

Dictamen n.º: **390/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 1 de julio de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. por los daños y perjuicios derivados del tratamiento de la fractura de radio sufrida, realizado en el Hospital Universitario Infanta Cristina, de Parla.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 27 de febrero de 2024, la abogada de la persona indicada en el encabezamiento presenta escrito de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la reclamante por el tratamiento recibido por la fractura de radio distal en el Hospital Universitario Infanta Cristina (en adelante, “*el hospital*”).

El escrito señala que, el 27 de agosto de 2023, la reclamante sufrió un accidente jugando al pádel, por lo que acudió a Urgencias del hospital, siendo diagnosticada de una fractura de radio distal de la muñeca izquierda, que precisó la colocación de un yeso cerrado.

Tras identificar al facultativo, la reclamación reprocha los daños que le ocasionó la escayola: quemaduras, y que seis meses después, no pueda mover la muñeca con normalidad y continúe con rehabilitación. Se remite a las fotografías de las lesiones que se acompañan con la reclamación.

Refiere que, en la evolución asistencial, *“tanto la traumatóloga como la rehabilitadora dijeron a la paciente que no se había realizado la inmovilización de la muñeca en una posición correcta y esto hace que se hayan derivado los daños que se recogen en los informes asistenciales”*.

Continúa el relato fáctico aludiendo a que, a la fecha de la reclamación, la paciente presenta rigidez en la muñeca, atrofia y dedos en garra, limitación fija de los movimientos, hipoestesia en dedos, hiperalgesia en manos, dedos y muñeca, y lesión en los nervios.

Sobre la base de lo expuesto, formula los reproches de negligencia en la colocación de la escayola y que en Urgencias se tendrían que haber practicado las pruebas necesarias y haber empleado los medios para diagnosticar a la paciente o derivarla al especialista. Se interesa una indemnización por las lesiones sufridas, sin concretar su cuantía.

Se adjunta a la reclamación, copia de la documental médica acreditativa del *iter* asistencial y fotografías de las lesiones, que se dicen anteriores a retirar la escayola y posteriores a dicha retirada.

SEGUNDO.- De la historia clínica se pueden extraer los siguientes hechos de interés:

1.- La paciente de 48 años de edad al comienzo de los hechos objeto de reclamación, no presenta antecedentes médicos relevantes.

El 27 de agosto de 2023 acude a Urgencias del hospital por motivo de una caída accidental ese día, con dolor intenso en la muñeca

izquierda. En la exploración física: deformidad en dorso de tenedor, dolor intenso con crepitación asociada. Limitación funcional.

Pruebas complementarias: radiografía de muñeca izquierda: fractura intra articular con múltiples fragmentos. Radiografía de control tras reducción de la fractura, satisfactoria. Diagnóstico: fractura de radio distal izquierdo. Alta el mismo día, con recomendación de reposo relativo. Yeso cerrado en la muñeca izquierda, no mojar, mantener la mano en alto, movilizar los dedos constantemente. Se pauta tratamiento farmacológico. *“Acudir a control por COT en 1 semana con Rx de control”*.

Vuelve a Urgencias el día 29: edema de ventana; *“recorto yeso, insisto en movilización dedos y miembro elevado. Acudir a urgencias si empeoramiento”*.

El 30 de agosto a las 20.11 horas regresa a Urgencias por motivo de edema de mano izquierda tras la inmovilización con yeso. *“Ayer consulta en Urgencias por el mismo motivo. Se recorta yeso y se insiste en movilización dedos. Edema dedos mano izquierda. No cambios de coloración ni temperatura. Movilidad conservada. NV correcto. Juicio clínico: fractura intra articular con múltiples fragmentos radio distal izquierdo y edema de ventana-yeso cerrado.*

A las 23.23 horas se avisa al traumatólogo de guardia. Se llama a la paciente para proceder a la retirada de yeso cerrado y no contesta a la llamada. Alta voluntaria no comunicada.

Se contacta con la paciente vía telefónica. Explica que no se encontraba bien y ha decidido irse a casa. Se insiste en la necesidad de retirada de yeso esta noche y nueva valoración clínica. La paciente expresa que si encuentra quien pueda traerla de nuevo en coche a Urgencias vendrá esta misma noche, de lo contrario acudirá mañana”.

El 31 de agosto a las 13.13 horas acude a Urgencias: *“importante edema de ventana, no signos compartimental. Abro yeso”*.

