



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de mayo de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 179/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 1 de diciembre de 2017 a instancia de (...), como consecuencia de los daños causados por la asistencia sanitaria prestada en el SCS.

2. La reclamante solicitada una indemnización de 121.145,21 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

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

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

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

II

1. La sucesión de hechos alegada por la interesada es la siguiente:

El 20 de julio de 2015, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) se le realiza Histerectomía radical con doble salpinguectomía por carcinoma escamoso no queratinizante.

Con posterioridad a dicha intervención, y tras la realización del correspondiente estudio, presenta secuelas neurológicas motoras y sensitivas en MID sugestivas de lesión en nervio obturador derecho con signos de actividad denervativa aguda y lesión parcial neurógena de psoas derecho, lo que le produce una deambulación con cojera.

En abril de 2016 inicia Rehabilitación con ejercicios de fortalecimiento de musculatura de MID para mejorar coordinación y equilibrio en bipedestación y marcha. Actividades dirigidas a mejorar la autonomía de AVD y que es alta tras conseguir los objetivos de su tratamiento dentro de su patología.

La interesada reclama por las lesiones derivadas de la intervención de 20 de julio de 2015 -por estos motivos estuvo de baja 514 días con carácter impeditivo-, y que concreta en lesión severa del nervio obturador, alteración miccional y fascitis plantar.

2. Por Resolución de 7 de mayo de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se inadmite la reclamación interpuesta por la reclamante por considerar prescrito su derecho a reclamar en cuanto a las dos secuelas correspondientes a lesión severa del nervio obturador y alteración de la micción. Respecto a la fascitis plantar, el motivo de la inadmisión fue no guardar relación directa con la intervención quirúrgica.

3. Con fecha 13 de julio de 2018, tiene entrada en el juzgado n.º 2 de Santa Cruz de Tenerife recurso Contencioso administrativo contra la Resolución de 7 de mayo de 2017, cuyo procedimiento finaliza con la Sentencia 55/2020 de 10 de marzo. En ella se determina la prescripción de los dos primeros objetos, y la determinación de estudiar el fondo de la secuela correspondiente a la fascitis plantar, por la posible relación que pudiera tener con la intervención quirúrgica de la que deriva la reclamación.

Mediante Sentencia de 9 de septiembre de 2020, dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección segunda, se anula la Resolución de 7 de mayo de 2018 y se ordena admitir a trámite la reclamación *«reconociendo a la parte actora el derecho a la tramitación y resolución del expediente»*.

4. Por Resolución de 27 de octubre de 2020 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica de la interesada.

5. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- La señora ingresa en el CHUNSC para Intervención quirúrgica, dada patología tumoral del cuello uterino, el 20 de julio de 2015, esta se realiza con anestesia general.

En la cirugía efectúan histerectomía radical más doble amigdalectomía más biopsia selectiva de ganglio centinela pélvico más linfadenectomía pélvica bilateral por laparoscopia.

La evolución postquirúrgica transcurre dentro de la normalidad.

Diagnostico principal: carcinoma escamoso de cuello uterino IB1 microscópico. Buena evolución tras cirugía, alta el 29 de julio de 2015, seguimiento en Consultas Externas de Ginecología Oncológica.

Los siguientes días a tal cirugía, y hasta el 29 de julio en que permanece ingresada, la paciente deambula normalmente incluso asintomática, sin dolor, salvo parestesia en zona inguinal bilateral llegando a rehusar analgesia.

- Según informes clínicos ginecológicos e historial hospitalario en el primer control ginecológico tras intervención la paciente se queja de dolor, pérdida de fuerza y sensibilidad de miembro inferior derecho, por lo que ante la sospecha de secuela neurológica es remitida por interconsulta al Servicio de Rehabilitación.

En el segundo control tras intervención se queja de incontinencia urinaria. Y disminución de la sensación de llenado vesical por lo que es remitida interconsulta de Suelo Pélvico como se comprueba en los informe clínicos.

Tras Electromiograma efectuado en noviembre de 2015 se establece lesión severa del nervio obturador derecho con signos de actividad degenerativa más lesión parcial neurógena de la rama derecha del psoas derecho más incontinencia urinaria secundaria a lesión nerviosa.

