



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 159/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 9 de mayo de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 537/2018 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 19 de agosto de 2016 a instancias de (...) por los daños sufridos, presuntamente, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por parte del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita por los daños causados una indemnización de 124.986,18 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva. Esta última la ostenta tanto el SCS, titular del servicio público sanitario, como el centro sanitario privado concertado donde se prestó la asistencia por la que se reclama -cuyo propietario es Hospitales (...)-, ya que éste es, en principio, el obligado de responder en caso de anormal funcionamiento en los supuestos de concierto [DT1ª de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público y art. 214 Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP), que establece: «Será obligación del contratista indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera la ejecución del contrato»].

Como este Consejo Consultivo ha manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 554/2011, 59/2014, 406/2016): «(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».

En el presente procedimiento se le ha tenido como parte, garantizándosele los trámites de proposición de prueba y audiencia, sin que haya hecho uso de su derecho a ninguno de dichos trámites. Obra, no obstante, en el expediente informe del médico especialista que atendió a la interesada en dicho centro.

4. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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

6. Remitida la solicitud de dictamen, este Consejo, mediante escrito de 14 de diciembre, con suspensión del plazo para emitir el dictamen, requiere de la Administración actuante informe sobre la fecha en la que se pueden considerar determinadas las secuelas a efectos de identificar el *dies a quo* de inicio del cómputo del plazo de prescripción y que, si una vez emitido el referido informe se dedujera la posibilidad de la concurrencia de la aludida prescripción, en aras de evitar indefensión al interesado y al centro concertado en el que se realizó la asistencia por la que se reclama, puesto que durante el procedimiento no se ha alegado tal posibilidad, se deberá proceder a dar nuevo trámite de audiencia antes de su remisión a este Consejo.

Recibida la documentación requerida, nada obsta a la emisión del preceptivo dictamen.

## II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Que desde el año 2011 venía padeciendo síntomas y signos de insuficiencia venosa en miembro inferior (varices) y tras acudir a su médico de cabecera, ingresa en una lista de espera para cirugía por el Servicio Canario de la Salud.

Con fecha de 14 de agosto de 2014, es citado por el Servicio de cirugía vascular del Hospital (...), concertado por el Servicio Canario de la Salud, recomendándosele la conveniencia de recibir tratamiento de las varices en miembro inferior en forma de «crosectomía interna».

Tras la firma del documento informado, es intervenido el 5 de septiembre de 2014, no sólo del miembro inferior izquierdo, del cual el reclamante tenía constancia, sino también del miembro inferior derecho, sin su consentimiento y sin que nadie se lo hubiese advertido.

Durante los trece días siguientes a la intervención, empieza a tener molestias en el miembro inferior izquierdo (dolor intenso, quemazón y muchas molestias, parestesias), siendo diagnosticado tras prueba particular en el Hospital (...), de lesión axonal parcial del nervio sural izquierdo a nivel de la incisión, de intensidad moderada severa, con mayor afectación discal.

Que a raíz de la intervención quirúrgica, el reclamante, un hombre sano de 38 años, pasa el 11 de diciembre de 2015 a la situación de incapacitado permanente total para su profesión, encontrándose, en la actualidad, en tratamiento en la unidad del dolor, padeciendo, asimismo, síndrome ansioso depresivo.

Alega que, en el consentimiento informado no figura como posible complicación, la surgida en su caso, esto es, lesión de nervio sural, ni se menciona ninguna otra complicación neurológica, considerando que debió incluirse en el consentimiento informado dicha posibilidad de lesión nerviosa, privando así al reclamante, al no estar prevista dicha complicación, de la posibilidad de valorar el riesgo y de rechazarlo o aceptarlo, dando su consentimiento o no a la intervención.

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

- El 4 de octubre de 2012 el paciente acude a consulta médico de atención primaria, presentando dilatación varicosa en hueco poplíteo izquierdo sintomático, que dificulta su trabajo. Es derivado al Servicio de Cirugía en Centro de Especialidades.

El 19 de diciembre de 2013 anotan en historia clínica que el paciente está en lista de espera para intervención quirúrgica por varices desde noviembre de 2012.

2.- El 1 de enero de 2014 acude a consulta de cirugía vascular.