En el mes de septiembre, acude a dos consultas en Traumatología. El día 7, radiografía de control: no hay desplazamiento radial; se encuentra una posible fisura del escafoides. Recomendación de movilizar más los dedos y mantener la mano en alto. El día 27, consulta tras un mes de evolución con radiografía (rx) de control: no desplazamientos, seguir inmovilizada y revisión en 15 días.

El 16 de octubre vuelve a consulta de Traumatología. Rx: fractura de extremidad distal de radio y de escafoides con angulación dorsal, inicio de consolidación, osteoporosis, moteada. Se retira inmovilización. El diagnóstico es *“distrofia simpático refleja tipo I”* además de las fracturas; se solicita un TAC.

Los días 20, 23, 25 y 27 de octubre, la paciente va a su médico y enfermero de Atención Primaria para las curas de las heridas tras la retirada de la escayola. Presenta *“importante laceración en dorso de mano, región base de 5º meta y base de 1º meta”*. Se pauta antibioterapia; lavado con suero salino, linitul y vendaje.

El 1 de noviembre de 2023, la paciente acude a Urgencias del hospital *“por dolor en mano derecha”*. Se advierte de un posible error en la literalidad ya que puede referirse a la mano izquierda, que en el mes de agosto se había inmovilizado. Presenta cambios distróficos con herida, importante limitación de la movilidad por rigidez articular. La radiografía objetiva secuelas de la fractura de radio distal. Tiene programado un TAC y cita en consulta, le recomiendan continuar con movilizaciones de la mano y curas diarias.

Los días 6, 8, 10 y 24 de noviembre y 1 de diciembre se le realizan las curas por Enfermería de Atención Primaria. *“Las heridas presentan mejor aspecto, retiro tejido muerto, presenta tejido de regeneración”*.

Se realiza un TAC el 7 de noviembre, cuyos resultados son: fractura conminuta de radio distal con trazos intraarticulares, algunas zonas aun sin consolidación. Línea de fractura en escafoides, de polo distal al polo superior, hasta la superficie articular radial. Parece estar en vías de consolidación. Signos de osteopenia en huesos del carpo.

El día 17 siguiente se la informa de esos resultados en la consulta de Traumatología. Rigidez de muñeca y de mano tipo “garra”, cambios de coloración, atrofia. Se la deriva de forma preferente a Rehabilitación y se programa cita en un mes con radiografía.

En el mes de diciembre de 2023, acude el día 4 a la primera consulta de Rehabilitación, remitida tras fractura de extremidad distal de radio y de escafoides izquierdos. Atrofia generalizada de la mano, con un balance articular (BA) de 40° en flexión palmar (FP), de 10° en flexión dorsal (FD), 10° de inclinación radial (IR) y 5° de inclinación cubital (IC). Pronación limitada en los últimos grados, supinación de 40°, mano no funcional, no completa el puño ni hace pinza. En la mano el metacarpo-falángicas, sin movilidad, interfalángica proximal (IFP) 0° en todos los dedos, 40-50° en interfalángicas distales (IFD). Sin movilidad activa, de forma pasiva el movimiento es prácticamente completo. Al diagnóstico de las fracturas, se añade el de síndrome de dolor regional complejo. Se pauta tratamiento.

Nueva consulta el día 12 de ese mes, en la que se indica férula de posicionamiento progresiva. Al día siguiente, acude a Terapia Ocupacional en el hospital.

El día 21 de diciembre, asiste a consulta de Traumatología. Se anota que ha mejorado con la fisioterapia. Se relata la situación de la fractura del escafoides que “*parece está en vía de consolidación*”. “*Signos de osteopenia en los huesos del carpo. Sin otras alteraciones radiológicas*”. Se solicita un electromiograma (EMG).

2.- Ya en el año 2024, el 10 de enero va a la consulta de Rehabilitación. Se encuentra mejor y con más movilidad. *“BA de muñeca FP 35°, FD 0°, IR e IC de 5°. Pronación completa, supinación de 30°. MCF apenas 10°, IFP de 2° a 5° dedos flexión de 70° y extensión de 35°, IFD sin movilidad activa, pasiva conservada. Atrofia generalizada de la mano. Pendiente de EMG, sospechan isquemia de Volkmann. Continúa en tratamiento”.*

Se le realiza el EMG el día 17 en el Servicio de Neurofisiología, que informa la prueba el día siguiente (folio 59 y 60). La paciente presenta atrofia muscular importante, limitación fija de los movimientos de la muñeca izquierda, dedos en garra en mano izquierda, limitación de abducción y aducción de dedos, imposibilidad para la pinza, hipoestesia referida a la punta de los dedos de mano izquierda, hiperalgesia palmar, dedos y muñeca izquierda. El estudio encuentra una lesión sensitivo-motora axonal importante, de los nervios mediano y cubital izquierdo y lesión axonal motora leve del nervio radial. No se pudo realizar el estudio completo porque la paciente toleró muy mal el estímulo eléctrico por el dolor.