El nervio obturador, inerva músculos cuya función principal es la abducción del muslo y en menor grado su rotación externa y recoge la sensibilidad de la cara interna del muslo, o sea hipoestusias y parestesias (alteraciones de la sensibilidad) en cara interna del muslo.

Desde el punto de vista ginecológico el nervio obturador se lesiona con más frecuencia en cirugías retroperitoneales de tumores ginecológicos o de endometrio (útero).

Paciente es valorada por el Servicio de Rehabilitación el 18 de enero de 2016 donde es remitida por el Servicio de Ginecología, la paciente refería cojera a la marcha e incontinencia de urgencia y posible residuo vesical.

A la exploración marcha autónoma con ligera cojera, balance articular del miembro inferior derecho, libre con dolor a la abducción y rotación externa, balance muscular flexión de cadera 3+, adducción-abducción cadera 3+ resto 4+, anestesia en zona inguinal derecha hasta cara externa del muslo, se pauta fisioterapia, tratamiento encaminado a potenciación de cadera derecha, corrección de la marcha coordinación y equilibrio. Sigue rehabilitación.

Las complicaciones estudiadas: afectación del nervio obturador y afectación vejiga urinaria son determinadas como prescritas. No existía clínica de fascitis plantar.

- No es hasta el 22 de septiembre de 2016 y en los controles realizados por médico del Servicio de Rehabilitación cuando la paciente refiere otra patología distinta a la ya conocida tras la intervención quirúrgica, otro lugar con patología osteomuscular.

Es en esa fecha cuando aparece referencia a talalgia, dolor en ambos talones sobre todo el izquierdo, contralateral a la zona afecta.

Para descartar espolón o fascitis plantar (el diagnóstico de la fascitis plantar es básicamente clínico), se solicita Rx del pie porque pudiera haber en ocasiones, un espolón en el hueso que la produzca.

En noviembre de 2016 se descarta el espolón y se diagnostica fascitis plantar con seguridad.

Se remite a fisioterapia el 30 de noviembre de 2016.

Es valorada, seguida y estudiada por el servicio de rehabilitación hospitalario.

La clínica de dicha patología apenas sufre cambios con el tratamiento.

La paciente refiere con posterioridad seguir igual en los diferentes consultas con el Servicio de Rehabilitación.

El 26 de enero de 2017 el médico especialista en rehabilitación anota en historia clínica: «*arco plantar marcado*». Es la bóveda del pie elevada. Posteriormente en podoscopio se determina pie varo (son aquellos que orientan la planta del pie hacia dentro, apoyando el borde externo).

El 19 de octubre de 2017 se escribe en historia clínica: «dolor en ambos talones, en bordes internos y externos de ambos talones, con podoscopia se observa pies varos. Se plantean plantillas y cuña externa en talón de 0.5 cm».

De la historia clínica e informes preceptivos objetivamos las conclusiones siguientes:

A.- En septiembre de 2016 la paciente empieza con síntomas dolorosos en talones, más en el pie izquierdo.

Dato importante es que se afecta primero y en mayor proporción el talón izquierdo cuando el lado afectado tras la cirugía es el derecho (ya que la afectación es del nervio obturador derecho, que inerva cadera y pierna derecha, hasta el muslo).

Otra particularidad importantísima es la zona anatómica afectada, tan lejana a la zona de inervación del nervio afectado. No tiene que ver con ello.

Otro dato elocuente es la separación en el tiempo entre ambas patologías, una empieza en julio-agosto de 2015, y en cambio el dolor en talón (que se diagnostica como fascitis plantar) acontece en septiembre de 2016, tras más de 1 año.

Sabemos que la fascia plantar es el tejido grueso en la planta del pie.

Este tejido conecta el calcáneo a los dedos y crea el arco del pie. Cuando este tejido se inflama o se hincha, se denomina fascitis plantar. Esto puede ser doloroso y hacer más difícil el hecho de caminar.

La paciente tiene una bóveda plantar elevada, tiene más arco que el habitual.