El 5 de septiembre de 2014 ingresa en clínica concertada para intervención quirúrgica de varices del miembro inferior izquierdo.

En Eco Doppler previo realizado presenta shunt (comunicaciones patológicas) venosos tipo 3 de VSE.

El 14 de agosto firma consentimiento informado para varices en miembros inferiores, incluyéndose en el mismo la crosectomía interna, de safena y varicectomía.

Lo que se realiza en la intervención quirúrgica según informes clínicos, el día 5 de septiembre de 2014, en el Hospital (...) cirugía que consistió en: CHIVA 1+2 de safena externa según marcaje ecográfico previo del miembro izquierdo, el método CHIVA se basa en realizar desconexiones estratégicas de los puntos de fuga detectados en el estudio por Eco-Doppler o puntos en que la sangre va en sentido contrario a lo que sería el retorno venoso normal. Al contrario que en las técnicas ablativas, no se extirpa ni destruye la vena safena.

Se actúa sobre el punto de fuga o shunt y luego se cierra el punto de fuga venoso.

El curso postoperatorio es bueno y se propone alta hospitalaria con las medidas de tratamiento recomendadas.

El 6 de octubre de 2014, el médico de cabecera remite al Servicio de Cirugía y se anota: varices ambas piernas, refiere dolor en pie izquierdo, parestesias, solicito valoración.

El 17 de octubre el médico de cabecera remite al Servicio de Neurología del Centro de Especialidades, y según el informe del médico de Atención Primaria el paciente presenta tras intervención quirúrgica dolor quemante, urente en pie izquierdo que aumenta al caminar, parestesias e hipoestesia en la exploración con hiposensibilidad pie izquierdo mayor en cara lateral izquierdo, y ruega valorar conveniencia de EMG.

El 28 de noviembre de 2014 realizan en Hospital (...) EMG, y concluye el estudio: «se registran datos EMG compatibles con una lesión axonal parcial del nervio sural izquierdo, a nivel de la incisión, de moderada a severa, con mayor afectación distal no se registran signos de neuropatía periférica en el resto de los nervios explorados».

El 11 de diciembre de 2014, el Servicio de Cirugía valora al paciente en el cual se estudia el EMG previo, se habla y se explica al paciente, se solicita cita con Neurología, tratamiento Lyrica e Hydroxil y medidas físicas, cita en enero.

El 8 de enero de 2015, refiere paciente dolor constante en el tobillo, aumento de la dosis de Lyrica.

El 19 de enero de 2015 el paciente es derivado por su médico de cabecera a Cirujano Cardiovascular del SCS, debido a parestesias y dolor en pie izquierdo tras la cirugía.

En febrero de 2015, se realiza en el CHUIMI un EMG, tal estudio concluye con diagnóstico de: mononeuropatía del nervio sural izquierdo: axotomesis del nervio sural izquierdo en grado severo.

Control de nuevo el 12 de febrero de 2015 Hospital (...), presenta en esta fecha leve mejoría clínica, en EMG leve mejoría, continúa con tratamiento médico hasta nuevo aviso, repetir exploración en dos meses.

3.- El 27 de febrero de 2015 es valorado en consulta del Servicio de Cirugía Vascolar del CHUIMI donde acude a «revisión por parestesias en dorso de pierna y pie izquierdo desde el postoperatorio temprano, en seguimiento por Neurología en Hospital de (...) y en este Hospital (CHUIMI)».

Tras exploración vascular el cirujano observa normalidad en las cicatrices con adecuado proceso de cicatrización, pulsos presentes en tercio distal de la pierna, sobre tendón de Aquilea y bajo cicatriz de flebectomía, se palpa nódulo de 1cm, duro y móvil, no doloroso, a la palpación de dicho nódulo el paciente presenta parestesias en dicho pie.

Solicita el Cirujano Eco-Doppler venoso y de partes blandas de la zona del nódulo.

Además el Cirujano remite a la Unidad de Dolor.

Con el Doppler se visualiza imagen de masa sólida de 21 x 8 x 4mm, heterogénea, bien delimitada, que depende de estructuras nerviosas (nervio sural) lateral a la unión miotendinosa Aquilea. No se demuestra vascularización, estos hallazgos impresionan de tumoración de vaina nerviosa (Schwanomma).