El 1 de febrero es atendida en consulta de Traumatología: contractura isquémica de Volkman; continúa en rehabilitación. En la radiografía aparecen fracturas consolidadas, con leve dorsalización de radio distal. Aporta fotografías de después de la retirada de escayola con erosiones en piel, posiblemente secundarias a lesiones ampollas. Presenta rigidez en la muñeca, atrofia y dedos en garra.

El día 9 siguiente, consulta de Rehabilitación. *“Refiere encontrarse ligeramente mejor. Valorada en sesión clínica de COT deciden tratamiento conservador”.* En la exploración presenta *“BA de muñeca con FP de 55°, FD de 10°, IR de 5° e IC de 10°. MCF apenas 10°, IFP de 2° a 5° dedos flexión de 70° y extensión de 35°, IFD sin movilidad activa, pasiva*

conservada. Atrofia generalizada de la mano. Objetivamente no se observa mejoría. Continuar en rehabilitación”.

El día 20 de febrero, acude a consulta de Traumatología: se ha presentado el caso en sesión clínica; se le diagnostican secuelas severas por síndrome isquémico de Volkman y se solicita valoración en la Unidad de Mano del Hospital Universitario de Getafe.

El 11 de marzo de 2024, vuelve a consulta de Rehabilitación. En la exploración presenta “*BA de muñeca con FP de 55°, FD de 10°, IR de 5° e IC de 10°. Pronación completa, supinación 30°, MCF apenas 10°, IFP de 2° a 5° dedos flexión de 70° y extensión de 35°, IFD sin movilidad activa, pasiva conservada. Atrofia generalizada de la mano. Mano no funcional, no completa el puño, hace aproximación del 1° dedo al 2° en un intento de pinza latero-lateral. Dolor en la zona cubital a la palpación. Continuar en rehabilitación”.*

3.- El día 3 de abril de 2024, es atendida en el Hospital Universitario de Getafe para la valoración de las secuelas traumatismo en la muñeca izquierda por el Servicio de Cirugía Plástica. Se propone artrolysis de muñeca (...) para mejorar cobertura y movilidad. “*Está pendiente de arteriografía y de valoración por traumatólogo del Hospital de Alcorcón en noviembre de 2024”.*

El 11 de abril de 2024 asiste a consulta de Rehabilitación en el hospital. Continúa en tratamiento.

El día 12 de abril ingresa en el Hospital Universitario de Getafe para la cirugía programada de arteriografía. Alta al día siguiente.

El 8 de mayo, en el Servicio de Cirugía Plástica se programa la extirpación de cicatriz inestable de cara volar de muñeca + cobertura con colgajo + artrolysis de la muñeca.

Hay consultas de Rehabilitación el 14 de mayo y el 14 de junio de 2024 en el hospital, donde figura anotado: *“Alta de rehabilitación sin mejoría. Dado el tiempo de evolución y el tiempo de tratamiento en rehabilitación desde diciembre, considero que la mano se encuentra estabilizada en cuanto a ganancia articular y funcional y no es previsible mayor mejoría. continuará con ejercicios en su domicilio. Mano no funcional, atrofia severa”*.

En el Hospital Universitario de Getafe fue intervenida el 11 de octubre de 2024 y continúa en tratamiento en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.

4.- La paciente también ha sido valorada, el 8 de noviembre de 2024, por la Unidad de Mano del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Por último, ha acudido a diversas consultas en Psicología en el hospital -derivada por su médico de Atención Primaria- en el año 2024 por un cuadro ansioso-depresivo en relación con la evolución de la fractura sufrida.

La reclamante está en situación de incapacidad temporal desde el día 28 de agosto de 2023 hasta el 16 de agosto de 2024, ignorándose la situación posterior.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por la instructora del expediente se formula requerimiento a la letrada de la reclamante, que se atiende mediante escrito de 20 de marzo de 2024, al que se adjunta la reclamación inicial debidamente firmada por la interesada, un documento privado de representación con

copia del DNI de la reclamante y del carnet de abogada colegiada de la representante y documentación médica del Centro de Salud “Las Américas” de Parla, relativo al hecho reprochado.

