



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 8 / 2 0 1 5

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de febrero de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.P.H., en nombre y representación de su hija M.P.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 37/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por R.P.H. en nombre y representación de su hija M.P.G. por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el mismo.

2. El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación de una indemnización el 1 de diciembre de 2010, fecha anterior a la entrada en vigor de la Ley 5/2011, de 17 de marzo, de modificación del art. 11.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Por esta circunstancia, la preceptividad del Dictamen y la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo resultan del tenor originario del precepto mencionado en relación con los arts. 16 y 12, de carácter básico, del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, RPAPRP, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La legitimación de la Excm. Sra. Consejera para solicitarlo resulta del art. 12.3 de la Ley citada.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

3. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado ampliamente aquí; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud de los arts. 42.1 y 43.1 4, b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

4. El procedimiento se ha tramitado correctamente.

II

El fundamento fáctico de la pretensión, según el escrito de reclamación, es el siguiente:

El 9 de junio de 2008 a las 13:45 horas la menor, a consecuencia de un accidente escolar, es atendida en el centro de salud de Casas de Aguilar, Guía, donde la médica de atención primaria le prescribió frío local más reposo, pierna en alto, vendaje elástico y una radiografía de rodillas. La radiografía descartó la existencia de fractura.

Al atardecer del 18 de junio de 2008 estando en su domicilio presentó dolor torácico, palpitations y disnea en situación de reposo por lo que es trasladada al centro de salud de Guía donde sufrió una parada cardiorespiratoria de la que es remontada con reanimación cardiopulmonar básica para luego ser remitida al servicio de urgencias del Hospital Doctor Negrín con el diagnóstico de sospecha de tromboembolismo pulmonar. En la ambulancia en que la trasladaban sufrió una nueva parada cardiorespiratoria que es superada mediante reanimación cardiopulmonar avanzada. En el servicio de urgencias diagnostican tromboembolismo pulmonar masivo con shock obstructivo por lo que se le practicó fibrinólisis. De la Unidad de Cuidados Intensivos es trasladada el 21 de julio de 2008 al servicio de medicina interna tras estabilización presentando una situación de encefalopatía postanóxica y tetraparesia espástica secundaria.

El 2 de diciembre de 2009 el servicio de Neurología diagnosticó distonía generalizada posterior a parada cardiorespiratoria. Miclonia postanóxica.

La reclamante ha quedado incapacitada para toda actividad y con necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria como alimentación, higiene, vestido, etc.

Se afirma que el tromboembolismo que sufrió la reclamante fue consecuencia de que se omitiera la profilaxis de tromboembolismo venoso profundo (TVP) para evitar la obstrucción circulatoria previsible en los casos de traumatismos similares al sufrido por la paciente.

Esta afirmación reposa sobre el informe de urgencias del Hospital Doctor Negrín (página 656 del expediente), de 18 de junio de 2008, emitido por la doctora B.L., donde se expresa: "Como antecedente de interés, sedestación prolongada de 10-15 días por traumatismo en rodilla derecha que requirió vendaje y reposo absoluto, no pautándosele profilaxis de TVP".

Se solicita una indemnización de 892.453,78 euros.

III

De la Historia Clínica y de los informes médicos emitidos en el seno del procedimiento resulta lo siguiente:

1. El 9 de junio de 2008, la menor, a la sazón de 15 años y 11 meses de edad, durante la clase de educación física en su centro público de enseñanza, en el transcurso de un juego deportivo con un disco, al realizar un salto al mismo tiempo que se giraba para atraparlo (solicitud de prestación del seguro escolar, página 21 del expediente) debido a un mal apoyo de la rodilla derecha con rotación externa forzada de la misma sufrió un esguince de rodilla, del cual fue atendida a las 13:45 horas de ese mismo día en el centro de salud de Casas de Aguilar por su médica de atención primaria, la cual constató que la paciente presentaba tumefacción en la rodilla derecha, dolor en la cara interna de ésta a la palpación, flexoextensión conservada pero dolorosa en los últimos grados y sin bloqueo. La médico prescribió un vendaje elástico, frío local y un antiinflamatorio no esteroide (AINES) que fue ibuprofeno 600 mg. y para descartar la existencia de una meniscopatía encargó la práctica de una radiografía de la rodilla derecha (Historia de salud en atención primaria, pag. 101 del expediente).

