Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 8 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de octubre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 390/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 2 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 4 de septiembre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 64.296,44 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), y 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 (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Además, actúa debidamente representada por el Letrado (...) (art. 5 LPACAP).

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud (SCS), titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del propio SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio 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 delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 3 de junio de 2024 respecto de un daño que quedó determinado el 26 de marzo de 2024, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO. Que (...), de 58 años. Entre los antecedentes médicos: CA mama MTX IZDA - LA.

SEGUNDO. Que en fecha 25 de marzo de 2023 acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria con dolor y deformidad en muñeca por caída en su domicilio, que provoca FX muñeca izquierda, fractura de radios distal y fractura estiloide cubital, por el que se procede a realizar tratamiento conservador mediante férula de yeso prolongada en tiempo superior a seis semanas.

TERCERO. Durante la ejecución del tratamiento conservador mediante férula de yeso, la paciente ha sufrido dolores e inflamación en mano y brazo, con aparición de escaras por colocación defectuosa de la férula y por tiempo superior al establecido para este tipo de lesión.

La paciente oncológica metastásica, se ha visto impedida para poder realizar tratamiento oncológico, hasta que se curase la fractura. Cabe señalar que el 10 de mayo de 2023 (pasados los seis meses (sic) desde la puesta de férula de yeso), la Dra. (...) decide colocar a la paciente nueva férula, que se coloca de forma defectuosa y posteriormente, el 29 de mayo de 2023, la Dra. (...), sin revisar a la paciente, sin comprobar el estado de la fractura, ni hacer RX, decide la retirada y puesta de otra nueva férula a la paciente que se coloca también de forma defectuosa.

Al día siguiente, el 30 de mayo de 2023, la paciente, sin poder dormir por el aumento de los dolores e inflamación en todo el brazo, acudió al Servicio de Urgencias del HUNSC, donde los traumatólogos Dr. (...) y Dr. (…), retiraron la férula e indicaron a la paciente que el tiempo máximo de inmovilización deberían haber sido seis semanas, derivando a la paciente de urgencia a RHB del HUNSC, manteniendo la cita asignada el 5 de junio en el COT Rumeu. Por tanto, la paciente ha estado más de dos meses con tratamiento inmovilizador.

QUINTO. Que la paciente acude al servicio de rehabilitación con carácter diario, al quedar la zona afectada muy tensa, con mucho dolor y marcada limitación funcional, con ulceras al retirar la férula.

SEXTO. Que en fecha 25 de enero de 2024, en la consulta de traumatología, en resumen evolutivo establece los siguientes resultados: Bastante rigidez, empuñadura incompleta,

flexión de 25º, Extensión de 30º-40º, PS dificultosa, Movilidad pasiva con resistencia, Fuerza 2-5 respecto a contralateral. Plan diagnóstico: SDRC tipo I (complicación).

(...)

SEPTIMO. Que la paciente continua con TTO RHB y FST en el HUNSC. Por tanto, la paciente ha seguido las recomendaciones médicas, estando pendiente de la estabilización del alcance de las secuelas definitivas.

(...)

Que la elección de tratamiento conservador prolongado en tiempo superior a seis semanas y mala colocación de las férulas de yeso ha provocado un empeoramiento de la lesión de la paciente, causando dolor, SDRC tipo 1 (complicación) conforme informe de tramitología de fecha 25 de enero de 2024 y limitaciones de la movilidad de la muñeca.

La mala praxis se constata en la decisión de prolongar el tratamiento conservador mediante férula de yeso por tiempo superior a seis semanas, y además ejecución defectuosa en la colocación de la férula, en diversos momentos, conforme a los informes de 10 y 29 de mayo de 2023, este último, sin revisar a la paciente, sin comprobar el estado de la fractura, con escaras, ni hacer RX, donde se constata la retirada de la férula y que pusieran otra férula a la paciente. A consecuencia de la mala praxis la paciente, se ve obligada a acudir al día siguiente por el aumento de los dolores e inflamación de todo el brazo, al Servicio de Urgencias del HUNSC, donde los retiraron la férula e indicaron a la paciente que el tiempo máximo de inmovilización deberían haber sido seis semanas, derivando a la paciente de urgencia a RHB del HUNSC, manteniendo la cita asignada del 5 de junio en el COT Rumeu. Por ello, cada tres días, la paciente acude al centro de salud a curarse las escaras producidas.

El informe de traumatología de 5 de junio de 2023 evidencia que se había tenido que retirar la férula de yeso en urgencias del HUNSC el 30 de mayo de 2023, al día siguiente, en el que se había producido la elección de mantener la zona inmovilizada. A mayor abundamiento, la paciente se le pauta comenzar de inmediato fisioterapia, y se realiza IC Urgente a RHB, y que una vez retirada la férula, tiene movilidad muy limitada con apenas 10º de extensión y 15-20º de flexión de muñeca. Se establece como Plan diagnóstico: Vigilar aparición de SDRC. Por tanto, la relación de causalidad es inmediata.

Por este motivo, la paciente lleva tiempo superior al año realizando sesiones de rehabilitación, con carácter diario. Los informes de traumatología de 25 de enero y 10 de abril de 2024 establecen que la paciente continua en TTO RHB y FST en el HUNSC. Bastante rigidez, empuñadura incompleta, flexión de 25º, Extensión de 30º-40º, PS dificultosa, Movilidad pasiva con resistencia, Fuerza 2-5 respecto a contralateral. Diagnóstico sospecha, SDRC tipo 1 (complicación). Y los informes de REH corroboran las limitaciones en la movilidad de muñeca y dedos sufridas.

Por lo expuesto, concurren los requisitos para declarar la responsabilidad de la administración, por cuanto que los daños causados a la paciente son consecuencia de una mala praxis médica, conforme establece el Tribunal Supremo, al existir, una efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en la paciente, que el daño o lesión patrimonial sufrido sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, la existencia de relación causal directa e inmediata y exclusiva entre aquel funcionamiento y la lesión producida y que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

(...) ».

