazamiento.

Ello se demuestra en la consolidación adecuada de ambas fracturas comprobado radiológicamente.

Por todo ello el tratamiento efectuado el 17 de julio de 2018 es el adecuado al caso clínico. El seguimiento también es adecuado y continuado.

Tras quitar yeso se observa normalidad y se remite al Servicio de Rehabilitación que es lo que se realiza normalmente en este tipo de lesiones, hasta aquí no se observa problemática en la muñeca de la paciente.

Los controles radiológicos continuados demuestran consolidación de la fractura radio-cubital.

Siguiendo con la historia clínica es en noviembre de 2017 se refleja en historial que existe una fractura en apófisis estiloides del cúbito, que es la parte más extrema y distal del hueso cubital, se fractura la parte distal de la apófisis estiloides, una fractura sin desplazamiento y pequeña.

En este día anotan molestias en borde cubital de la muñeca al movimiento y también se refleja que ha ganado en movilidad, debido a la persistencia con rehabilitación se solicita

RMN de muñeca derecha, en marzo de 2018, y dado hallazgos se cursa interconsulta a Unidad de Extremidad superior del servicio.

2.- Sobre los apartados seis, siete y ocho de la reclamación indicamos que: Los cambios observados en las RMN de marzo-abril de 2018, son cambios degenerativos tras un proceso agudo.

No tiene que ver con la consolidación de la fractura, es posterior, existe un adelgazamiento del CFCT (complejo fibrocartílago triangular), en el centro del mismo.

Que dicho fibrocartílago no se rompió como se afirma en la reclamación en el momento del traumatismo, sino que posteriormente adelgazó su densidad en el centro del mismo, y en el curso del tiempo.

Es una secuela degenerativa del traumatismo sufrido, provoca inestabilidad de la zona y así se expone en la bibliografía médica.

En 2019 se decide intervención quirúrgica por artroscopia para reparación, que es lo indicado.

La señora en junio de 2018 y en abril de 2019 (reintervención) sufre cirugías de la columna lumbar por hernia discal, en el Servicio de Neurocirugía, razón por la que realiza además Rehabilitación. Cuestiones estas de gran relevancia en cuanto a la mayor o menor lentitud para la intervención de muñeca derecha, de la cual está pendiente de realizarse.

El Servicio de Inspección no valora relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería en cada momento».

4. La reclamante presenta escrito, tras ser requerida, en el que alega que no puede cuantificar la indemnización por cuanto no se han estabilizado sus secuelas y está pendiente de intervención quirúrgica en la mano.

5. Por la Asesoría Jurídica Departamental se emite informe preceptivo, considerando ajustado a derecho la propuesta de resolución remitida.

6. La Propuesta de Resolución, entrando en el fondo de la cuestión planteada, desestima la reclamación formulada por la interesada al entender que no concurren los requisitos legalmente exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Antes de entrar en el fondo de la cuestión planteada hemos de averiguar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido dentro del año de haberse producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de

manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, 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.

Como hemos expuesto en otras ocasiones, es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

«(...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse (...).

Por lo tanto, el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo” (STS de 14 de febrero de 2006)”.

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la actio nata, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta circunstancia sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción».

Por su parte, las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

2. En el presente caso, se reclama por las supuestas secuelas ocasionadas por un diagnóstico incompleto realizado el 18 de julio de 2017 en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, donde la reclamante es diagnosticada de fractura de radio distal derecho y se le realiza tracción y reducción con yeso antebraquial, rx y se le coloca el brazo en cabestrillo.

Sin embargo, el 10 de noviembre de 2017 se refleja en historia clínica de Consultas Externas de Traumatología que la paciente presenta fractura de radio distal y punta de estiloides cubital.

Posteriormente, ante las molestias y dolores que refiere, el 26 de marzo de 2019, en control evolutivo en CCEE de Traumatología se anota que tras 2 años de evolución de fractura radio distal manejada conservadoramente persiste con dolor y limitación funcional a la extensión de la muñeca > 45°, al examen físico: leve impronta cubital, Balotement test positivo. IRM: leve varianza cubital positiva, adelgazamiento de CFCT. TILT radial dorsal aproximadamente 10°. Juicio diagnóstico: lesión secuelar CFCT (complejo del fibrocartílago triangular) derecho.

Según el SIP, *«dicho fibrocartílago no se rompió como se afirma en la reclamación en el momento del traumatismo, sino que posteriormente adelgazó su densidad en el centro del mismo, y en el curso del tiempo.»*

Es una secuela degenerativa del traumatismo sufrido, provoca inestabilidad de la zona y así se expone en la bibliografía médica».

Nos encontramos, pues, con que el 10 de noviembre de 2017 se refleja ya que la paciente presenta fractura de radio distal y punta de estiloides cubital, pero este Consejo no puede afirmar que sea la misma patología detectada y diagnosticada el 26 de marzo de 2019, en control evolutivo en CCEE: lesión secuelar CFCT (complejo del fibrocartílago triangular) derecho.

Ese dato es fundamental para poder determinar el *dies a quo* o inicio del plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la *actio nata*, es a partir del momento en que la determinación de los daños es posible -en este caso, desde que pudo saber que además de la fractura radial, también padecía rotura cubital-, cuando se puede reclamar puesto que ya se conocen todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción.

3. Sin embargo, para que este Consejo pueda pronunciarse -con arreglo a las normas de la sana crítica- sobre el alcance definitivo de las secuelas, es necesario

que el SIP informe si nos encontramos ante un daño continuado y cuál cree que fue la fecha en que quedaron establecidas definitivamente las secuelas y, por tanto, el momento en el que la interesada pudo conocer el alcance de las mismas a efectos del inicio de la prescripción de la acción para reclamar, es decir, cuándo se supo que padecía fractura cubital (en el entendido de que la lesión secuelar CFCT es efectivamente consecuencia de tal tipo de fractura).

En definitiva, procede la retroacción del procedimiento administrativo a fin de que se recabe, en los términos descritos anteriormente, el informe complementario del SIP. Una vez cumplimentado dicho trámite, se continuará con la debida tramitación legal del expediente administrativo de responsabilidad patrimonial, incluyendo la práctica de una nueva audiencia a la interesada.

Finalmente, se volverá a emitir una nueva propuesta de resolución, sobre la que, a su vez, se ha de recabar el correspondiente dictamen preceptivo de este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la interesada, no se considera conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento III de este Dictamen.