El mismo 9 de junio de 2008 en el centro de salud de Guía se le realizó la radiografía que fue valorada por una facultativa cuya conclusión diagnóstica fue que no había fractura (Informe clínico de 9 de junio de 2008, página 7 del expediente).

Al día siguiente, 10 de junio de 2008, la paciente acudió al centro de salud de Casas de Aguilar, donde su médica de atención primaria valoró la radiografía con la

misma conclusión diagnóstica (Historia de salud en atención primaria, pág. 101 del expediente).

El 13 de junio de 2008 acudió de nuevo al centro de salud de Casas de Aguilar donde su médica de atención primaria constata mejoría de la gonalgia derecha, la presencia de un leve edema con semiología de líquido intraarticular y le prescribe aspitopic gel (Historia de salud en atención primaria, pág. 101 del expediente).

Según el informe del centro público de enseñanza donde estudiaba la menor, ésta entre el 9 (día del accidente) y el 18 de junio (día en que sufrió el tromboembolismo pulmonar) no asistió a clase el 10, martes (día en que acudió a consulta), el 12, jueves, el 13, viernes (día en que acudió nuevamente a consulta) ni el 18 (día en que enfermó). Los días 11 (miércoles), 16 (lunes) y 17 (martes) no consta que se haya ausentado de clase (Véase informe obrante en la pág. 87 del expediente).

2. El día 18 de junio la paciente también faltó a clase al presentar en su domicilio, de forma súbita, un cuadro de dolor torácico, palpitations y disnea en situación de reposo. Fue trasladada a su Centro de Salud con un cuadro de parada cardiorrespiratoria (PCR), que fue superado por maniobras de recuperación cardiopulmonar (RCP), inmediatamente fue llevada en ambulancia -donde fue remontada de otra parada cardiorrespiratoria- al Servicio de Urgencias del Hospital Insular Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HIUGCDN) en donde sufrió otra parada cardiorrespiratoria y otra más en el Área de Críticos del Hospital, de las que fue salvada con maniobras de recuperación cardiopulmonar avanzada (intubación orotraqueal, ventilación mecánica, y medicación vasoactiva). En el Área de Críticos del hospital se inició tratamiento -con fibrinolíticos, heparinización, además de control hemodinámico y respiratorio- de un shock obstructivo secundario a un tromboembolismo pulmonar masivo. La paciente ingresó en coma en la Unidad de Medicina Intensiva, intubada orotraquealmente y sedada, requiriendo ventilación mecánica en shock, siendo inestable hemodinámicamente y con fallo multiorgánico. La ecografía abdominal realizada no mostró hallazgos nuevos respecto de las realizadas previamente.

3. Ese 18 de junio de 2008, día de su ingreso en el Hospital, le realizaron una ecografía (eco-doppler) de miembros inferiores que reveló la ausencia de trombosis venosa profunda en dichos miembros inferiores ni en las venas iliaca externa, femoral y poplítea derechas, y que había flujo circulatorio en la región

femoropoplítea de ambas piernas (Informe Clínico del Servicio de Medicina Interna, de 7 de agosto de 2008, Notas Clínicas de la Historia Clínica de la paciente).

4. Entre el 19 de junio y el 2 de julio de 2008 la asistencia médica resolvió el shock obstructivo y restableció la función renal. El 4 de julio de 2008 se le practicó traqueotomía percutánea. El 7 de julio comenzó con ventilación espontánea. El día 18 de julio, la paciente fue valorada por el Servicio de Neurología y diagnosticada de encefalopatía postanóxica con tetraparesia espástica residual.

5. La paciente fue dada de alta en UVI y trasladada al Servicio de Medicina Interna donde permaneció ingresada hasta el 7 de agosto de 2008, fecha en la que recibió el alta hospitalaria con diagnóstico de:

Traumatismo de rodilla derecha.

Tromboembolismo pulmonar masivo.

Shock obstructivo, insuficiencia respiratoria aguda e insuficiencia renal aguda en su contexto.