2. Asimismo, mediante escrito de 20 de junio de 2024, la reclamante amplía los hechos de su reclamación en los siguientes términos:

« (...) De conformidad con el historial clínico, informes de servicios de medicina Nuclear/radiología informe de 22-03-2023, informe de 20-06-2023 e informe 19-04-2024 suscrito por (...), PET/TC DE CUERPO COMPLETO CON 18F- FDG, constan los siguientes antecedentes personales:

Paciente de 58 años diagnosticada de Ca de mama en 2004 con recidiva mediastínica en 2017, tratado. Primer estudio PET/TC (16/08/17): Adenopatías hipermetabólicas mediastínicas y en hilio derecho sugestivas de probable recidiva tumoral maligna ganglionar. Inicia HT. PET/TC (31/07/18): Respuesta parcial. Elevación de MT, PET/TC (25/06/20): afectación ganglionar en las localizaciones descritas del mediastino - hilio derecho. Presenta clevación progresiva de CA15.3, con estudio PET/TC (4/08/22): muestra dos hallazgos inespecíficos en región axilar derecha y en hilio pulmonar derecho, que dado el contexto clínico de la paciente, recomendamos control evolutivo si persiste la elevación del marcador tumoral. Recomendamos correlación clínica de la actividad mencionada en tejido celular subcutáneo adyacente a la musculatura glútea bilateral, de predominio derecho. Persiste elevación progresiva del CA 15.3. PET/TC (22/03/23): Persisten adenopatías paratraqueales derechas y en hilio ipsilateral con leve aumento del metabolismo. Hallazgos en pulmón de posible origen inflamatorio, pero que requieren control evolutivo (ver informe). Fractura traumática de tercio distal de radio y apófisis estiloides del cúbito izquierdo. Por estar asintomática y dada la estabilidad en el estudio PET-TC se decide control evolutivo en 3 meses. PET/TC (20/06/23) de re-estadificación: Hallazgos sugestivos de enfermedad tumoral maligna adenopática hilio-mediastínica con posible afectación también de región latero-cervical derecha. Lesiones óseas con leve- moderada avidez por la FDG (D5 y L3) sospechosas de corresponder con afectación metastásica. Estudio PET/TC posteriores (29/09/23 y 11/01/24) informados como enfermedad estable. En tratamiento hormonal. Progresión de marcadores tumorales: CA-15.3 151401/ml (junio/23) 256.7U1/ml (enero/24) 428.5U1/m. (marzo/24). Se solicita estudio ante sospecha de progresión.

La paciente oncológica metastásica se ha visto impedida durante un año para poder realizar tratamiento oncológico por progresión de la enfermedad tumoral maligna con afección metastásica hasta mejoría de la fractura de muñeca. A raíz de los hallazgos establecidos anteriormente en PET/TC (22/03/23), PET/TC (20/06/23) e informe sucesiva oncología, en concreto, informe tomas de fecha 22 de junio de 2023 por médico oncológico, se establece en Plan Diagnostico – Terapéutico que, debido a la lenta progresión de la fractura en muñeca izquierda se decide esperar para iniciar tratamiento oncológico. Tras un año de espera para inicio de tratamiento oncológico la paciente ha sufrido una progresión de la enfermedad tumoral maligna con afección metastásica, de conformidad con el informe de 19-04-2024 suscrito por (…), PET/TC DE CUERPO COMPLETO CON 18F-FDG:

Adenopática supradiafragmática en progresión en las regiones latero-cervical/supraclavicular derecha, hilio-mediastinica y en cadena mamaria interna izquierda.

Hepática única (segmento VII-VI).

Oligomclastasica osca (4 lesiones).

Y ante la progresión de la enfermedad tumoral en informe médico oncológico de 9 de mayo de 2024 debido a la mutación H1047X de PIK3CA, se pauta tto. con apelisib.

(…)

5.- Cuantificación (aproximada) de la indemnización que solicita.

El proceso de estabilización de secuelas aún no ha concluido, al encontrarse la paciente pendiente de evolución para conocer la curación o la determinación del alcance de las secuelas definitivas, continua en TTO RHB y FST en el HUNSC, lo que implica que la cuantificación de la reclamación patrimonial no pueda ser determinada en este momento. Se efectuará la cuantificación de la indemnización que proceda tras finalizar el periodo de rehabilitación tras intervención quirúrgica, una vez hayan estabilizado las secuelas.

En todo caso, ante el requerimiento efectuado, el importe provisional aproximado de la indemnización que se solicita asciende a la cantidad de SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS CON CUARENTA Y CUATRO EUROS (64.296,44€), sin perjuicio de la cuantificación definitiva de los daños y perjuicios sufridos, que correspondan con la curación o la determinación del alcance de las secuelas, por lo tanto estará sujeto a modificaciones con posterioridad.

(…) ».

3. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS (SIP) de fecha 25 de marzo de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

« (…) ANTECEDENTES

1.-Diagnosticada de Ca de mama recibió tratamiento quirúrgico en el año 2004 (mastectomía izquierda), radioterapia en el año 2005, además de la previa a cirugía, y hormonoterapia (Tamoxifeno) hasta el año 2011. Reconstrucción de mama izquierda, mastoplastia derecha.

Elevación de marcadores tumorales en 2017 por lo que se inicia Letrozol (tratamiento hormonal del Ca de mama). Progresión ganglionar mediastínica por lo que se pauta Faslodex-ribociclib el 10 de julio de 2017.

Faslodex contiene el principio activo fulvestrant, que pertenece al grupo de bloqueantes de estrógeno. Indicado en monoterapia para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico y con receptor de estrógeno positivo: no tratadas previamente con terapia endocrina, o cuya enfermedad ha recidivado durante o después del tratamiento adyuvante antiestrogénico, o bien cuya enfermedad ha progresado a un tratamiento antiestrogénico.

La combinación Faslodex-Ribociclib para tratar el cáncer de mama en estadio avanzado o metastásico receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, en mujeres que hayan recibido hormonoterapia previa.