A su vez, por podoscopia se diagnostica pie varo (orientan la planta del pie hacia dentro, apoyando el borde externo y los últimos dedos, anular y meñique).

Se es más propenso a presentar fascitis plantar si: tiene problemas con el arco del pie (tanto pie plano como arco plantar alto), corre largas distancias, cuesta abajo o sobre superficies desiguales, es obeso o aumenta de peso de manera repentina, tiene el tendón de Aquiles (el tendón que conecta los músculos de la pantorrilla al talón) tenso, usa zapatos con soporte de arco deficiente o suelas blandas, con frecuencia, se pensaba que la fascitis plantar era causada por un espolón en el talón, sin embargo, las investigaciones han determinado que esto no es así, el síntoma más común es el dolor y rigidez en la parte inferior del talón.

Repetimos que el hecho de sugerir la relación de la fascitis plantar bilateral, con la afectación del nervio obturador, no parece correcto, al menos no es demostrable. La fascitis plantar tiene una alta prevalencia en la población general y las causas de la misma están localizadas en el tobillo-talón, anatomía del pie, etc.

En este caso, objeto de la presente reclamación, hay alteraciones en la anatomía del pie.

La relación de este problema con la cirugía no se demuestra, esta patología no se puede achacar a la afectación del nervio obturador como se refiere en la reclamación, primero porque el nervio dañado no inerva dicha zona de talón-pie,

igualmente la separación en el tiempo, tras la cirugía, en la aparición de los síntomas de la fascitis, y que entre las posibles causas de las fascitis plantar no cursa la patología del nervio obturador.

Referir que la cirugía efectuada en julio de 2015 era necesaria e imprescindible para evitar evolución del carcinoma de cuello que afectaba a la paciente.

B. Destacar que la reclamación presentada por la paciente (...) es efectuada el 1 de diciembre de 2017.

La fascitis plantar es diagnosticada, finalmente sin dudas, el 4 de noviembre de 2016 (aunque se planteó existente desde septiembre de 2016 y esta patología se diagnostica básicamente por la clínica).

Finalmente tras descartar espolón calcáneo en Radiografía como causa del dolor en talón, remiten a fisioterapia.

Estos datos llevan a concluir en la posible prescripción de este problema.

Según la paciente refiere en historial clínico, siguió teniendo la clínica de talalgia desde que se diagnosticó, no mejoró.

C.- En conclusión no se demuestra exista relación causal entre la fascitis plantar y la cirugía origen de la lesión del nervio obturador derecho.

Con respecto al tratamiento, diagnóstico y seguimiento de dicha patología no valoramos merma en su ejecución, en todo momento adecuado al caso clínico.

6. Posteriormente, la interesada presenta informe pericial ante lo que se solicita nuevo Informe del SIP, que reza:

Los informes presentados por la Sra. reclamante están dirigidos a contemplar la no prescripción de la reclamación efectuada, en lo que respecta a la lesión del nervio obturador, lesión postquirúrgica.

En noviembre de 2015 (tras cirugía efectuada el 20 de julio de 2015), tras clínica presentada por la paciente, se realiza electromiograma, en éste se diagnostica lesión severa del nervio obturador derecho con signos de actividad aguda degenerativa (...).

El 19 de enero de 2016 es valorado dicho ENG en consulta de Ginecología y anotado en historial clínico.

Igualmente es citado dicho resultado en febrero de 2016 en consulta hospitalaria médica y lo mismo en consulta de Rehabilitación hospitalaria en abril de 2016.

El resultado del EMG ya era conocido por la paciente en 2016.

El 27 de julio de 2016 consulta médica del Servicio de Rehabilitación hospitalario *«la paciente refiere estar igual, no tiene fuerza en esa pierna (...) no dolor constante, dolor cólico a modo de tensión/calambre (...) explico a la paciente que lo que refiere son las secuelas de la lesión neurológica (...) juicio diagnóstico de lesión postquirúrgica del obturador derecho, pautan fisioterapia»*.

Ha pasado 1 año desde la lesión.

El 6 de agosto de 2016 es dada de alta en el Servicio de Rehabilitación de Centro Concertado por: *«mejoría del cuadro, habiéndose obtenido los objetivos del tratamiento dentro de su patología»*.