Encefalopatía postanóxica.

Tetraparesia espástica secundaria.

Muguet oral.

Desnutrición leve calórico-proteica.

El informe, de 8 de agosto de 2013, del inspector médico y facultativo especialista, puntualiza que, conforme a los antecedentes médicos de la paciente, no se trataba de un traumatismo de la rodilla derecha, sino de un esguince.

6. Este informe explica, con cita de bibliografía médica, que un tromboembolismo pulmonar puede tener su origen en una alteración o anomalía del sistema de hemostasia/coagulación que se conoce como trombofilia. Éstas se denominan primarias cuando son congénitas y secundarias cuando se presentan asociadas a un factor adquirido de riesgo que puede ser transitorio o permanente, y que está relacionado con otra patología de base. Entre un 40% y un 60% de las trombofilias son primarias. En el 41,8% de los casos se detecta una causa asociada desencadenante, mientras que en el 58% no se detecta factor predisponente alguno.

Continúa explicando que el tromboembolismo pulmonar (TEP) es causado por la combinación de varios factores: Factores de riesgo, factores predisponentes (genéticos, adquiridos, y circunstanciales).

Respecto a los factores de riesgo se dice en este informe:

“El territorio más común para la procedencia de un émbolo -cuando un trombo se desprende de una vena se denomina émbolo- son las venas de la región pélvica y del territorio proximal de las piernas, por una trombosis venosa profunda (TVP). Posteriormente puede suceder un Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Aunque, como venimos diciendo, en ocasiones el tromboembolismo pulmonar sucede sin evidenciarse una trombosis venosa en miembros inferiores, como en el caso que nos ocupa. (Un 11,8%). Reiteramos que para estos pacientes es importante descartar las enfermedades genéticas que venimos diciendo denominadas trombofilias (tendencia a desarrollar trombos/coágulos de modo anormal y espontáneo).

Enumeramos someramente algunos de los Factores de riesgo:

Trombosis Venosa Profunda, edad mayor de 40 años – en el caso examinado la paciente tenía 15 años, por tanto no era un persona de riesgo y por ello no tuvo TVP en sus MMII-, inmovilización prolongada -incidencia del 13% si es superior a 8 días-, embolias pulmonares previas, insuficiencia venosa crónica, embarazo y posparto, traumatismos, obesidad, viajes prolongados, anticonceptivos orales, tratamiento hormonal sustitutivo, tratamiento complementario en el cáncer de mama con tamoxifeno, quimioterapia asociados a cirugía, cirugía ortopédica, cirugía mayor sobre todo abdominal, neuroquirúrgica o pélvica, portadores de vía venosa central, Neoformaciones malignas, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, ictus isquémico, síndrome nefrótico, EPOC.

Niveles altos de homocisteína debidos a una mutación en la metilén tetrahidrofolato reductasa (MTHFR) o a una deficiencia de vitaminas (vitaminas B6, B12 y ácido fólico)”.

En cuanto a los factores predisponentes el informe señala que éstos pueden ser genéticos (trombofilias), adquiridos y circunstanciales, y a continuación los detalla así:

“Genéticos: Mutación del Factor V de Leiden (3% de la población son heterocigotos para el FVL, mutación en la Protrombina, 202210^a, déficit de Proteína C o resistencia de antitrombina C activada RPCA presente en el 5% de la población general y en el 20-40% de los enfermos con TVP, déficit de Proteína S, déficit de Antitrombina III. AT, altos niveles de homocisteína (Hiperhomocisteinemia), alteraciones del Plasminógeno y de la fibrinolisis (Disfrinogenemia).

Adquiridos: Anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos anticardiolípidos o Anticoagulantes lupus, enfermedades renales (pérdida renal de antitrombina), hemoglobulinuria nocturna paroxismal, síndrome mieloproliferativos, policitemia vera, síndromes de hipercoagulabilidad.

Circunstanciales: Inmovilización tras una cirugía o traumatismo, uso de anticonceptivos orales, obesidad, embarazo, neoformaciones, quemaduras”.