PET/TC de fecha 27 de agosto de 2017: Adenopatías hipermetabólicas mediastínicas y en hilio derecho sugestivas de probable recidiva tumoral maligna ganglionar.

El 6 de agosto de 2020 se suspende por el Servicio de Oncología Ribociclib una semana.

En consulta de 6 de octubre de 2020: El estudio genético muestra mutación del gen BRIP, se realizó interconsulta a Consejo Genético.

En consulta de Oncología de 30 de marzo de 2021 se describe neumonitis como efecto tóxico del ribociclib. Se suspende tratamiento un mes. El 27 de abril de 2021 se sigue retrasando el tratamiento porque ha mejorado la disnea, pero no del todo. El 25 de mayo de 2021 se retoma el tratamiento previo a menos dosis.

El 14 de septiembre de 2021 nuevo cuadro de disnea, se suspende el ribociclib.

El 19 de octubre de 2021 se describe múltiples nódulos subsólidos la mayoría menores de 5mm, bilateral, sin signos de neumopatía intersticial postratamiento. Adenopatías mediastínicas e hiliares derechas. Engrosamiento de cisura mayor izquierda y micronódulos aislados pleurales. Múltiples lesiones hepáticas sospechosas de afectación secundaria hepática.

El 9 de noviembre de 2021 ante hallazgos radiológico se decide seguir con Fulvestrant (bloqueante de estrógeno).

Continúa con controles en Oncología cada 3 meses. Se describe estable el 7 de abril de 2022.

En Hospital de Día de Oncología consta, en observaciones de enfermería, Fulvestrant en 2022, último el 18 de julio de 2022 y nuevamente a partir del 10 de mayo de 2024.

El 9 de agosto de 2022 en consulta de Oncología, PET-TC: El estudio muestra dos hallazgos inespecíficos en región axilar derecha y en hilio pulmonar derecho, que dado el contexto clínico de la paciente, recomiendan control evolutivo si persiste la elevación del marcador tumoral.

El 15 de noviembre de 2022, se queja de dolor dorsal continuo, de tipo mecánico, que la obliga a tratamiento analgésico (paracetamol 1 g/d). Se solicita estado mutacional PI3K y RNM de columna dorsal.

El 20 de diciembre de 2022 en consulta de Oncología se recoge que es portadora de mutación PIK3CA (H1047X). El 22 de diciembre consta dolores mecánicos de columna dorsal.

PET/TC 22 de marzo de 2023: Persisten adenopatías paratraqueales derechas y en hilio ipsilateral con leve aumento del metabolismo. Hallazgos en pulmón de posible origen inflamatorio, pero que requieren control evolutivo.

El 28 de marzo de 2023 por estar asintomática y dada la estabilidad en el estudio PET-TC se decide control evolutivo en 3 meses.

junio 2023: Hallazgos sugestivos de enfermedad tumoral maligna adenopática hilio-mediastínica con posible afectación también de región latero-cervical derecha. Lesiones óseas con leve-moderada avidez por la FDG (D5 y L3) sospechosas de corresponder con afectación metastásica.

Valorado en la consulta de 22 de junio de 2023, triste por lo lenta que ha evolucionado la fractura de muñeca. Plan en relación al proceso oncológico: Debido a la lenta progresión, decide esperar. Control en 3 meses con analítica y PET-TC.

En consulta de oncología de fecha 6 de octubre de 2023, se describe asintomática. Debido a estar asintomática, se decide control con analítica y PET-TC. En PET-TC persisten cambios significativos respecto al antecedente previo en adenopatías hiliomediatínicas.

El 23 de enero de 2024 en revisión en Oncología y con motivo de interconsulta al Servicio de Neumología se menciona que el estudio PET-CT muestra enfermedad estable. Sin cambios respecto al previo.

En abril de 2024: En los cortes de la TC sin contraste persisten imágenes micronodulares subsólidas en ambos campos pulmonares, al menos tres (segmentos laterobasal y superior del LID y posterior del LSD), que continúan sin mostrar avidez patológica por la FDG, sin cambios, a controlar. Imagen focal hipermetabólica (SUV max 4,6) en la periferia del segmento VII-VI hepático, donde se aprecia una lesión hipodensa, compatible con probable lesión metastásica hepática. Imágenes hipermetabólicas proyectadas sobre lesiones blásticas compatibles con enfermedad metastásica ósea metabólicamente activa en: Espina de la

escápula derecha (SUV max 2,1). Arco posterior derecho de D5 (SUV max 3,5 vs 1,7 previo) con mayor extensión que en el previo. Margen derecho del cuerpo de L3 (SUV max 3,1 vs 2,2 previo). Cuerpo de L4 (SUV max 5,9) de nueva aparición.

El 9 de mayo de 2024 consta alpelisib por ser portadora de la mutación H1047X de PIK3CA. Recordemos que se trata de un antineoplásico (inhibidor de quinasa), que bloquea el crecimiento de las células tumorales portadoras de la mutación PIK3CA. Se utiliza en el tratamiento del cáncer de mama con receptores hormonales positivos junto con fulvestrant.

PET-TC: Adenopatía supradiafragmática en progresión en las regiones latero-cervical/supraclavicular derecha, hilio-mediastínica y en cadena mamaria interna izquierda. Hepática única. Oligometástasis ósea (4 lesiones).

En consulta de Oncología de fecha 6 de junio de 2024 se describe "Rash" grado 3 con prurito (casi el 100% de la superficie corporal). Se suspende tratamiento durante 1 semana y se añade antihistamínico.

El 4 de julio de 2024: Volvió a tener de exantema generalizado pruriginoso, más intenso, que la vez anterior. Se inició a los 30 minutos de iniciar el tratamiento. Por ello se decide suspender el alpelisib que se cambia a capecitabina. La capecitabina pertenece al grupo de fármacos conocido como "citostáticos". Inicia el 11 de julio de 2024.

El 1 de agosto de 2024: La paciente se encuentra bien. Excelente tolerancia a la quimioterapia presentando solo astenia grado I como efecto adverso. Hace vida normal y activa. Animada. Se pauta segundo ciclo de capecitabina.