El 28 de abril de 2015, el Neurocirujano del CHUIMI considera tratamiento quirúrgico de la tumoración, y biopsia del mismo, se programa cirugía.

El 30 de abril en el Hospital (...), el Servicio de Cirugía anota que el paciente está a la espera de intervención quirúrgica de Schawanonna del nervio sural, y pendiente de estudio gammagráfico.

El 30 de junio de 2015 se realiza exéresis de la tumoración, alta sin complicaciones. El resultado de la biopsia de la lesión extirpada es «neurinoma traumático».

El Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, vuelve a valorar al paciente el 3 de septiembre de 2015, refiriendo que ha tenido ligera mejoría, pero que continúa con síntomas.

Se realiza Gammagrafía ósea el 21 de agosto de 2015 que concluye con diagnóstico de: «Gammagrafía vascular y ósea de MMII sin hallazgos patológicos gammagráficos».

La decisión del Servicio de Neurocirugía es que aunque ha tenido ligera mejoría de la clínica causada por el neurinoma operado, sigue con dolor neuropático, y deciden por parte de Cirugía Vascular no otra opción terapéutica, por lo que sugieren continuar tratamiento con la Unidad de Dolor.

- En la Unidad de Dolor sigue en tratamiento médico, y no hay mejoría clara de los síntomas del paciente.

Con fecha 14 de enero de 2016, se realiza bloqueo epidural sensitivo, tras lo cual se encuentra mejor.

Sigue controles por la Unidad de Dolor, el 6 de abril de 2016 el médico de cabecera anota en historia clínica resultado de RMN que refleja hernia discal l4-l5.

El 2 de junio de 2016 el paciente refiere en visita al Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, que mantiene síntomas relacionados con el neuroma operado de la pierna izquierda, este día consulta por dolor lumbar con irradiación zona inguinal, se valora dolor mecánico sin signos de irradiación radicular específica, discopatía L5-S1 en RMN, no valorable la cirugía, tratamiento conservador.

Hasta fecha de 31 de mayo de 2017 el médico de cabecera refiere que al paciente el Servicio de Neurocirugía ha aconsejado electroterapia para dolor y trastorno sensitivo a nivel del pie, que el paciente rechaza.

Sigue con proceso de dolor lumbar y viático en tratamiento, de baja laboral debido a ello en la actualidad.

#### CONSIDERACIONES

El sistema venoso actúa como reservorio de la sangre y la conduce desde los capilares al corazón, en contra de la gravedad y sin bomba propia, por lo que es necesario un sistema venoso permeable, indemnidad del sistema valvular y función cardíaca conservada.

La insuficiencia venosa se define como la incapacidad de una vena para conducir un flujo de sangre en sentido cardiópata, adaptado a las necesidades del drenaje con independencia de su posición y actividad. Es debida a la obstrucción del drenaje venoso o a la existencia de reflujo, o a una combinación de ambas. El fenómeno de la

insuficiencia venosa se puede definir como un shunt venovenoso o circuito retrógrado constituido por un punto de fuga (p. ej., la unión safenofemoral), un trayecto habitualmente retrógrado (varices) y un punto de reentrada al sistema venoso profundo (a través de perforantes).

La estrategia CHIVA fue definida por el Dr. (...) (un Psiquiatra francés, curiosamente) en 1988. En una traducción libre del francés significa «Cura Conservadora y Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa de forma Ambulatoria».

El procedimiento consiste en marcar antes de la intervención mediante una Ecografía (Eco-Doppler), con un rotulador sobre la piel, los puntos sobre los que el cirujano necesita actuar, se realiza un «marcaje» o «mapeo» de las varices y de los shunts existentes mediante Eco-Doppler con el/la paciente en bipedestación y así posteriormente, intervenir y cerrar las venas en los puntos donde hay válvulas defectuosas, provocando que la sangre busque otros caminos que sí funcionen correctamente. Sería como cerrar algunos de los posibles caminos de un laberinto para dejar solamente una salida fácil de alcanzar. La ligadura del cayado y del origen de la colateral en el mismo tiempo quirúrgico sería un CHIVA 1+2. Algunos estudios evidencian que la estrategia CHIVA tiene buenos resultados, equiparables a los de la safenectomía clásica (stripping) que sigue siendo el patrón oro para esta patología.