En este detallado informe se indica:

“Por demás el sistema de Coagulación es activado por los mediadores de la Inflamación. La inflamación activa la coagulación, pero al tiempo, la cascada de la coagulación promueve una aceleración de la respuesta inflamatoria aguda. Así la Trombina, que es la enzima responsable de la formación de trombos, es también una mediadora de la inflamación. Por tanto existe una estrecha vinculación entre la inflamación y la coagulación”.

El informe termina estableciendo las siguientes conclusiones:

“1.- Constatamos por el Informe de la Facultativo de Familia que la secuencia lógica que enlaza un esguince de rodilla derecha con un Tromboembolismo Pulmonar, es la presencia de una Trombosis Venosa Profunda en el miembro inferior derecho. Si algo está claro en este proceso, es el hecho de que no existió una Trombosis Venosa Profunda en el miembro inferior derecho.

Así pues, colegimos que el tromboembolismo pulmonar puede desencadenarse mediante algún factor predisponente o desarrollarse directamente, sin mediar factor alguno de predisposición conocido.

2.- Cotejamos/evidenciamos que la paciente no sufrió traumatismo directo alguno sino un mal apoyo de la rodilla derecha con rotación directa forzada de la misma al realizar un salto, (Esguince de rodilla derecha en el que se produjo inflamación). No fue necesario la inmovilización absoluta, sólo relativa, menor de 4 días y sin procedimiento ortopédico mediante escayola/yeso.

(Fuente: Informe de la Facultativo de Familia de Atención Primaria emitido en fecha 28 marzo de 2011).

3.- El esguince de rodilla de la adolescente, produjo una inflamación que pudo activar y poner de manifiesto un sistema de coagulación/hemostasia, del que probablemente era portadora en modo alterado o anormal, e iniciar directamente –

sin trombosis de venas en piernas- un tromboembolismo masivo en el territorio pulmonar, que propiciaría varias paradas cardiorrespiratoria de consecuencias funestas para el tejido cerebral (encefalopatía postanóxica) con infortunio final secundario, de Tetraparesia.

4.- Comprobamos por la literatura médica consultada que se precisan de 4 a 8 días de encamamiento o inmovilización prolongada (inmovilización prolongada, incidencia del 13% si es superior a 8 días) para que surja una Trombosis Venosa Profunda (TVP) y según la Guía Pretemed de 2007, encamamiento mayor de 4 días. Sin embargo/no obstante no hubo TVP demostrada en la ecografía.

(Fuente: La Guía PRETEMED 2007, citada en el Informe de la Facultativo de Familia).

El reposo recomendado a la paciente fue relativo. No hubo necesidad de profilaxis de TVP ya que no existía Trombosis Venosa profunda, como luego se demostraría ecográficamente, y no hubo vendaje compresivo, sino venda elástica tipo crepé. Además el vendaje instaurado dejó de ser operante/funcionante dejó de desempeñar su función al menos antes del cuarto día de su instauración, por tanto dentro del límite mínimo para que surgiese una TVP lo cual abunda en la ineficaz compresión del vendaje para crear una TVP. Como decimos por la ecografía de MMII realizada el 18 de junio de 2008, no se constató trombosis venosa profunda alguna, existiendo flujo en ambos territorios femoropoplíteo de ambas piernas. De modo que no hubo compresión ni reposo excesivo y por todo ello no hubo TVP.

La Guía Escocesa de prevención de TVP indica que la evidencia sobre eficacia de la profilaxis con Heparina de bajo peso molecular en procedimientos ortopédicos no graves en miembros inferiores, es débil. Refiere ensayos clínicos que no han demostrado un efecto de reducción de la incidencia de Trombosis Venosa Profunda (TVP).

En el caso que nos ocupa ni siquiera hubo procedimiento ortopédico (que en este caso sería inmovilizar la articulación de la rodilla mediante yeso). No se guardó reposo absoluto sino relativo y menos de cuatro días. Insistimos que la Guía Pretemed 2007 indica más de cuatro días de encamamiento (reposo absoluto, por tanto) y en los factores de riesgo del punto 4 de las Consideraciones del presente Informe, se señala una incidencia del 13%, si la inmovilización prolongada es superior a 8 días.

La profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) es eficaz para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes escayolados por traumatismo menor en miembros inferiores.