PET-TC de 27 de septiembre de 2024: Los hallazgos descritos son compatibles con respuesta metabólica parcial de la enfermedad ósea metastásica.

El 28 de octubre de 2024: Se pauta el sexto ciclo de capecitabina. Se cita en 4 semanas por viaje de la paciente.

Después de ciclo 7, en PET de 27 de diciembre de 2024: Estudio sugestivo de respuesta metabólica casi completa de la enfermedad metastásica nodal supradiafragmática, hepática (única) y ósea (oligometastásica). En el resto del estudio continúan sin evidenciarse lesiones hipermetabólicas que sugieran la existencia de enfermedad tumoral maligna macroscópica o con avidez por la FDG

El 29 de enero de 2025 en Oncología: La paciente se encuentra bien. Astenia grado I. Come bien. No fiebre. No toxicidad digestiva. No dolor. Animada. Vida activa.

Después del 9º ciclo de capecitabina se irá de viaje.

19 de febrero de 2025: La paciente fue revalorada en Neumología el 17/02/2025 por la disnea, concluyendo que las imágenes micronodulares subsólidas en ambos campos pulmonares no justifican la clínica, y presenta desaturación al esfuerzo significativa con

resto de funcionales prácticamente normales, destacando únicamente una obstrucción de la vía aérea distal y alteración muy leve de la difusión, por lo que se ha solicitado ecoTT. La paciente se encuentra bien. Astenia grado I. Come bien. No mucositis oral. No EPP. Hace vida normal. Animada. Respuesta metabólica casi completa en diciembre 2024. Se pauta ciclo 11 de capecitabina (1500mg/12h durante 14 días a iniciar hoy 19/02/2025). La paciente mañana vuela a Colombia y debe llevar dicha medicación, así como su tratamiento habitual incluido en la receta.

En control por Oncología el 12 de marzo de 2025: BEG. Buena tolerancia al tratamiento sin toxicidad.

2.-Acude el 25 de marzo de 2023, a las 11:31 h, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria (HUNSC) por dolor y deformidad en muñeca izquierda. Impotencia funcional. Refiere caída en domicilio.

En la exploración física: Deformidad y tumefacción en región muñeca con limitación para la movilidad.

En Rx de muñeca izquierda: factura de radio distal y fractura de estiloides cubital.

Se coloca férula posterior de yeso hasta cita de control en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del CAE que se solicita. Se indica movilizar codos y dedos. Se prescribe tratamiento farmacológico.

Fractura extraarticular de radio distal.

No existiendo desplazamiento la finalidad en el tratamiento es evitar que los fragmentos se desplacen hasta que se consoliden. El enyesado/ferulización de la muñeca se indica para mantener la correcta alineación de la fractura mientras ésta consolida.

La reducción cerrada e inmovilización con yeso está indicada para las fracturas estables y extraarticulares.

El 28 de marzo de 2023 en control en el Servicio de Oncología consta "no tiene impedimentos para viajar en avión". Se describe la existencia de fractura. Además, que "por estar asintomática y dada la estabilidad en el estudio PET/TC se decide control evolutivo en 3 meses".

En analítica, según consta al día siguiente en la consulta de Atención Primaria, tenía en la fecha de control en Oncología, aumento de los marcadores tumorales en analítica.

No hay mención a suspensión de ningún tratamiento.

3.-El 10 de abril de 2023, a las dos semanas de evolución de la fractura, acude a control evolutivo a la consulta del Servicio de COT en el CAE.

Rx correcta. Nuevo control en 2 semanas para valorar posible desplazamiento.

Se realizan Rxs periódicas para control minucioso de la consolidación.

Escribe Enfermería: se completa yeso.

4.-Nuevo control en el Servicio de COT el 27 de abril de 2023.

Refiere que ha tolerado relativamente bien el yeso, pero nota roce en aspecto radial y leve molestia con la pronosupinación.

En Rx de control no desplazamiento secundario.

En la exploración física: no déficit neurovascular distal. Déficit de flexión y extensión completa de dedos.

Se le explica la necesidad de hacer ejercicios de extensión pasiva de dedos.

En toma de Enfermería del Servicio de COT del HUNSC: por orden facultativa ser retoca yeso.

En algunos casos, los yesos originales deben reemplazarse debido a aflojamiento una vez que el edema relativo a la fractura disminuye.

Revisión en 2 semanas, retirada de yeso y Rx control para comenzar con tratamiento de rehabilitación.

Indicación correcta. Generalmente la inmovilización se mantiene durante 6 semanas hasta la aparición de signos radiográficos de consolidación y posteriormente se inicia una pauta de fisioterapia para recuperar el rango de movimiento y la fuerza de agarre. La consolidación según el tipo de fractura y edad puede tardar ente 6 y 12 semanas.

5.-Nuevo control en el Servicio de COT el 15 de mayo de 2023.

En Rx de control fractura no consolidada. Se coloca férula de yeso incompleta (explica el Servicio como sistema de inmovilización suave para revalorar en 2 semanas más hasta apreciar signos de consolidación ósea).

De esta forma, consta en toma de Enfermería del Servicio de COT del HUNSC: retirar yeso, colocación de férula.

Se solicita nuevo control con Rx en 2 semanas.

6.-El 29 de mayo de 2023 en toma de enfermería de COT de (…): retirar férula

Paciente portadora de férula posterior de yeso que acude sin cita, refiere molestias en la zona radial y en base del 1º y 2º dedos. Por orden médica se retira férula y se coloca nueva férula previa aplicación de ácidos grasos. Se le indican recomendaciones y educación sanitara.

El 30 de mayo de 2023 acude al Servicio de Urgencias por molestias en férula antebraquial siendo valorada por Traumatólogo de guardia.

Aunque consta fractura inmovilizada hace 2 meses y medios, ha trascurrido 66 días desde el accidente.

Presenta molestias en férula y edema de ventana.

BA: 15º extensión dorsal, 15º volar, desviación cubital 10º, radial 5º. Estado VN distal conservado.