Como ventajas diremos que no está descrita como complicación la neuralgia del safeno (cuya incidencia en el stripping oscila entre el 14- 16%) y que se trata de una cirugía menos agresiva que el stripping (tratamiento quirúrgico clásico con ligadura del cayado en la curvatura de la vena antes de incorporarse a la vena femoral en la zona inguinal, y la correspondiente safenectomía) con la evidente ventaja que esto supone para la recuperación postquirúrgica.

Sin embargo, la vena dilatada no se extrae. Esto hace que la intervención sea menos agresiva como decíamos y se pueda llevar a cabo sin ingreso hospitalario, y con un período de recuperación mucho más corto. El método CHIVA es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el tratamiento de las venas varicosas. El objetivo de esta cirugía es eliminar las derivaciones venovenosas mediante la desconexión de los puntos de escape, preservando la vena safena y el drenaje venoso normal de los tejidos superficiales del miembro.

A su vez, la microcirugía de Müller o flebectomía es una técnica quirúrgica muy sencilla y poco invasiva que permite extirpar ramas varicosas colaterales y pequeñas varices aisladas (varices reticulares) mediante incisiones minúsculas (2 o 3mm), microcirugía. Para pequeñas varices aisladas se puede llevar a cabo con anestesia

local y de forma ambulatoria, o bien se puede emplear como complemento de cualquiera de las otras técnicas (C.H.I.V.A.) para eliminar las ramas colaterales.

**Neuroma Traumático:** Corresponde a una proliferación no neoplásica del extremo de un nervio que ha sido cortado parcial o totalmente o que ha resultado lesionado después de un traumatismo o una cirugía. Se presenta como una masa generalmente dolorosa.

El término parestesia se refiere a una sensación de quemadura, o de pinchazos que se suele sentir en las manos, brazos, piernas o pies y a veces en otras partes del cuerpo. La sensación, que se presenta sin previo aviso, por lo general no causa dolor sino que se describe como un hormigueo o adormecimiento, como que algo le caminara por la piel o como picazón.

En algún momento, casi todos hemos experimentado parestesias transitorias, es decir, la sensación de hormigueo, como cuando hemos permanecido sentados mucho tiempo con las piernas cruzadas, o nos hemos quedado dormidos con un brazo doblado debajo de la cabeza. La parestesia sucede cuando se ejerce presión sostenida sobre un nervio y la sensación se desvanece rápidamente una vez que se alivia la presión.

La parestesia crónica suele ser un síntoma de una enfermedad neurológica subyacente o un daño traumático de un nervio. La parestesia puede ser causada por trastornos que afectan el sistema nervioso central, como el accidente cerebrovascular (ACV) y los ataques isquémicos transitorios (los mini-ACV), la esclerosis múltiple, la mielitis transversa o la encefalitis. Un tumor o lesión vascular que ocupa espacio y presiona el cerebro o la médula espinal también puede causar parestesia. Los síndromes de atrapamiento de nervios periféricos, como el Síndrome del Túnel Carpiano, pueden dañar los nervios periféricos y causar parestesia acompañada de dolor. La evaluación diagnóstica se basa en la determinación del problema subyacente que cause las sensaciones parestésicas. La historia clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio son esenciales para el diagnóstico. Los médicos pueden solicitar pruebas adicionales dependiendo de la causa sospechada de la parestesia.

**Dolor Neuropático** como «el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial». Por tanto, el dolor neuropático es una descripción clínica (y no un diagnóstico), los pacientes con dolor neuropático presentan similitud en las características del dolor como son

esquemante, punzante, lancinante, hormigueo, picazón, pinchazos, descarga eléctrica, golpeando, opresión, dolor profundo, espasmo o dolor al frío.

Neuropatía: La palabra «neuropatía» significa enfermedad o daño en el nervio. Los síntomas pueden variar desde entumecimiento u hormigueo hasta sensaciones punzantes (parestesia) o debilidad muscular, un trastorno en la función o patología en un nervio.

Algunas formas de neuropatía involucran daño en un solo nervio y se conocen como mononeuropatías.

La neuropatía sural típica se traduce en dolores y sensaciones anormales en la piel del pie y del tobillo, tales como entumecimiento y adormecimiento.