Por escrito de 28 de junio de 2024, la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), acusa recibo de la comunicación de la reclamación interpuesta.

Consta incorporado al expediente, el informe de 17 de abril de 2024 firmado por el coordinador del Servicio de Urgencias y por el jefe de Servicio de Traumatología del hospital, en el que se analiza, por una parte, la asistencia sanitaria en Urgencias y la recibida en el Servicio de Traumatología. Y por otra, en cuanto a la evolución posterior de la paciente se enfatiza en que el caso fue derivado al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Getafe, donde se están realizando pruebas diagnósticas y posibles soluciones quirúrgicas a las secuelas. Los firmantes del informe consideran que la actuación de los facultativos de Urgencias siguió los procedimientos establecidos, realizando las pruebas oportunas, siendo la paciente valorada según la clínica que presentaba, no evidenciándose contradicciones entre el tratamiento en Urgencias y el del Servicio de Traumatología; *“sin que quepa reprochar la colocación de la escayola, que en todo caso fue una decisión acertada y realizada conforme a las normas y procedimientos establecidos”*.

El 6 de mayo de 2025, se emite informe por la Inspección Médica en el que analiza la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, realiza las consideraciones médicas oportunas sobre el tratamiento de la lesión sufrida, sobre el síndrome compartimental agudo y sobre la contractura isquémica de Volkmann (que es una complicación del citado síndrome) y concluye que *“la inmovilización no fue inadecuada y que no era preciso llevar a cabo más pruebas de las que se le hicieron en*

cada momento”. En consecuencia, la inspectora afirma que “la asistencia dispensada en el hospital fue conforme a la lex artis”.

Tras dicho informe, se evacúa el trámite de audiencia y la abogada de la reclamante presenta escrito de alegaciones el 23 de julio 2025, en las que detalla la evolución médica de la paciente, adjuntándose más documentación médica y más fotografías de su lesión. Además, fundamenta sus reproches en dos informes periciales que adjunta. El primero, emitido por una terapeuta ocupacional colegiada el 10 de octubre de 2024, en el que se efectúan las siguientes conclusiones:

“Como consecuencia de la retracción isquémica de Volkmann, la mano y el antebrazo presentan una pérdida total de sus funciones corporales. Además de la afectación nerviosa periférica severa sensitiva y motora, la rigidez total de las articulaciones en muñeca y dedos impide la activación de la totalidad de los movimientos impidiendo la integración de la mano en las actividades manipulativas.

Presenta cicatrización retráctil con pigmentación, forma y relieves irregulares en la cara palmar y dorsal de la muñeca con afectación de la movilidad.

Dichas afectaciones suponen un perjuicio moderado en su calidad de vida como consecuencia de la limitación en su autonomía personal en la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria y de desarrollo personal: alimentación, aseo, vestido, desplazamiento con vehículo privado, tareas domésticas y ocio. (...) siendo la situación actual de Incapacidad Laboral Temporal.

En el momento actual, precisa de asistencia sanitaria quedando pendiente dos intervenciones quirúrgicas, así como la necesidad de rehabilitación física, uso de ortesis y asistencia de terapia psicológica”.

El segundo, es un informe médico-pericial de especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, emitido el 20 de noviembre de 2024, del que destacamos las siguientes conclusiones:

“Durante las horas siguientes, la paciente presentaba dolor intenso, inflamación, dificultad para mover los dedos y alteraciones de la sensibilidad, signos de alarma de posible desarrollo de un síndrome compartimental, que no fueron tenidos en consideración por los especialistas que la vieron en Urgencias los días 29, 30 y 31 de agosto.

La escayola inicial presentaba numerosas imperfecciones, lo que pudiera ser aceptable al tratarse de un tratamiento de urgencia; sin embargo, no se cambió en ningún momento a lo largo de las más de siete semanas que estuvo puesta (tiempo, por otra parte, también excesivo de inmovilización y, además, en una posición forzada de la muñeca).

El estado de la mano y dedos era alarmante desde el momento de la retirada de la escayola, sin embargo, tampoco se tomaron medidas para diagnosticar el claro cuadro de contractura isquémica de Volkmann (independientemente de las escaras y heridas provocadas por la escayola). La contractura de Volkmann no fue reconocida claramente hasta el 7/3/24 (más de seis meses después) fecha en que se derivó a la paciente a otro hospital para su tratamiento.