Se realizó Rx de control: correcta en esa fecha con consolidación y buena alineación. Se retira férula. Se mantiene cita ya asignada en el Servicio de COT prevista para el 5 de junio.

Se entrega ejercicios para rehabilitación en domicilio y se solicita cita urgente en el Servicio de Rehabilitación del HUNSC.

7.-Realizó control en el Servicio de COT, cita prevista, el 5 de junio de 2023.

Movilidad muy limitada con apenas 10º de extensión y 15-20º de flexión de muñeca. Se insiste en la necesidad de realizar ejercicios diariamente. No refiere sudoración ni cambios de color.

Rx no desplazamiento de fractura. Resorción ósea secundaria a inmovilización prolongada.

Se recomienda realizar ejercicios diariamente. Interconsulta a Rehabilitación ya realizada.

Valorar aparición de SDRC.

Cita en 2 meses con Rx.

El 8 agosto de 2023 en el Servicio de COT consolidado.

8.-En valoración en el Servicio de Rehabilitación: Factura distal de radio y cúbito izquierdo inmovilización con yeso aproximadamente 2 meses. Inicia incremento de volumen en esa mano en últimos días de yeso, porque le quedaba muy tenso, mucho dolor y tensión y marcada limitación funcional, úlceras al retirar.

EF muñeca izquierda: tensa, piel fina brillante, disestesias-anestesia en mano y dedos, no alodinia, casi no sudoración , coloración blanquecina.

BA activo muñeca DF 10º FP 20º Desviación y cubital 5º PS 10º ambos MTC FE 70º IFP y D 5-10º No completa empuñadura.

Zona palmar tensa dolor y tensión tendinosa 1º dedo.

No incremento de volumen en resto MSI.

Rx muñeca fractura distal impactada alineada, fractura estiloides cubital discreto patrón moteado.

JD: fractura distal radio izquierdo/ ca mama metástasis izquierda.

Plan: dadas las características de la paciente se remite a tratamiento urgente a la unidad de linfedema (…) (comienza tratamiento de QMT próximamente). Recuperar arcos de movilidad. TENS analgésico. 15 sesiones.

9.-En seguimiento en el Servicio de Oncología el 22 de junio de 2023: triste por lo lenta que ha evolucionado la fractura de muñeca izquierda. Debido a la lenta progresión, decide esperar. Cita en 3 meses.

10.-En relación a fractura distal radio y cúbito izquierdos recibió tratamiento de fisioterapia y terapia ocupacional (trabajo sensorial y funcional global).

Inicia tratamiento de fisioterapia el 26 de junio de 2023.

11.-En control en el Servicio de Rehabilitación el 21 de agosto de 2023, la paciente nota mejoría. Incluye más la mano, menos dolor y menos disestesias, escasa recuperación funcional.

En la exploración de muñeca izquierda: no incremento de volumen, no alodinia, cambios tróficos evidentes, menos dolor a la palpación.

BA DF 10º FP 10º DC y DR 5º PS 90º MCF 90º IFF 45º No completa empuñadura.

Rx de muñeca: patrón moteado más evidente que anterior Rx muñeca y carpo menos marcado.

Continuar con tratamiento. Revisión en 1 mes.

En el control de 12 de septiembre de 2023 la exploración física era similar: DF 20º FP 20º no empuñadura completa.

Se planifica tratamiento con oncólogo de Tiobec (complemento alimenticio a base de ácido alfa lipoico, vitaminas del grupo B, vitamina C y Vitamina E) o Alasod (complemento alimenticio que protege a las células del estrés oxidativo) por disestesia en zona palmar y pulgar.

12.-En nota del Servicio de COT del 16 de octubre de 2023 se describe SDRC en tratamiento.

Mejoría del BA, flexión dorsal 25º, flexión palmar 8º.

Seguir en tratamiento y revisión en 3 meses con Rx.

13.-En control de fecha 24 de octubre de 2023 en el Servicio de Rehabilitación se describe evolución favorable. Menos dolor. Mejor con Tiobec.

EF: mano menos atrófica, menos brillante, piel normal. No hipersensibilidad excepto en base de pulgar.

BA activo DF 30º FP 45º PS 20º. Empuñadura falta.

Se indica continuar con tratamiento, se propone TENS para domicilio. Se añade terapia ocupacional.

En control de 16 de enero de 2024: Está mejor. Menos dolor. Mas funcionalidad. Descansando de Tiobec. EF: Mano y muñeca izquierda no alodinia, coloración y temperatura simétrica a contralalateral, piel normal. No sudoración. BA activo sin doro. Muñeca DF 45º FP 20º (no mejora) DR 10º DC<. 5º, PS faltan 20º y 45º para completar.

Pizas posibles con 1º y resto de dedos. Escasa fuerza aún. 1º dedo movimiento activo – oposición kapangi 9. Epuñadura falta < un través dedo.

Plan: continuar tratamiento 3 veces /semana de fisioterapia, 1 vez/semana TO. Revisión en 2 meses

14.-En control en el Servicio de COT el 25 de enero de 2024:

Bastante rigidez. Empuñadura incompleta. Flexión de 25º, extensión de 30-40º. PS dificultosa. Movilidad pasiva con resistencia. Fuerza 2-5 respecto a contralateral.

Diagnóstico: Fractura de radio distal izquierdo el 25 de mayo de 2023. SDRC tipo I (complicación).

Rx: Fractura de muñeca con buena consolidación pero con osteoporosis típica del SDRC.

15.- El 26 de marzo de 2024 en el control por el servicio de Rehabilitación:

Está muy bien y contenta con el resultado Está usando bien la mano, con frío dolor y más rigidez.

EF: Mano y muñeca izquierda no alodinia, coloración y temperatura simétrica a contralateral, no brillante no incremento de volumen.

BA DF 50º FP 40º DC 10º Empuñadura completa. Pinzas también con todos los dedos. 1º dedo movimiento activo libre kapandi 9. BM interóseos 4/5.

No incremento de volumen en resto de miembro superior.

Causa alta en tratamiento de fisioterapia y de terapia ocupacional, sigue con tai chi y chi kum. Revisión en 4 meses.