El nervio sural (nervio sural medial o safeno externo, rama sensitiva pura del nervio tibial posterior) recoge la sensibilidad cutánea del borde externo de la pierna y el pie.

Los neuromas son tumores benignos causados por un crecimiento excesivo del tejido nervioso que se desarrolla después de una lesión penetrante que corta las fibras nerviosas.

## CONCLUSIONES

1.- El 5 de septiembre de 2014 se realiza en Hospital (...) de Las Palmas, cirugía de varices en miembro inferior izquierdo, se intervino la pierna izquierda, lo cual se expresa en todos los informes posteriores a esta fecha además de constar en la hoja operatoria del día 5 de septiembre de 2014, no hay pruebas de otra cirugía en otro miembro como afirma el reclamante.

También el paciente alega larga espera para la cirugía cuando su problema de salud no era urgente, operable sí, pero no es urgente.

2.- La praxis médica es correcta, la elección del tipo de cirugía y la ejecución de la misma, con la eliminación de la problemática vascular se consiguió, llega a buen término, se lograron los objetivos, se emplearon las técnicas diagnósticas adecuadas.

Por tanto en la actuación de la cirujana no encontramos realización de inadecuada praxis médica.

La doctora ya no trabaja en el Hospital (...) desde 2015 y no fue localizada por dicho Hospital en la actualidad.

Referir a su vez que la patología lumbar y ciática no tiene nada que ver con la lesión en tobillo del pie izquierdo ni anatómica ni clínicamente. Las causas son diferentes y la inervación de la región afectada es distinta, obviamente. A su vez añadimos que en historia clínica de atención primaria se observa ya sufría de lumbalgias en el año 2011, mucho antes de la cirugía venosa en el 2014.

3.- Se reclama la no existencia en el Consentimiento Informado firmado previo a la cirugía efectuada por el paciente y reclamante de un apartado referente a lesiones nerviosas, aun aceptando dicho argumento es cierto que esta patología es poco frecuente en este tipo de cirugía, la llamada cirugía CHIVA, técnica empleada en el paciente.

Con esta intervención no se extrae la vena safena, como consta en la reclamación, y por lo tanto el riesgo de lesiones nerviosas a nivel del nervio safeno en el cayado de la vena a nivel inguinal no es el mismo en este tipo de cirugía que para la cirugía clásica venosa.

Este método quirúrgico es el que procede a la intervención del paciente, es el mejor método en cuanto a evitar la repetición del cuadro de varices post cirugía, igualmente en cuanto a las posibles complicaciones, además no se extrae la vena safena como decíamos.

Lo que ocurrió al paciente es un trauma nervioso a nivel del tobillo, algo poco frecuente; por tanto, considerando que es posible dicha patología aunque no sea frecuente, posible con la mejor cirugía ejercida y no encontrando prueba de alteración en praxis médica a ejercer, siendo ésta correcta, utilizándose la cirugía más benigna en cuanto al método y posibles complicaciones dado el caso clínico.

Consultado por este Servicio de Inspección el estado de capacitación laboral actual, se comprueba que ya no lo está, ha sido retirada, anulada, la Incapacidad Permanente Total para su trabajo habitual.

No obstante, y aun no considerando mala praxis y no siendo dicha lesión frecuente aunque sí posible, como ya exponíamos, sí se tiene en cuenta que «el daño que se debe indemnizar consiste en la privación de la posibilidad del paciente de rechazar el acto médico» y que en ese supuesto el daño será un perjuicio moral por haber desconocido el derecho a la libertad del paciente, y fuera menester aplicar estos supuestos al caso, valoramos el daño moral en 3.000 Euros.

3. Dado los preceptivos trámites de proposición de prueba y de audiencia, ni la reclamante ni el centro concertado presentan escrito alguno.

4. Solicitado a instancia de este Consejo nuevo informe del SIP sobre sobre la fecha en la que se pueden considerar determinadas las secuelas a efectos de identificar el dies a quo de inicio del cómputo del plazo de prescripción, este manifiesta lo que sigue:

- A partir de la cirugía de varices del día 5 de septiembre de 2014, en historial clínico del paciente (...), se contempla con claridad la clínica existente tras dicha cirugía.