Consideramos por tanto que si el paciente ha de estar en inmovilización absoluta -entre más de 4 a 8 días- pautar heparina de bajo peso molecular. Sin embargo si el reposo es relativo como en el caso examinado, no pautar heparina, máxime si no está escayolado ya que, además de evidenciarse innecesario, la hemorragia es la complicación más importante de cualquier tratamiento anticoagulante.

5.- Como dijimos en el punto 3 de las Consideraciones, en la analítica realizada en fecha 12 de febrero de 2010, resultó alterado el apartado de la Hemostasia, tanto el Tiempo de Protrombina como el Fibrinógeno.

6.- Observamos por el Informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del HUGCDN que el manejo de la paciente fue el adecuado para su dolencia, siguiéndose en todo momento los protocolos de actuación que requería la situación.

7.- Constatamos a tenor de lo escrito en el Informe del Jefe del Servicio de Medicina Intensiva, que la paciente fue tratada con todos los medios materiales, de organización y humanos, adecuados al restablecimiento de la misma, tanto en Urgencias y Críticos como en la UMI. (Fuente: Informe del Jefe de UMI de fecha 9 de febrero de 2011).

8.- Conocemos por la literatura médica analizada que cualquier parada cardiaca por breve que sea, puede promover la falta de circulación sanguínea cerebral y anoxia, derivando ambas en ulterior encefalopatía.

La falta de aporte de oxígeno al cerebro como consecuencia de hipotensión o de insuficiencia cardiorrespiratoria -en el caso analizado el tromboembolismo pulmonar masivo produjo varias paradas cardiorrespiratorias (PCR)-, generaría secuelas neurológicas graves –según la literatura médica consultada- en una proporción cercana al 80% de los pacientes afectados por una PCR y tan sólo un porcentaje pequeño, aproximadamente 1,4%, resultaría libre de alteraciones neurológicas.

Deducimos de esta información que alrededor de un 18% de los pacientes afectados con parada cardiorrespiratoria, cursarían con secuelas neurológicas moderadas-leves. Si la anoxia o hipoxia-isquémica cerebral -como ocurre en las

paradas cardiorrespiratorias- tienen una duración superior a 3 ó 5 minutos, puede producirse daño cerebral permanente (encefalopatía postanóxica/ coma).

De modo que pese a los esfuerzos y maniobras de actuación rápida en las paradas cardiorrespiratorias, el pronóstico de la encefalopatía postanóxica que puede derivarse, sigue siendo sombrío, en la actualidad y para la comunidad científico-médica.

9.- La paciente ha sido valorada por el Equipo de Valoración y Orientación (EVO) de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, Dirección General, en fecha 28 de mayo de 2010, teniendo como resultado un grado de discapacidad del 100% (definitivo), con una limitación de la actividad física y psíquica. (Principales limitaciones, Tetraparesia y Discapacidad expresiva).

10.- Evidenciamos debidamente razonado que la asistencia prestada a la paciente, desde la atención en su Centro de Salud por el fortuito accidente escolar, hasta el Alta hospitalaria, fue correcta, tanto en pruebas diagnósticas como en los tratamientos pautados para las patologías surgidas. No se escatimaron medios ni recursos de los que dispone la ciencia médica actual y fueron, además, los adecuados para tratar de paliar tales dolencias.

Así pues consideramos que la praxis médica del Servicio Público fue adecuada y ajustada en todo momento a la lex artis ad hoc y que no hubo pérdida de oportunidad para la enferma menor de edad”.

IV

1. La mención de los antecedentes clínicos ha sido exhaustiva y extensa la cita del informe, de 8 de agosto de 2013, del inspector médico y facultativo especialista, pero no se ha podido prescindir de ambas a fin de que esté fundado médicamente el análisis del nexo causal que se expone a continuación.

Una trombosis venosa profunda (TVP) puede originar un tromboembolismo pulmonar (TEP), porque un émbolo desprendido de las venas de la región pélvica y de las zonas proximales de las piernas alcanza los pulmones e interrumpe la circulación en ellos. Pero un tromboembolismo pulmonar también puede producirse a causa de la tendencia congénita a desarrollar trombos o coágulos de modo anormal y espontáneo.