16.-En nota del Servicio de COT el 10 de abril de 2024 se solicita RMN.

17.-En control en el Servicio de Rehabilitación el 1 de julio de 2024:

Sigue con dolor ocasional, alodinia en mano y muñeca ocasional. A veces rigidez en muñeca.

En exploración física de muñeca: Sensible, no alodinia. No cambios de coloración o temperatura. Empuñadura casi completa

Comentar posible radiofrecuencia en zona de muñeca.

18.-El 25 de noviembre de 2024 en el control en el Servicio de Rehabilitación:

Actualmente Neo de mama avanzada en curso de capecitabina (lleva 6 ciclos). Va a comenzar 7º. La capecitabina pertenece al grupo de fármacos conocido como "citostáticos", que detienen el crecimiento de células cancerosa.

Respecto a la muñeca, estable hace sus ejercicios, tai chi y ejercicios con bandas, dolor ocasional, no incremento de volumen.

En la exploración de la mano: coloración, volumen y tacto similar a contralateral. BA persiste limitación DF y últimos grados de supinación y cierre dedos, dice que con calor y ejercicios casi consigue. Plan continuar igual y revisión en 4 meses.

19.-En consulta de Neumología de fecha 1 de julio de 2024 se habla de suspensión de ribociclib que había iniciado el 10 de julio de 2020 y tuvo que parar en 2021 por neumonitis

Tratamiento reciente con alpelisib que tuvo que suspender pro toxicodermia.

20.-Se aporta en la reclamación reconocimiento de grado de minusvalía desde el 10 de junio de 2005 del 68%.

El 22 de octubre de 2019: paciente oncológica con metástasis pulmonar, incapacidad absoluta.

Ambas fechas previas a la fractura de 25 de marzo de 2023 objeto de reclamación.

CONCLUSIONES

1.-La reclamante presentó, el 25 de marzo de 2023, fractura del radio distal extraarticular y fractura de estiloides cubital.

Precisó de inmovilización con férula de yeso/yeso a fin de evitar que los fragmentos se desplazaran y esta inmovilización se mantuvo hasta consolidación. El enyesado/ferulización de la muñeca se indica para mantener la correcta alineación de la fractura mientras ésta consolidada.

La inmovilización con férula consiste en el uso de una banda de yeso en forma de U la cual se dirige desde el pliegue palmar distal, rodeando el codo proximal, por el contrario, el yeso cerrado consta de inmovilizar la extremidad con vendaje de yeso de forma circular, cubriéndolo por completo desde la muñeca hasta el brazo.

Llevó férula de yeso desde el día 25 de marzo de 2023 al 10 de abril (2 semanas y 2 días). Yeso desde el 10 de abril y el 27 de abril estaba previsto retirarlo en dos semanas. Al no estar, el 15 de mayo, consolidada la fractura, se coloca, en esa fecha, férula de yeso que finalmente se retiró el 30 de mayo con imagen de consolidación en Rx.

El Servicio de COT siguió el proceso de control radiográfico cada 2 semanas para valorar posible desplazamiento de la fractura, que hubiese precisado otro tratamiento, y valorar la consolidación en su momento.

Observamos que el 27 de abril con comprobación radiográfica de ausencia de desplazamiento secundario, el yeso fue retocado en relación a que la paciente nota roce en aspecto radial. Como se ha expresado en los antecedes, en algunos casos, los yesos originales deben reemplazarse debido a aflojamiento una vez que el edema relativo a la fractura disminuye.

El Servicio de COT tenía previsto alrededor de la 6ª semana de la fractura la retirada de yeso y envío a tratamiento de rehabilitación. De esta forma, en el control a las 4 semanas y 5 días, esto es en fecha 27 de abril de 2023, consta revisión en 2 semanas, retirada de yeso y Rx control para comenzar con tratamiento de rehabilitación.

Sin embargo, en la fecha 15 de mayo de 2023 la fractura no estaba aún consolidada, por lo que, aunque se retira yeso se coloca férula de yeso incompleta, explica el Servicio como sistema de inmovilización suave a fin de que en 2 semanas se valorara la presencia de signos de consolidación. Justo estas dos semanas nos sitúa en la fecha 30 de mayo en la que la paciente acude al servicio de Urgencias del HUNSC y con fractura ya consolidada se le retira la férula de yeso.

Por tanto, la prolongación de la inmovilización se vio condicionada por la falta de signos de consolidación en Rx. Uno de las posibles complicaciones descritas de las fracturas es el retardo de consolidación.

2.-Desde el primer día de colocación de férula posterior de yeso, 25 de marzo de 2023, se le indicó a la paciente movilizar codo y dedos.

Sobre la necesidad de hacer ejercicios (extensión pasiva) de dedos se insiste en el control de 27 de abril de 2023. En esta fecha, trascurridas, no seis semanas, sino 4 semanas y 5 días desde la fractura ya presentaba déficit de flexión y extensión completa de dedos. Siguiendo el argumento de la reclamación no sería justificado por una inmovilización excesiva (menos de 6 semanas).

Estos movimientos indicados pueden ser útiles, durante el periodo de inmovilización de una fractura distal de radio para posterior fuerza, agarre y función de la mano.

3.-No sólo la inmovilización, no uso, precisa, sino la propia fractura puede dejar secuelas.

De esta forma, se describen como complicaciones posibles de las fracturas de radio consolidación viciosa, roturas tendinosas, inestabilidad carpiana, artrosis postraumática, retardo de consolidación, pérdida de la movilidad tanto de la flexoextensión, pronosupinación y desviación radial y cubital.

Observamos que entre las posibles complicaciones se incluye la descrita en la paciente síndrome de dolor regional complejo (SDRC), precisamente las mencionadas recomendaciones de ejercicios a la paciente durante el periodo de inmovilidad pretenden minimizar su aparición.