Así el 6 de octubre de 2014 y el 17 de octubre del mismo año, es valorado por médico de cabecera por dolor en pie izquierdo y parestesias y se deriva al médico especialista de cirugía del Servicio Canario de la Salud el 6 de octubre y así mismo el 17 de octubre al servicio de neurología.

En este último informe se aprecia la clara especificación que el médico de cabecera realiza sobre la clínica sufrida por el paciente: «el paciente presenta tras intervención quirúrgica dolor quemante, urente en pie izquierdo que aumenta al caminar, parestesias e hipoestesis en la exploración con hiposensibilidad pie izquierdo mayor en cara lateral izquierdo, ruega valorar EMG».

- Se realiza EMG, en Clínica (...), y en el CHUIMI (Hospital Insular).

El primer EMG el 28 de noviembre de 2014, en Hospital (...), el resultado del mismo es el de lesión axonal parcial del nervio sural izquierdo, a nivel de la incisión quirúrgica de intensidad moderada a severa, con mayor afectación distal.

El segundo EMG en Hospital (...) tiene lugar el 9 de febrero de 2015, en el que se detecta ligera mejoría de la afectación sensitiva del nervio sural izquierdo, predominio distal en grado moderada -severa.

Hay un tercer estudio Electromiográfico en la historia clínica, que se efectúa en el CHUIMI el 19 de febrero de 2015. En este último igualmente se informa de mononeuropatía del nervio sural izquierdo: «axotnometesis del nervio sural izquierdo en grado severo».

- La definición de neuropatía incluye las parestesias. La neuropatía sural típica se traduce en dolores y sensaciones anormales en la piel del pie y del tobillo tales como entumecimiento y el adormecimiento.

Esta patología está definida desde el posoperatorio de varices en 2014 y especificadas por el médico de cabecera en octubre de 2014, y por el Servicio de Neurología y las pruebas complementarias a realizar en estos casos tanto en 2014 como en febrero de 2015. A su vez el 27 de febrero de 2015, ya efectuados dos EMG y diagnosticado patología del nervio sural, el cirujano cardiovascular de Servicio Canario de la Salud anota la clínica existente y palpa el nódulo en la zona de la cicatriz solicitando Eco-Doppler. De ello resulta el diagnóstico de neurinoma o lesión nerviosa en el lugar de la cicatriz quirúrgica, se interviene el 30 de junio de 2015, pero no mejora el paciente.

El origen del problema es la cirugía de varices en 2014, la clínica se especifica prontamente como hemos referido, y el neurinoma se define clínicamente por palpación previo a la prueba complementaria que aclara su existencia, la Eco-Doppler que se efectúa previa a la cirugía del mismo que se realiza el 30 de junio de 2015.

Con posterioridad a dicha cirugía la clínica no mejora. Tras los argumentos previos la clínica parte de la cirugía de varices de 2014, estos eran conocidos por los servicios médicos intervinientes y reflejado en los informes clínicos. Dicha clínica no cambia de forma definida a posteriori como se refleja en el historial clínico.

En informe clínico de alta del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, el 1 de julio de 2015, tras cirugía efectuada el 30 de junio de 2015, de extirpación del neurinoma, se refiere lo siguiente: «herida de buen aspecto, deambulando. Parestesias en dorso de pierna y pie izquierdo sin cambio respecto al prequirúrgico». Esta podría ser la fecha donde se especifican las secuelas.

5. Con fecha de 1 de febrero de 2019 se presenta por el reclamante escrito de alegaciones considerando como fecha de inicio del cómputo de plazo de prescripción de la acción de reclamación el 17 de noviembre de 2017, fecha de alta de neurocirugía o, subsidiariamente, el 21 de agosto de 2015, fecha en la que se le remite a la unidad del dolor, considerando, en todo caso, que la acción de reclamación no se considera prescrita.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad formulada por la interesada, al entender que está prescrito su derecho a reclamar.

### III

1. Antes de entrar en el fondo de la cuestión planteada, se ha de determinar si ha prescrito el derecho a reclamar por no haberse ejercido dentro del plazo de un año que establecen el art. 32.2 LRJSP (anterior art. 142.5 LRJAP-PAC, norma aplicable, como se dijo, al presente procedimiento).