Cuando por una fractura o traumatismo se inmoviliza un miembro inferior con escayola y con reposo absoluto en cama por más de cuatro días, surge el riesgo de

que se genere una trombosis venosa profunda, por lo que es preciso instaurar una profilaxis mediante la administración de un anticoagulante, la heparina de bajo peso molecular, la cual presenta el riesgo iatrogénico de generar hemorragias internas.

Como la paciente no sufrió un traumatismo o fractura, sino un esguince, no fue necesario inmovilizar la pierna derecha mediante escayola, ni tampoco prescribirle reposo absoluto ni, por ende, prescribirle heparina. Únicamente fue necesario que utilizar un vendaje elástico que portó del 9 al 13 de junio y que guardara un reposo relativo (que mantuviera la pierna en alto cuando se sentara) que no le impidió desarrollar su vida normal (asistió a clase, acudió a consulta con su médica).

El tratamiento instaurado a causa del esguince no presentaba riesgo de que generara una trombosis venosa profunda y, como se dijo, no requería la administración de anticoagulante. Esto lo confirma el hecho de que la paciente no sufriera una trombosis venosa profunda en los miembros inferiores, como así demuestra el eco-doppler que le realizaron.

Por consiguiente, el tromboembolismo pulmonar masivo que sufrió no tuvo su origen en una trombosis venosa profunda.

2. El informe de urgencias, de 18 de junio de 2008, como se indicó, refiere como antecedente de interés sedestación prolongada de 10 a 15 días con reposo absoluto no pautándosele profilaxis de TVP.

Este antecedente no resulta de la historia clínica de la paciente ni de ningún otro informe médico anterior. Los antecedentes de los informes médicos pueden tener dos orígenes: O bien recogen los datos previamente consignados en la historia clínica o en informes médicos anteriores; o bien recogen los antecedentes que refieren al facultativo actuante el propio paciente o sus acompañantes (si éste no se puede expresar), en el momento en que demanda la asistencia de aquél.

Esa afirmación del informe de urgencias no se corresponde con la realidad: Si sufrió el accidente el 9 de junio y el TEP se presentó el 18, no habían transcurrido los 10-15 días que dice que comprendió el período de sedestación prolongada con reposo absoluto. Tampoco se dio esa sedestación con reposo absoluto: De la documentación obrante en el expediente resulta que la facultativa no le prescribió reposo absoluto, que la paciente no guardó cama, sino que desarrolló su vida normal, y que el vendaje elástico sólo lo llevó del 9 al 13 de junio.

3. Para que los daños personales que padece la reclamante se puedan imputar a la asistencia médica que se le prestó por su esguince sería necesario:

a) Que se le hubiera inmovilizado la pierna derecha.

b) Que se le hubiera prescrito reposo absoluto por más de cuatro días.

c) Que no se le hubiera prescrito un medicamento anticoagulante.

d) Que a causa de la conjunción de las tres anteriores circunstancias hubiera sufrido una trombosis venosa profunda que originara el tromboembolismo pulmonar.

Está demostrado por la historia clínica y los informes médicos que ni se le inmovilizó la pierna derecha, ni se le prescribió reposo absoluto, ni por ende era necesario administrarle heparina, ni la paciente sufrió una trombosis venosa profunda en sus miembros inferiores, por lo que la causa del tromboembolismo pulmonar no es la asistencia médica prestada para que sanara del esguince.

4. Con base en que no existe nexo causal entre la asistencia prestada a la reclamante y los daños personales alegados, la Propuesta de Resolución se dirige a desestimar la pretensión resarcitoria, conclusión con la que es obligado coincidir porque la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento de un servicio público y el daño es el primer y esencial requisito, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración por dicho funcionamiento. Por esta razón para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento del servicio público de salud, no basta que con ocasión de la prestación de asistencia sanitaria una persona haya sufrido al tiempo un daño, sino que es necesario que éste haya sido causado por dicha asistencia. En el presente caso ha quedado demostrado que la encefalopatía postanóxica y tetraparesia espástica que la acompaña, que son las lesiones por las que se reclama, fueron causadas por el tromboembolismo pulmonar masivo, y que éste no fue causado por la asistencia médica que se le prestó a la demandante por el esguince que sufrió, asistencia que, por lo demás, fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