En consecuencia, es evidente la existencia, no sólo de una mala praxis durante todo el período inicial de tratamiento de esta paciente, sino también un incumplimiento de la lex artis ad hoc, al no diagnosticar una grave complicación como fue un síndrome compartimental ni el desplazamiento secundario de la fractura. Todas estas complicaciones van a ocasionar importantes secuelas

en forma de dolor, deformidad y limitación funcional, que serán valoradas en su momento”.

El escrito de alegaciones finaliza pidiendo que se dicte resolución en la que se reconozca la responsabilidad del SERMAS y se indemnice a la reclamante por las lesiones sufridas, sin concretar cuantía alguna.

El 28 de septiembre de 2025 se emite, a instancias del SERMAS, un informe pericial por especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se concluye:

“La actuación médica fue correcta y se ajustó a la lex artis ad hoc en todas las fases asistenciales (manejo inicial, control del dolor, revisiones y tratamiento inmovilizador).

El único aspecto mejorable corresponde a la aparición de lesiones cutáneas por presión del yeso, susceptibles de haberse minimizado mediante mejor almohadillado, moldeado y control evolutivo del edema.

No se aprecian indicios de negligencia ni omisión de medidas terapéuticas exigibles conforme a los estándares clínicos y científicos vigentes.

Se considera que la actuación médica fue conforme a la buena práctica clínica y que las secuelas derivadas constituyen una complicación desafortunada pero no imputable a mala praxis”.

Se notifica un segundo trámite de audiencia a la abogada de la reclamante, que presenta escrito de alegaciones el 17 de diciembre de 2025, en las que indica respecto del informe pericial emitido a instancias del SERMAS, que ese perito no ha examinado a la paciente, lo que sí han hecho los especialistas de los dos informes periciales aportados por ella al procedimiento.

Por la viceconsejera de Sanidad se elabora la oportuna propuesta de resolución, fechada el 20 de abril de 2026, en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 6 de mayo de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

El presente expediente 307/26 correspondió por reparto de asuntos a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, con las particularidades previstas en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo

dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante tiene legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al haber recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

Tras el requerimiento efectuado, la reclamante firma escrito de reclamación, por lo que el defecto inicial de falta de acreditación de la representación ha sido subsanado.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia controvertida fue dispensada en un hospital integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, precisando que, 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 presente caso, la reclamación se formula el 27 de febrero de 2024, por el hecho reprochado acaecido el 27 de agosto de 2023, por lo que aquélla ha sido formulada indudablemente dentro del plazo legal, independientemente de la fecha de estabilización de las secuelas.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que, en

cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios hospitalarios que intervinieron en la asistencia reprochada.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria. Tras lo cual se otorgó trámite de audiencia, en el que la reclamante adjuntó a su escrito de alegaciones, dos informes periciales.

Consta también, un informe pericial emitido por la compañía aseguradora del SERMAS, el 28 de septiembre de 2025, que pese a la fecha en la que se emite, no figuran entre la documentación que se analiza, los dos informes periciales aportados por la reclamante

Tras su emisión y conforme al artículo 82 de la LPAC se dio un segundo trámite de audiencia a la reclamante, que presentó otro escrito de alegaciones. Tras lo cual se dictó propuesta de resolución.

En suma pues, todo lo anterior, se han respetado las garantías procedimentales establecidas en la LPAC.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al

contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, la reclamante considera que se ha vulnerado la *lex artis* en la asistencia que le fue prestada en los servicios de Urgencias y Traumatología del hospital, en dos momentos: uno, en la colocación de la escayola y en su seguimiento los días posteriores. Y otro, en el supuesto retraso de diagnóstico de la contractura isquémica de Volkman.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal

Supremo, afirmando que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Pues bien, la reclamante sí ha cumplido con la carga de la prueba que le incumbe y ha aportado -junto a su escrito de alegaciones en el trámite de audiencia- sendos informes periciales, uno sobre la *mala praxis* denunciada, y otro, relativo a las secuelas que en su vida diaria y profesional se le han producido.

A su vez, y como ya vimos en el antecedente de hecho tercero, se emitió informe por la Inspección Sanitaria y, por encargo del SERMAS, se ha recabado también un informe pericial sobre la *praxis* reprochada.

Al existir informes periciales contradictorios, a la hora de efectuar una valoración y poder emitir dictamen, hemos de aplicar nuestra doctrina reiterada al respecto (v.gr. dictámenes 671/21, de 28 de diciembre, 397/20, de 22 de septiembre y 331/19, de 12 de septiembre, entre otros) que indica que, ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega, teniendo en consideración la profesionalidad y objetividad de los inspectores médicos, pero teniendo también en cuenta la especialización y experiencia práctica que presentan los peritos firmantes de los informes periciales aportados.