Con independencia de la catalogación de la enfermedad como daño permanente o continuado, lo cierto es que desde la STS de 28 de junio de 2011, el criterio jurisprudencial es el que sigue:

«En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2000 (RJ 2000, 9384). A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene “proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993, 28 de abril de 1997, 14 de febrero y 26 de mayo de 1994, 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que “el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad”.

Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estar al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009, 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 -recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo, insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior, como vemos a continuación es lo acaecido en el supuesto de autos, en el que la reclamación trae causa de la asistencia sanitaria recibida los días 4 y 27 de julio de 2002, de la que recibió el alta médica el 5 de agosto de 2002 con informe que diagnostica tanto la trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo con afectación de la vena iliaca, como la sugerencia de síndrome compartimental por aumento de la presión, posiblemente secundaria a su

trombosis venosa, esto último recogiendo a su vez el informe de 31 de julio de 2002 tras la prueba R.M. vascular de miembros inferiores. Padecimiento que daría lugar a controles ambulatorios, nuevos informes emitidos a instancia de la Inspección Médica y al Dictamen propuesta de 8 de junio de 2004 del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social que describe el cuadro clínico anteriormente constatado, siendo de esta manera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada en fecha 3 de diciembre de 2004 viene referida bien a unos daños somáticos cuya determinación se concretó en la fecha del alta médica y desde entonces cuantificables, que aún no estabilizados en dicho momento son previsibles conforme una evolución patológica ya conocida, bien a un posterior trastorno adaptativo por la situación económica y laboral resultante, que si bien consecuente con las limitaciones funcionales de la dolencia no puede considerarse estrictamente como “secuela” de la trombosis venosa, ni por tanto hacer renacer el plazo de prescripción que se dejó transcurrir desde aquella determinación, tal como fue apreciado en la Sentencia de instancia que desestimó el recurso contencioso-administrativo por extemporaneidad, que hace innecesario el análisis del restante motivo del recurso de casación».

De tal criterio jurisprudencial -muy parecido al que nos ocupa- se desprende que el *dies a quo* para la determinación del plazo de prescripción en el presente caso no puede ser otro que el de la *actio nata*, esto es, ha de estarse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución el alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende.

En relación al inicio del cómputo del plazo en el caso de daños físicos, la sentencia de 27 de octubre de 2004 explica que «La acción para exigir la responsabilidad de la Administración tiene un componente temporal, pues ha de ejercitarse en el plazo de un año a contar desde el hecho que motiva la indemnización -artículo 139.4 de la Ley 30/1992- y este plazo de un año, en el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas; es decir, el *dies a quo* es el de la estabilización o término de los efectos lesivos en el patrimonio o salud del reclamante».

Por su parte, las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009 establecen que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

2. En el presente caso, el interesado reclama por la intervención de varices en miembro inferior en forma de «crosectomía interna» realizada el 5 de septiembre de 2014.

Como afirma el SIP, a cuyo informe tuvo acceso en el trámite de audiencia, las secuelas ya están determinadas en el informe clínico de alta del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, de 1 de julio de 2015, en el que, tras la cirugía efectuada el 30 de junio de 2015, de extirpación del neurinoma, se refiere lo siguiente: «herida de buen aspecto, deambulando. Parestesias en dorso de pierna y pie izquierdo sin cambio respecto al prequirúrgico».

Con posterioridad a dicha cirugía la clínica no mejora. Tras los argumentos previos la clínica parte de la cirugía de varices de 2014, estos eran conocidos por los servicios médicos intervinientes y reflejado en los informes clínicos. Dicha clínica no cambia de forma definida a posteriori como se refleja en el historial clínico.

De lo anterior se colige, pues, que esa es la fecha de inicio del plazo de prescripción ya que desde ese momento pudo ejercer, conforme a la jurisprudencia citada, su derecho a reclamar, no teniendo relevancia las fechas de posteriores tratamientos rehabilitadores o paliativos, ni de reconocimientos de situaciones de incapacidad.

Siendo, por tanto, la fecha de la determinación del alcance de las secuelas el 1 de julio de 2015 y habiéndose presentado la reclamación el 19 de agosto de 2016, es evidente que se ha presentado superando el plazo de prescripción de un año establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se ajusta a Derecho dado que el reclamante ha ejercido su derecho a reclamar fuera del plazo de un año establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC, tal como se razona en el Fundamento III.