El 22 de septiembre de 2016 en consulta médica de Rehabilitación hospitalaria observan la mejoría, la estabilidad y los déficits que padece al ser dada de alta por el médico del centro concertado.

La paciente refiere estar igual a pesar de la fisioterapia, desde enero renovada varias veces (...) la pierna derecha casi igual solo un poco más de fuerza (...).

De aquí en adelante el Servicio de Rehabilitación hospitalaria estudia y realiza rehabilitación de la fascitis plantar diagnosticada en 2016.

Posteriormente y ya en 2017-2018 también tratan patología cadera derecha en Rehabilitación hospitalaria, tuvo algunas caídas, pero el cuadro de base de la patología sigue, dolor y pérdida de fuerza en pierna derecha.

Nuestra conclusión es que en julio de 2016 el médico Rehabilitador ya le había comunicado que: *«explica que padecía una secuela postquirúrgica neurológica»*.

Esta puede ser la fecha médica de la prescripción de la reclamación que podemos aportar. Se tiene conocimiento del daño.

Posteriormente, lo añadido en julio se corrobora en el Servicio de Rehabilitación de centro concertado el 6 de agosto de 2016 donde fue dada de alta: *«Habiéndose conseguido los objetivos del tratamiento dentro de su patología»*.

Esta también es otra fecha importante para valorar la prescripción.

La paciente llevaba meses en Rehabilitación.

La paciente sabe los problemas derivados de tal patología desde hace meses.

Nos quedamos con la fecha del 27 de julio de 2016 para valorar prescripción de la reclamación efectuada.

Referir que los daños permanentes son aquellos irreversibles e incurables (el daño en el nervio obturador derecho) aunque no intratables cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución.

Ello no implica que no puedan recibir tratamientos, aunque el daño ya se haya manifestado.

7. En el trámite de vista y audiencia del expediente la interesada insiste en que su derecho no ha prescrito y en que sus lesiones son consecuencia de la intervención sufrida en julio de 2015.

8. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, en relación a la lesión severa del nervio obturador y a la alteración miccionar, porque entiende prescrita la acción al haber presentado la reclamación pasado el año desde la determinación de las secuelas, mientras que en relación a la fascitis plantar, pese a que el SIP también entiende que está prescrita la acción, se desestima porque no se demuestra que exista de relación causal con la cirugía origen de la lesión del nervio obturador derecho.

Como venimos afirmando en relación con la prescripción este Organismo, entre otros, en el Dictamen 62/2021, de 18 de febrero señalaba:

« (...) Al respecto, se hace preciso recordar que la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso lo siguiente:

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

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

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

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

Previamente, entre otros en el Dictamen 425/2000, de 20 de octubre, con aplicación de dicha doctrina, reseñábamos que:

«el momento de la determinación del daño es el dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la actio nata, es a partir de ese momento en que la determinación de las lesiones es posible.

Así las cosas, en línea con el criterio establecido por el Tribunal Supremo (por todas, en la STS 1845/2017, de 28 de noviembre de 2017, RC 2552/2015, entre las más recientes), cuando no hay curación, por el carácter permanente o irreversible de la enfermedad, hemos de estar a la «determinación del alcance las secuelas», que en este caso se conocen desde el momento en que se dicta el informe médico, el 29 de diciembre de 2017, tras el alta hospitalaria, momento a partir del cual la interesada pudo reclamar porque ya conoce todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción.

3. Que la interesada haya estado en tratamiento rehabilitador no enerva la conclusión anterior.

Como ha venido manifestando reiteradamente este Consejo Consultivo (por todos, el Dictamen n.º 159/2019, de 9 de mayo), el dies a quo del cómputo del plazo de prescripción comienza a partir del momento en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, considerando que los tratamientos médicos posteriores no interfieren en ese cómputo, entre ellos, los tratamientos rehabilitadores y paliativos y las revisiones o

controles médicos, como es el caso. Nuestra doctrina no es a la postre sino reflejo de la que a su vez tiene consolidada la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Lo mismo así que la resolución antes mencionada (STS de 28 de noviembre de 2017), con anterioridad a ella, cabe citar igualmente la STS 26 de febrero de 2013, RC 367/2011, afirma 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, como ocurrió en el caso enjuiciado”.