En este sentido, es de recordar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un*

hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”.

Las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de mayo de 2017 (recurso 355/2015) y de 17 de febrero de 2022 (recurso 77/2019) señalan que *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

Así las cosas, y en cuanto al primer reproche efectuado, empezaremos analizando lo consignado en su día en la historia clínica, transcrita en el antecedente de hecho segundo de este dictamen. La atención en Urgencias está detallada en el punto 1 y se inicia con el diagnóstico de fractura del radio distal izquierdo y la colocación de la escayola el día 27 de agosto de 2023. Tanto ese día, como en los posteriores, la paciente manifiesta dolor, que es tratado con medicación pautada y, además, atiende a la recomendación de volver a Urgencias, si persiste. Hay un edema en los dedos el día 29, que persiste el día 30. Está anotado que esa noche *“se llama a la paciente para proceder a la retirada de yeso cerrado”*, es decir, el traumatólogo de guardia considera que -dada la situación- procede quitar completamente la escayola.

En este sentido, si bien es cierto que, pasadas las 23 horas, la paciente se marcha del hospital voluntariamente, no lo es menos que sí atiende a la llamada telefónica en la que “*se insiste en la necesidad de retirada de yeso esta noche y nueva valoración clínica*”, y, tras manifestar su intención de volver esa noche si fuera posible, acude a la mañana siguiente.

En este punto, es donde -como se indica en el informe pericial aportado- se produce una *mala praxis* pues, pese la indicación realizada por el facultativo de guardia de retirar el yeso la noche anterior, el día 31 por la mañana se constata el importante edema de ventana y “*se abre*” la escayola, pero no se quita, lo que hubiera permitido, aparte de poder curar las heridas y quemaduras que la escayola le estaba produciendo, realizar una nueva valoración. En adición a ello, se advierte que en la asistencia del día 29 y, sobre todo, en la del 31 de agosto, solo se anota que no hay signos de síndrome compartimental.

Por lo que se refiere a la colocación de la escayola, el perito de parte detalla en su informe, con una fotografía y con señalización de los puntos concretos, que: “*1.-La desviación cubital es excesiva. 2.-Se ha inmovilizado el pulgar, lo que no estaba indicado. 3.-Los bordes son excesivamente largos, no permitiendo la buena movilidad de los dedos. 4.-El acabado no es uniforme, se aprecian numerosos puntos de compresión y salta a la vista que es un yeso puesto sin ningún esmero ni cuidado*”.

Al respecto, el informe pericial encargado por el SERMAS reconoce que “*el único aspecto mejorable corresponde a la aparición de lesiones cutáneas por presión del yeso, susceptibles de haberse minimizado mediante mejor almohadillado, moldeado y control evolutivo del edema*”.

A su vez, el informe del servicio implicado se remite, de modo genérico, a que la colocación de la escayola fue “*realizada conforme a*

las normas y procedimientos establecidos". Y la Inspección se limita a señalar que dicha colocación *"no fue inadecuada"*.

Por tanto, aplicando nuestra doctrina -a la que antes nos hemos referido- y teniendo en cuenta la razón de ciencia que, en concreto, se da en los informes periciales de las partes (ambos emitidos por especialistas en Traumatología) y que el perito de parte sí ha examinado a la hoy reclamante, y concreta y explícita con más detalle por qué entiende que se colocó mal la escayola, podemos afirmar la existencia de *mala praxis* en la colocación de aquella y en su mantenimiento los días posteriores, en que debió retirarse por completo.

En cuanto a sus consecuencias, en los folios 188 a 198 del expediente administrativo figuran numerosas fotografías (algunas están tomadas en el propio hospital y a otras se hace referencia en la historia clínica) que reflejan las heridas, laceraciones y quemaduras y el agarrotamiento de la mano, que, salta a la vista, son graves y de importancia, y que requirieron curas continuadas en el centro de salud después de la retirada de la escayola.

En el informe del SERMAS se reconocen dichas lesiones y su posible causa: *"erosiones cutáneas compatibles con lesiones derivadas del yeso, complicación descrita en la literatura traumatológica y más frecuente en fracturas con edema importante. Estas lesiones sugieren la existencia de un almohadillado insuficiente o un moldeado excesivo sobre prominencias óseas"*.