V

Las lesiones por las que se reclaman son, como se acaba de decir, la encefalopatía postanóxica y tetraparesia espástica que la acompaña. Este daño quedó determinado, el 7 de agosto de 2008, fecha en la que recibió el alta hospitalaria con dicho diagnóstico. Desde esa fecha ha permanecido completamente incapacitada la reclamante. Se trata de un daño permanente. Los tratamientos

posteriores que ha recibido han sido únicamente rehabilitadores, y de control y seguimiento de su estado. Así, tratamiento rehabilitador en el Servicio de Rehabilitación del hospital, atención por el foniatra para reeducación del habla, seguimiento en consultas externas del Hospital por el Servicio de Medicina Interna y por el Servicio de Hematología (Sección de anticoagulación), observación por el Servicio de Neurología.

Siendo el daño por el que se reclama un daño permanente, el derecho a reclamar por él prescribe al año de su producción, ya que el art. 142.5 LRJAP-PAC dispone:

“En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de sus secuelas”.

El precepto habla alternativamente de *“curación”* o *“determinación de las secuelas”*, términos alternativos que son excluyentes: O bien la lesión tiene curación, en cuyo caso el *dies a quo* será aquel en el que se logre; o bien no la tiene, en cuyo caso el *dies a quo* se computará desde que se conozca el carácter irreversible de la lesión, aunque ésta constituya una enfermedad crónica y evolutiva que requiera de tratamientos para paliar sus efectos, o para remediar aquellas manifestaciones previsibles de su agravamiento. La Ley usa la expresión *“la determinación del alcance de las secuelas”*, y con el término alcance está incluyendo no sólo las secuelas o daños presentes, sino también los daños que se puede prever que surgirán en la evolución de esa lesión personal. El concepto de daño permanente personal comprende no sólo el quebranto actual y constatable de la salud sino también los daños futuros que la ciencia médica puede pronosticar que ese quebranto conllevará con el transcurso del tiempo.

En cambio, el concepto de daño continuado responde a aquella realidad en que no es posible determinar el alcance de las secuelas, porque la naturaleza de la enfermedad no permite prever si se manifestarán o no determinados daños, o porque en el curso de su desarrollo pueden surgir daños imprevistos e indeterminables. En estos casos el *dies a quo* del plazo de prescripción no coincide con el de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, porque es imposible que éste determine el alcance de sus secuelas, sino que se sitúa en aquella fecha en que se manifieste el efecto lesivo incierto o imprevisto.

Esto que se acaba de exponer integra la reiterada doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera del Tribunal Supremo acerca del cómputo del plazo de prescripción de las reclamaciones por daños personales. Sirva como muestra de ella la reciente Sentencia de la Sección 4ª de la dicha Sala de 24 de abril de 2012 que resuelve el recurso de casación 5921/2010 contra una Sentencia que confirmó la desestimación por la Administración de una reclamación de la responsabilidad extracontractual del servicio público de salud por las lesiones cerebrales y los daños neurológicos de una menor cuya causación se imputaba a la asistencia sanitaria pública. Esta doctrina jurisprudencial se reitera también en las recientes Sentencias de dicha Sala Tercera del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2012; de 20 de marzo de 2012; de 10 de abril de 2012; de 24 de abril de 2012; de 24 de abril de 2012; y de 11 de junio de 2012.

La encefalopatía postanóxica y tetraparesia espástica secundaria a ella, que es un daño permanente, se determinaron el 7 de agosto de 2008, fecha del alta hospitalaria, y la reclamación se presentó el 1 de diciembre de 2010, más de dos años después, por lo que el plazo de prescripción estaba sobradamente vencido; así que, con abstracción de que ese daño no ha sido causado por la asistencia sanitaria pública, la reclamación debe ser desestimada por extemporánea.

C O N C L U S I Ó N

Independientemente de que haya quedado establecido médicamente que la asistencia sanitaria que los facultativos del SCS le han prestado a la reclamante no ha causado el daño por el que reclama, la pretensión debe ser desestimada por extemporánea.