El SDRC se caracteriza por dolor desproporcionado, alteraciones vasomotoras, rigidez de los dedos y la muñeca, edema importante, parestesias y osteoporosis parcheada. Su origen está en la afectación del sistema nervioso autónomo, este síndrome es de carácter multisistémico y con diferentes síntomas como dolor, alodinia o hiperalgesia, alteración de la sensibilidad, edema, limitación en movimiento y de la fuerza, alteración en el aspecto de la piel, cambios en la temperatura, el color y la sudoración (hiperhidrosis), o alteración en la circulación.

En algunos estudios se incluye que un traumatismo puede desencadenar un SDRC en un 65% de los pacientes, con más frecuencia en fracturas de radio que se asocia entre el 7 y el 37% de los casos.

Otros autores señalan que ocurre aproximadamente en el 7% de los pacientes que presentan fracturas o cirugía de extremidades u otras lesiones. El tiempo de evolución es variable. Muchos casos se resuelven dentro del primer año, pero un número menor progresa hacia la forma crónica. Hasta la fecha no se conoce con exactitud su fisiopatología, ni los factores que lo desencadenan.

Este síndrome, si bien es raro en sus formas severas en relación con la fractura de radio, no es raro encontrar síntomas sutiles y formas leves de la enfermedad en este tipo de lesiones.

En el caso de la reclamante se describe como complicación SDRC tipo I.

4.-La remisión de la paciente al Servicio de Rehabilitación estaba prevista antes de las 6 semanas en el seguimiento por el Servicio de COT como consta en fecha 27 de abril de 2023.

5.-La situación de la paciente en la fecha de alta en el tratamiento rehabilitador, 26 de marzo de 2024, era mano y muñeca izquierda no alodinia, coloración y temperatura simétrica a contralateral, no brillante no incremento de volumen.

BA DF 50º FP 40º DC 10º. Empuñadura completa. Pinzas también con todos los dedos. 1º dedo movimiento activo libre kapandji 9.

BM interóseos 4/5.

No incremento de volumen en resto de miembro superior.

Lo anterior frente a la valoración inicial en el Servicio de Rehabilitación: BA activo muñeca DF 10º FP 20º Desviación y cubital 5º PS 10º ambos. No completa empuñadura. piel

fina brillante, disestesias-anestesia en mano y dedos, no alodinia, casi no sudoración, coloración blanquecina.

6.-No consta, como se afirma en la reclamación, que el tratamiento para el Ca fue interrumpido por indicación del Servicio de Oncología debido a la fractura.

Ocurrida la fractura el 25 de marzo de 2023, el Servicio de Oncología tenía conocimiento de la misma en el control de 28 de marzo de 2023 y no indicó suspensión de ningún tratamiento. Los controles a la paciente se venían realizando cada 3 meses y en esa fecha se indica "por estar asintomática y dada la estabilidad en el estudio PET/TC se decide control evolutivo en 3 meses".

Sin embargo, observamos, como se ha expuesto en el apartado antecedentes, la suspensión de medicación por reacciones adversas o efectos tóxicos propios de la medicación como es el caso el 6 de agosto de 2020 que se suspende por el Servicio de Oncología Ribociclib una semana. En consulta de Oncología de 30 de marzo de 2021 se describe neumonitis como efecto tóxico del ribociclib y se suspende tratamiento un mes. El 27 de abril de 2021 se sigue retrasando el tratamiento porque ha mejorado la disnea, pero no del todo. El 25 de mayo de 2021 se retoma el tratamiento previo a menos dosis. El 14 de septiembre de 2021 nuevo cuadro de disnea, se suspende el ribociclib. El 9 de noviembre de 2021 ante hallazgos radiológico se decide seguir con Fulvestrant que en observaciones de enfermería consta que se administra hasta el 18 de julio de 2022, fecha previa a la fractura.

Quizás la reclamante malinterprete el contenido en la nota de fecha de 22 de junio de 2023, "triste por lo lenta que ha evolucionado la fractura de muñeca". "Plan: Debido a la lenta progresión, decide esperar". Se habla de progresión lenta de la enfermedad, de hecho se continúa con control en 3 meses con analítica y PET-TC.

Por otra parte, previo a la fractura, en relación a su proceso oncológico, se describe progresión ganglionar mediastínica en el año 2017, PET/TC de fecha 27 de agosto de 2017: Adenopatías hipermetabólicas mediastínicas y en hilio derecho sugestivas de probable recidiva tumoral maligna ganglionar, se pauta Faslodex-ribociclib. Múltiples lesiones hepáticas sospechosas de afectación secundaria se describen en octubre de 2021. El 22 de diciembre consta dolores mecánicos de columna dorsal.

Posterior a la fractura, en consulta de Oncología de fecha 6 de octubre de 2023, se describe asintomática. Debido a estar asintomática, se decide control con analítica y PET-TC. En PET-TC persisten cambios significativos respecto al antecedente previo en adenopatías hiliomediatínicas (adenopatías previas).

El 23 de enero de 2024 en revisión en Oncología y con motivo de interconsulta al Servicio de Neumología se menciona que el estudio PET-CT muestra enfermedad estable. Sin cambios respecto al previo.

En abril de 2024: En los cortes de la TC sin contraste persisten imágenes micronodulares subsólidas en ambos campos pulmonares, al menos tres (segmentos laterobasal y superior del LID y posterior del LSD), que continúan sin mostrar avidez patológica por la FDG, sin cambios, a controlar. Imagen focal hipermetabólica (SUV max 4,6) en la periferia del segmento VII-VI hepático, donde se aprecia una lesión hipodensa, compatible con probable lesión metatásica hepática. Imágenes hipermetabólicas proyectadas sobre lesiones blásticas compatibles con enfermedad metastásica ósea metabólicamente activa en: Espina de la escápula derecha (SUV max 2,1). Arco posterior derecho de D5 (SUV max 3,5 vs 1,7 previo) con mayor extensión que en el previo. Margen derecho del cuerpo de L3 (SUV max 3,1 vs 2,2 previo). Cuerpo de L4 (SUV max 5,9) de nueva aparición

El 9 de mayo de 2024 consta alpelisib por ser portadora de la mutación H1047X de PIK3CA. El 6 de junio de 2024 se describe "Rash" grado 3 con prurito (casi el 100% de la superficie corporal). Se suspende tratamiento durante 1 semana y se añade antihistamínico, es decir, se suspende el tratamiento no por la fractura sino por efectos secundarios de la mediación "Rash". La paciente ya había causado alta en el tratamiento de fisioterapia el 26 de marzo de 2024.