De la doctrina así establecida, asimismo, se hacen eco los Tribunales Superiores de Justicia (por ejemplo, la STSJ de las Islas Baleares 429/2018, de 12 de septiembre de 2018).

Afirmada del modo expuesto la regla general, cabe que la estabilización suficiente y definitiva de las secuelas requiera en ocasiones el inicio de un tratamiento rehabilitador; siempre con carácter excepcional; pero es que, además, tampoco puede dejar de pasarse por alto que, en este caso, dicho tratamiento se inició el 15 de marzo de 2018 y la paciente fue dada de alta en rehabilitación por mejoría en la sintomatología el siguiente 28 de mayo de 2018.

Así que, en el más favorable de los casos, tomando como referencia esta última fecha, habría que concluir igualmente, habiéndose presentado la reclamación el 28 de agosto de 2019, que la reclamación es extemporánea.

Lo que no cabe es tratar de alargar sucesiva y reiteradamente el plazo legalmente establecido para reclamar (a partir del día en que pudo haber sido ejercitada: doctrina de la “actio nata”); por ejemplo, en cada ocasión en que venga a iniciarse un nuevo tratamiento rehabilitador a los fines expresados por la sentencia trascrita, ya que, de este modo, llegado el caso, el indicado plazo podría convertirse en un plazo abierto incluso de una forma indefinida».

De lo anterior se colige, pues, que el momento de la determinación del daño es el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la *actio nata*, es a partir de ese momento en que la determinación de las lesiones es posible. Cuando no hay curación, por el carácter permanente o irreversible de la enfermedad, hemos de estar a la «*determinación del alcance las secuelas*», que en este caso se conocen desde el momento en que se dicta el informe médico, el 29 de diciembre de 2017, tras el alta hospitalaria, momento a partir del cual la interesada pudo reclamar porque ya conoce todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción.

2. Que los interesados hayan estado en tratamiento rehabilitador no enerva la conclusión anterior.

Es pacífico, como hemos reiterado (ver también dictamen anterior) que el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción comienza a partir del momento en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, considerando que los tratamientos médicos posteriores no interfieren en ese cómputo, entre ellos, los tratamientos rehabilitadores y paliativos y las revisiones o controles médicos, como es el caso. Doctrina, como no puede ser de otra manera, reflejo de la que a su vez tiene consolidada la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de noviembre de 2017, a la que se refieren los Dictámenes mencionados anteriormente, se afirma, según se ha señalado, 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, como ocurrió en el caso enjuiciado»*, lo que es plenamente aplicable en el supuesto que se analiza.

3. En el presente caso, hemos de pronunciarnos sobre las tres lesiones reclamadas por la interesada: lesión severa del nervio obturador, alteración de la micción y fascitis plantar.

- Con respecto a la lesión severa del nervio obturador, está acreditado en la documentación obrante en el expediente que es un daño permanente por ser irreversible e incurable, aunque no intratable, y cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución.

Ello no implica que no puedan recibir tratamientos, aunque el daño ya se haya manifestado.

Por esta lesión se interviene a la interesada el 20 de julio de 2015 de Histerectomía y doble salpinguectomía. El 17 de noviembre de 2015, se realiza estudio neurofisiológico que arroja como resultado lesión severa del nervio obturador derecho con signos de actividad denervativa aguda y lesión parcial neurógena de ramas del psoas. El Facultativo Especialista en rehabilitación, emite informe con fecha 27 de diciembre de 2017, y expone que la paciente fue valorada con fecha 18 de enero de 2016, tras ser remitida desde Ginecología por secuelas sensitivas y

motoras en MID, debidas a lesión en nervio obturador. Refería cojera a la marcha, e incontinencia vesical de urgencia.

Al menos desde el 22 de enero de 2016, ya se conoce la secuela consistente en lesión del nervio obturador, tal y como consta en documentación clínica aportada por la propia reclamante, donde se recoge: « (...) *con secuelas neurológicas motoras y sensitivas en MID sugestiva de lesión del nervio obturador*».