Por tanto y a modo de resumen, entendemos que ha habido *mala praxis* en la colocación de la escayola y en su seguimiento, con las consecuencias descritas, las cuales se podían haber minorado o evitado si la escayola se hubiera retirado el día 31 de agosto y se hubiera valorado de nuevo la situación clínica.

Por lo que se refiere a las consultas en Traumatología, el día 7 de septiembre, la radiografía detecta una fractura del escafoides y el día 27 siguiente, la radiografía no objetiva desplazamiento de la fractura. La inmovilización se mantiene hasta el 16 de octubre de 2023, fecha en que le fue retirada la escayola. Sobre dicho tiempo, el informe pericial emitido a instancias del SERMAS señala que es el adecuado (6-8 semanas) y para el perito de parte, sin embargo, un período de 7 semanas es excesivo. El informe de la Inspección habla de 6 semanas cuando son 7, pero no dice que sea un tiempo excesivo, por lo en este punto, no cabe concluir que ha existido *mala praxis*.

Es a partir de la retirada de la escayola cuando se produce un empeoramiento de la paciente y se reprocha un inadecuado tratamiento asistencial. Pues bien, en la historia clínica hay un TAC realizado el 7 de noviembre, cuyos resultados son: fractura conminuta de radio distal con trazos intraarticulares, y línea de fractura en escafoides, de los que se informa a la paciente el día 17 de ese mes; en esa consulta se la deriva a Rehabilitación de forma preferente y se pauta control en un mes con nueva radiografía. Valorando todo ello, diremos que, si bien la fractura del escafoides se detecta con una radiografía en el mes de septiembre, la paciente estaba escayolada todavía, y es después, de la retirada del yeso cuando se solicita y realiza una prueba más precisa, como es el TAC, a cuyos resultados se está sin demora, efectuándose la derivación preferente al servicio competente que es el de Rehabilitación.

La primera consulta en ese servicio fue el 4 de diciembre de ese año 2023, en tiempo razonable (poco más de 15 días) y es en ese momento, cuando corresponde hacer a la paciente la exploración clínica adecuada relativa al balance articular, flexión dorsal, inclinación y pronación...) para así pautar el tratamiento y sesiones de fisioterapia adecuadas. Se observa una atrofia generalizada de la mano. La primera sesión de rehabilitación es el día 12 de ese mes, comenzando también -

al día siguiente- la terapia ocupacional en el propio hospital. Pero, además, sigue el tratamiento asistencial en Traumatología y se le coloca en la siguiente consulta una férula de posicionamiento progresiva en la muñeca.

Por ello, apreciamos que, en este tiempo inmediato a la retirada de la escayola, ha habido una continuidad en el tratamiento asistencial en diversos servicios y, en todo caso, no consta en la historia clínica en ese 2023 que la fractura “*se hubiera desplazado*”, como afirma el perito de la reclamante. La paciente finaliza el año 2023 con la consulta de Traumatología el día 21 de diciembre (folio 69) en la que se refiere con detalle la situación, se prescribe una prueba neurológica como es el EMG y se pauta revisión con nueva radiografía al mes siguiente. No se desprende de la historia clínica ni al respecto la Inspección manifiesta que se hubiera podido emitir un diagnóstico diferencial en ese momento, de modo que la paciente continuó con rehabilitación hasta el mes de junio de 2024, en que se entiende que su situación no puede mejorar y se le da el alta.

Por último y por lo que se refiere al reproche relativo a no haberse diagnosticado a tiempo la contractura isquémica de Volkman, cabe partir, en primer lugar, de la historia clínica y, a continuación, examinar los informes periciales obrantes en el expediente.

En la consulta de Rehabilitación del 10 de enero de 2024 es en la primera en la que aparece la anotación de que “*hay sospecha de Volkman*”, estando pendiente el EMG, que se realiza el 17 de enero; por tanto, en menos de un mes desde que se encargó, y que objetiva la afectación de varios nervios. El 1 de febrero el traumatólogo informa de los resultados y ya hay un diagnóstico de contractura isquémica de Volkman. Por consiguiente, no es cierta la afirmación del perito de la reclamante de que la “*contractura de Volkmann no fue reconocida claramente hasta el 7/3/24*”.

El día 7 de marzo es la fecha de fijación de las secuelas por el traumatólogo, que las califica de severas: mano no funcional por síndrome isquémico de Volkmann. Se lleva el caso a sesión clínica, decidiendo remitir a la paciente a la Unidad de Mano del Hospital Universitario de Getafe, derivación que se reputa correcta y adecuada a la situación y patología de la paciente, como señala la Inspección.