El 4 de julio de 2024: Volvió a tener de exantema generalizado pruriginoso, más intenso, que la vez anterior. Se inició a los 30 minutos de iniciar el tratamiento. Por ello se decide suspender el alpelisib que se cambia a capecitabina.

En cualquier caso, en PET de 27 de diciembre de 2024: Estudio sugestivo de respuesta metabólica casi completa de la enfermedad metastásica nodal supradiafragmática, hepática (única) y ósea (oligometastásica).

Lo expuesto nos lleva a informar negativamente la solicitud indemnizatoria de la reclamante».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 3 de junio de 2024 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en nombre y representación de (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 7 de junio de 2024 se requirió a la reclamante para que subsanara su reclamación, lo que fue verificado mediante escrito de 20 de junio de 2024, en el que, además, se ampliaban los hechos de la reclamación y se cuantificaba la misma en 64.296,44 euros.

- Con fecha 25 de junio de 2024 se dicta Resolución de la Secretaria General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 26 de junio de 2024 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 11 de febrero de 2025 por la reclamante se insta el impulso del procedimiento.

- Con fecha 20 de febrero de 2025 se reitera la solicitud de informe al SIP.

- Con fecha 25 de marzo de 2025 se remite informe del SIP, así como la Historia de Salud correspondiente al ámbito de la Gerencia de Atención Primaria Área de Salud de Tenerife; la Historia Clínica relativa a la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC); e, informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUNSC.

- Con fecha 4 de junio de 2025 se requiere a la reclamante «a fin de que en el plazo de 10 días hábiles a contar desde la notificación del presente oficio proponga los medios probatorios de que intente valerse».

- Con fecha 4 de junio de 2025 por la reclamante se presenta escrito solicitando el impulso del procedimiento.

- Con fecha 19 de junio de 2025 la reclamante presenta escrito proponiendo como medios probatorios la documental consistente en sus historiales clínicos y la aportada con su reclamación.

- Con fecha 11 de julio de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 11 de julio de 2025 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, quien no formuló alegaciones.

- Con fecha 28 de agosto de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En su reclamación, la interesada solicita que le sea reconocida una indemnización por la -según ella- deficiente asistencia sanitaria que recibió como consecuencia del tratamiento médico recibido a raíz de la fractura de radio distal y fractura de estiloide cubital acaecida el 25 de marzo de 2023. En concreto, señala como errores en la prestación sanitaria que le fue dispensada: a) defectuosa colocación de la férula de yeso; b), retraso injustificado en retirar la férula de yeso; y, c) como consecuencia del anterior retraso, imposibilidad de recibir tratamiento quimioterápico. Todo ello, afirma, le causó los daños que describe y además motivó un empeoramiento de sus patologías anteriores.

3. En el presente caso, y una vez analizado el expediente remitido, este Organismo consultivo considera necesario para emitir un adecuado juicio de fondo, ajustado al derecho aplicable, que por parte del Servicio de Oncología se emita informe en el que indique si tuvo que suspender o retrasar el tratamiento quimioterápico de la reclamante como consecuencia del retraso en la retirada de la férula de yeso o en la estabilización de las fracturas de radio distal y de estiloide cubital y qué consecuencias, de haber habido retraso, se produjeron por su causa.

Se estima por el Consejo que ello es procedente para cumplir el mandato de incorporar al expediente los informes que se juzguen necesarios para que se pueda cumplir también el de dictar resolución exhaustiva y congruente, exigencias contenidas en los arts. 79 y 88 LPACAP, como en lo ordenado por el art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias.

Por los mismos motivos y fundamentos se estima, asimismo, y toda vez que por el Jefe de Servicio de Traumatología y Ortopedia del HUNSC en su informe de 17 de julio de 2024 se señala que *«En la Reclamación se describe como Mala Praxis la decisión de prolongar el tratamiento conservador mediante férula de yeso por un tiempo superior a 6 semanas, ejecución defectuosa de su colocación, sin revisar a la paciente, ni hacer Rx causándole un Síndrome de Distrofia Simpático Refleja (SDRC). Con respecto a los motivos de mantener la inmovilización por un tiempo superior a 6 semanas (...) Con respecto a que ello le ha provocado un SDRC, tengo pendiente que los médicos especialistas de la Sección Mano/Muñeca me indiquen si hay bibliografía al respecto de dicha causalidad y/o que efectos*

puede producir el mantener una inmovilización de muñeca un tiempo prolongado», se requiere a los efectos de que por la citada Sección de Mano Muñeca del HUNSC se emita informe sobre la procedencia, en el presente caso, de mantener la inmovilización con férula más de seis semanas a la vista de la situación clínica y de las pruebas diagnósticas de la reclamante; así como informe acerca de los efectos y consecuencias de mantener una inmovilización de muñeca por un tiempo superior a seis semanas; y, la posible relación de causalidad entre una inmovilización de muñeca superior a seis semanas y el llamado SDRC.

No es necesario recordar la importancia de los informes médicos y de su claridad y precisión, pues la finalidad de su existencia está en la oportuna determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución que ha de alcanzarse en un procedimiento como este.

4. Por las razones expuestas procede retrotraer el procedimiento a fin de que por la Instrucción se recaben los informes del Servicio de Oncología y de la «*Sección de Mano/Muñeca*» del HUNSC en los términos indicados anteriormente (párrafo número 3), información que se considera determinante para entrar a resolver sobre el supuesto planteado. Una vez emitidos los referidos informes, habrá de conferirse nuevamente trámite de audiencia a la reclamante, dando debida respuesta a las alegaciones que se formulen y pronunciándose al respecto en una nueva Propuesta de Resolución que deberá remitirse nuevamente a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de la interesada no se considera conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos y a los efectos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.