Posteriormente, esta secuela se va repitiendo en cada visita médica, con la misma definición de la misma. Se deriva a la Unidad de suelo pélvico, donde diagnostican incontinencia de esfuerzo por lesión en nervio obturador derecho.

Con fecha 23 de junio de 2016, el Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del HUNSC emite informe en el que también se recoge esta secuela: «*Tras estudio neurofisiológico se llega al diagnóstico de lesión severa del nervio obturador derecho, con signos de actividad degenerativa + lesión parcial neurógena de la rama derecha del psoas derecho*».

En definitiva, la reclamante era conocedora desde el 17 de noviembre de 2015 de la lesión del nervio obturador, lesión que se registra con la misma descripción en la HC durante el transcurso del año 2016.

No obstante lo anterior, como hace la Propuesta de Resolución, la fecha más favorecedora para la propia reclamante para la determinación de la secuela consistente en lesión del nervio obturador es el 23 de junio de 2016, cuando es expuesta por el Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del HUNSC.

Presentada la reclamación el 1 de diciembre de 2017, es evidente que es extemporánea.

- Con respecto a la secuela consistente en la alteración de la micción, ya con fecha 7 de abril de 2016 se recoge en su HC «*Incontinencia de urgencia, posible residuo vesical según refiere*». En informe de 13 de junio de 2016 del jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia del HUNSC consta como secuelas: atonía vesical con reflujo disminuido secundaria a lesión nerviosa. Se encuentra en Fisioterapia de Suelo Pélvico, lo que denota que ya conocía el alcance de la secuela.

Se realiza ecografía el 30 de noviembre de 2016, la cual da como resultado «*vejiga bien replecionada, sin engrosamiento mural ni otras alteraciones, con residuo postmiccional de 36 cc*». Esto es, disfunción de vaciado con disminución de sensibilidad vesical y presencia de residuo vesical.

Por tanto, en el mejor de los casos, es en esta fecha de 30 de noviembre de 2016 cuando es concedora de la secuela reclamada consistente en disfunción vesical. Habiéndose presentado la reclamación, el 1 de diciembre de 2017, también fue presentado fuera del plazo de un año establecido, que se ha computar de fecha a fecha, de acuerdo con los arts. 30 LPACAP y 5 del Código Civil.

- Por lo que se refiere a la fascitis plantar, no es hasta el 22 de septiembre de 2016 y en los controles realizados por médico del Servicio de Rehabilitación cuando la paciente refiere otra patología distinta a la ya conocida tras la intervención quirúrgica, otro lugar con patología osteomuscular.

Es en esa fecha cuando aparece referencia a talalgia, dolor en ambos talones sobre todo el izquierdo, contralateral a la zona afecta.

Para descartar espolón o fascitis plantar (el diagnóstico de la fascitis plantar es básicamente clínico), se solicita Rx del pie porque pudiera haber en ocasiones, un espolón en el hueso que la produzca.

El SIP afirma que la fascitis plantar es diagnosticada, finalmente sin dudas, el 4 de noviembre de 2016 (aunque se planteó existente desde septiembre de 2016 y esta patología se diagnostica básicamente por la clínica). Se remite a fisioterapia el 30 de noviembre de 2016. Es valorada, seguida y estudiada por el servicio de rehabilitación hospitalario, donde apenas sufre cambios con el tratamiento.

En consecuencia, determinadas el alcance de las secuelas el día 4 de noviembre de 2016, la reclamación presentada el 1 de diciembre de 2017 también es extemporánea.

4. En definitiva, la reclamación presentada por la interesada por las tres lesiones y secuelas que refiere sufridas a raíz de la intervención quirúrgica consecuencia de la patología tumoral del cuello uterino (lesión severa del nervio obturador, alteración miccional y fascitis plantar), ha sido presentada transcurrido el año previsto en el art. 67.1 LPACAP, por lo que la Propuesta de Resolución debe limitarse a constatar la prescripción, sin necesidad de entrar en el fondo de la cuestión planteada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, puesto que constatada la prescripción del derecho a reclamar, debe limitarse a declararla, sin entrar a analizar el fondo del asunto.