En efecto, la Inspección indica que *“no es posible pensar en esta posibilidad en los momentos iniciales ... se actuó adecuadamente a los signos y síntomas padecidos por la paciente en cada momento. No se podía prever que estaba desarrollando un síndrome compartimental subagudo”*, síndrome del que luego derivó la contractura de Volkman.

En el informe emitido a instancias del SERMAS se recoge que *“la evolución posterior hacia una contractura isquémica de Volkmann y neuropatía axonal severa es compatible con un cuadro de isquemia muscular prolongada, probablemente en el contexto de un síndrome compartimental subagudo o de curso atípico, clínicamente difícil de identificar. Al no constar signos inequívocos de síndrome compartimental agudo (parestias progresivas, compartimento tenso o dolor desproporcionado) en el momento de la apertura del yeso, el diagnóstico de certeza era complejo y la conducta adoptada resulta ajustada a la prudencia clínica exigible, conforme a la lex artis ad hoc”*.

El informe pericial de la reclamante parte de las radiografías realizadas el 16 de octubre de 2023, y establece desde entonces un retraso en el diagnóstico hasta el 7 de marzo de 2024.

Pues bien, valorando los informes emitidos a la luz de la historia clínica, observamos que desde la retirada de la escayola hasta la derivación al otro hospital, se prescribieron las pruebas necesarias (TAC y EMG) a las sospechas clínicas y a la situación que presentaba la paciente; se inició la rehabilitación y la terapia ocupacional y tras los

resultados del EMG que confirmaron la afectación nerviosa, se actuó en consecuencia remitiendo a la paciente a una Unidad de Mano especializada en otro hospital para su tratamiento.

Así pues, concluimos con lo señalado en el informe de la Inspección y el emitido a instancias del SERMAS, de modo que no resulta probado que fuera posible diagnosticar antes el síndrome isquémico de Volkman.

En consecuencia, no se acredita *mala praxis* en la asistencia y tratamiento posterior a la retirada de la escayola ni retraso de diagnóstico de síndrome isquémico de Volkman.

QUINTA.- Una vez acreditada la *mala praxis* en los términos antedichos, esto es, en la colocación de la escayola y su mantenimiento los días posteriores, con el daño antijurídico irrogado a la reclamante, procede realizar su valoración y, en consecuencia, fijar la cuantía indemnizatoria.

Hemos de precisar que la parte reclamante aporta un dictamen pericial de una terapeuta ocupacional (folios 142 y siguientes) en el que se detallan y establecen las secuelas para la vida diaria que tiene la paciente, pero por la totalidad del daño sufrido, dando por acreditada la *mala praxis* en todo el tratamiento asistencial. En cualquier caso, no se cuantifica dicho daño y tampoco lo hace la abogada de la reclamante en los escritos presentados, en los que se limita a solicitar la indemnización que corresponda.

Por su parte, el SERMAS encargó un informe pericial sobre la *praxis* médica, y como se asumió que fue correcta, no se encargó un dictamen de valoración del daño corporal. El instructor del procedimiento no ha valorado en la propuesta de resolución los dos informes aportados por la reclamante.

Por tanto, este órgano consultivo ha de efectuar la cuantificación del daño con el material obrante en el expediente remitido. A estos efectos, se ha de tener en cuenta, con carácter orientativo, el baremo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Lo que se indemniza son las consecuencias inmediatas acreditadas (heridas, laceraciones, quemaduras del brazo y mano) que le produjo la mala colocación de la escayola y sus secuelas estéticas; estando a lo dispuesto en el baremo (2023) y a la edad de la paciente.

- 51 días de perjuicio grave: 89,27 €/día: 4.552,77 €, desde la colocación de la escayola el 27 de agosto hasta el 16 de octubre de 2023, en el que se la retiran.

- 46 días de perjuicio moderado: 61,89 €/día: 2.846,94 €, desde el 17 de octubre hasta el 1 de diciembre de 2023, en que finalizan las curas de Enfermería en el centro de salud.

No se indemnizan las dos cirugías por no ser consecuencia de una *mala praxis*. Tampoco las lesiones permanentes (secuelas) pues no se pueden atribuir directamente a la colocación de la escayola.

Sí se indemnizan las secuelas estéticas, pero solo las derivadas de la escayola que se manifiestan tras su retirada: 3 puntos, 2.827,59 €.

Total indemnización: 10.227,30 €.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la reclamante una indemnización de 10.227,30 euros, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha de la resolución que se dicte conforme al artículo 34.2 de la LRJSP.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 1 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 390/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid