Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de junio de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 229/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera 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 4 de octubre de 2022 a instancia de (...) por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización superior a los 6.000 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 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: Sr. Fajardo Spínola.**

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.

3.1. El reclamante ostenta la condición de interesado, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimado activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados.

3.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. Se ha sobrepasado 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 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. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión del parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. En escrito inicial de reclamación se exponen, entre otros, los siguientes hechos:

Que *«se ha producido una deficiente asistencia sanitaria por parte del Servicio Canario de la Salud, relacionada con las diversas cirugías que se le han realizado a consecuencia de*

un adenocarcinoma de recto diagnosticado en 2011, o más concretamente con el tratamiento de complicaciones postoperatorias surgidas y la presencia de cuerpo extraño en la cicatriz que le ocasiona muchísimo dolor desde hace años, y para el que no se plantea solución alguna más allá de la unidad de dolor».

Señala el reclamante que a lo largo de las asistencias posteriores ha manifestado «*dolor en la zona de la ileostomía*» y que en 2014 el Servicio de Medicina Interna del Hospital Insular en su informe hace constar el resultado de una prueba de resonancia magnética de tubo digestivo que muestra la existencia de «*un artefacto metálico cutáneo en región mesogástrica*».

Añade que persistiendo el dolor constante, en 2015 solicitó cambio de centro al Hospital Dr. Negrín, y que no es hasta el verano de 2018 cuando le remiten al Hospital (...) para la realización de una cirugía ambulatoria para extracción de cuerpo extraño. Al realizar dicha cirugía se le indicó que para retirarlo todo haría falta una intervención tan compleja que no podría realizarse allí. La extracción parcial le alivió temporalmente; pero que al poco tiempo le volvió a molestar.

También indica que en 2019 fue incluido en lista de espera para cirugía ambulatoria para extracción de «*cuerpo extraño cicatriz colostomía*», y que ésta nunca se le ha realizado.

Asimismo, que en el año 2021, en el mes de abril, fue sometido a la amputación supracondilar del miembro inferior izquierdo. En mayo fue derivado al Hospital (...), donde estuvo ingresado 5 meses, habiéndole realizado diversas cirugías, señalando que en el informe de alta de ese hospital consta « (...) *cuerpo extraño en sutura*» y en una de las cirugías consta la «*retirada cuerpo extraño sutura de ileostomía*». Refiere que la extracción parcial le alivió pero solo temporalmente: el problema no ha desaparecido, pues al quedar parte de material por retirar el dolor persiste.

Recuerda que *« (...) lleva desde el 2012 solicitando una solución al dolor que sufre en la cicatriz, tanto en el Hospital Insular como en el Dr. Negrín, dolor que le produce un cuerpo extraño, probablemente una sutura metálica en la cicatriz de la ileostomía" . Refiere que le causa sufrimiento constante, y ya no es sólo eso, sino "las posibles complicaciones como infecciones sobreagregadas y las fístulas o úlceras recidivantes que pueden desarrollarse acompañando al dolor local».*

2. Admitida la reclamación, por el Servicio de Inspección y Prestaciones se informa lo que sigue:

«- El paciente con fecha de nacimiento 15/02/1955, cuenta en su historia clínica con antecedentes de tabaquismo -fumador de 1- 1/2- 2 cajetillas diarias desde hace más de 35 años (descrito en consulta de oncología médica de fecha 31/03/11), ulcus (úlcera) gástrico, enfermedad renal crónica de origen vascular, síndrome de isquemia crónica grado IV de miembros inferiores, por lo que ha precisado tratamiento revascularizador con stent en arterias iliacas en 2019 y amputación de miembro inferior izquierdo en 2021, ulcus duodenal sangrante que precisó tratamiento endoscópico en 2021.

- En fecha 03/02/2011 (55 años de edad), previa firma de consentimiento informado, es intervenido con carácter urgente de una neoplasia de recto, perforada y abscesificada, con peritonitis y afectación retroperitoneal. Se realiza apertura por planos. Decolación de colon izquierdo y sigma. Liberación de recto con electrobisturí y ligasure. Se drena absceso conteniendo material de aspecto fecaloideo. Se le realiza sección de recto con roticulator 5 mm. Ampliación de márgenes distales. Se dan puntos de refuerzo en muñón distal con seda. Hemostasia y lavados. Colostomía en fosa iliaca izquierda (FII).

Se realiza cierre por planos con PDS 1 (sutura quirúrgica estéril absorbible sintética) y piel con grapas. Se realiza profilaxis antibiótica. El procedimiento quirúrgico descrito en la hoja quirúrgica es de Resección anterior + colostomía terminal en FII (Operación de Hartmann).

- Se realizó operación de Hartmann (esto es resección anterior de recto, dejando el recto remanente cerrado, ciego y sin tránsito digestivo, y haciendo una colostomía terminal en la fosa ilíaca izquierda para la defecación). Su situación era grave, pero con la cirugía y los cuidados posteriores salió adelante.

- En evolutivo de Cirugía de fecha 12/02/2011 hay referencias a la actitud del paciente "paciente muy problemático a la hora de aconsejarle su tratamiento. Está convencido de que la medicación intravenosa que recibe es la causante de su distensión abdominal, por lo que se niega a ponérsela (...) a su vez no quiere medicación para el dolor, ya que dice no tenerlo". Se le explican las posible consecuencias de no aceptar la administración del tratamiento. El paciente refiere entender los riesgos asumir las posibles consecuencias.

- Tras recibir, los tratamientos, cuidados y pruebas diagnósticas (TAC de fecha 08/02/11 donde se describen cambios inflamatorios postcirugía, sin colecciones, es decir, cambios habituales tras cirugía) requeridas, su evolución fue favorable, recibiendo el alta hospitalaria el 14/02/2011, con las recomendaciones sobre cuidados, curas y controles a seguir.

- Tras los estudios de Anatomía Patológica, se trata de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto pT3 Nx MO, por lo que recibe tras la cirugía tratamiento con poliquimioterapia adyuvante + radioterapia (finalizada en junio/2011).

- En consulta de Oncología de fecha 26/04/11, queda descrito el paciente está asintomático.

- En TAC de Tórax y Abdomen de control de fecha 03/05/11, que se compara con el realizado en febrero/2011 se identifican alteraciones postquirúrgicas secundarias a la cirugía colónica (alteraciones propias de la intervención realizada), con colostomía en la pared abdominal anterior y bolsón rectal que no se asocia a signos de complicación, es decir, no hay signos de complicaciones.

- En revisión por Cirugía de fecha 20/10/11, se describe se encuentra bien. Se incluye en lista de espera para reconstrucción del tránsito intestinal.

- En fecha 28/02/2012, acude al servicio de urgencias del CHUIMI, por dolor abdominal continuo en mesogastrio, acompañado de náuseas, vómitos alimenticios y diarreas sin productos patológicos de horas de evolución. Tras pruebas radiológicas y valoración presenta un abdomen agudo quirúrgico, su situación es de extrema gravedad, por lo que tras explicar esta situación, además de las complicaciones inherentes a la intervención quirúrgica de urgencias, el paciente firma el consentimiento informado. El diagnóstico es oclusión intestinal por peritonitis plástica, con sufrimiento e isquemia de asas intestinales, con líquido de sufrimiento intestinal en toda la cavidad. Durante el procedimiento quirúrgico se realiza laparotomía media supra e infraumbilical (cirugía abierta abdominal mediante incisión media incluyendo la zona del ombligo: mesogastrio, y por encima y por debajo del mismo), realizándose liberación muy dificultosa de adherencias, resección ileosecal, sin anastomosis, e ileostomía terminal de Brook en flanco derecho (en fosa iliaca derecha). En la cirugía se utilizaron puntos de seda, safyl, PDS loop y también para el cierre abdominal, como es habitual en este tipo de cirugías, se utilizó suturas mecánicas para piel cuyas grapas son metálicas.*

*- *Una ileostomía es una abertura en la pared abdominal realizada mediante cirugía: el extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma (abertura artificial para derivar la salida de heces al exterior).*

- Esta vez, su situación era grave, pero con la cirugía y los cuidados posteriores salió adelante. Ahora tenía también una ileostomía de alto débito (hay un incremento de las pérdidas -abundante líquido o diarreas, favorecida por la poca adaptación intestinal (ello sucede en los primeros meses, pudiendo prolongarse durante años). Este débito excesivo por la ostomía puede conllevar a problemas hidroelectrolíticos (deshidratación) y nutricionales (desnutrición), que implican que el paciente debe seguir una serie de recomendaciones dietético-nutricionales. Recomendaciones antes las que ponía dificultades según consta a lo largo de los evolutivos de Endocrinología: 26/03/12 "ayer se negó a que se le administrara nutrición parenteral ya preparada y sueroterapia". En fecha 02/04/12 "en general presenta

mala actitud y disposición, negándose a realizarse según que tipo de tratamientos o procedimientos".

- Tras recibir, los tratamientos, cuidados, soportes nutricionales, pruebas diagnósticas requeridas, su evolución fue lenta pero satisfactoria, y teniendo una ingesta oral adecuada y pérdidas aceptables por ileostomía, con tratamiento y modificaciones terapéuticas de la dieta recibió el alta hospitalaria el 04/04/2012, con las recomendaciones sobre cuidados, curas, tratamiento, soporte nutriciones, y controles a seguir.

- Ya no solo se trataba de una cirugía abdominal, con intervención sobre asas intestinales y derivación del tránsito intestinal (colostomía en fosa iliaca izquierda ahora sin función), sino que había una segunda operación (con ileostomía en fosa iliaca derecha), ambas en situación de extrema gravedad. Ahora el paciente había precisado de otra derivación intestinal, de la cual había de recuperarse para una posible cirugía posterior de reconstrucción del tránsito intestinal.

- Cinco días después del alta hospitalaria, acude a control por parte de Endocrinología y Nutrición. Se describe el paciente ha tenido dieta oral bien tolerada con adecuado apetito, y débito por ileostomía de unos 600 ml (entre 500 y 1000 ml/día se considera normal). Sin embargo se objetiva pérdida de 3 kg de peso y parámetros de deshidratación en analítica de control. Por ello, es ingresado del 10 al 26/04/2012, a cargo de dicho servicio para reintroducir soporte nutricional e hidratación parenteral complementaria. Durante su ingreso queda descrita en evolutivos la actitud del paciente ante las recomendaciones nutricionales: en fecha 20/04/12 "sigue disgustado por la dieta hospitalaria (a pesar de que solo tiene un diente pide dieta normal), motivo por el pide el alta". Al alta tiene las recomendaciones dietético-nutricionales, y sobre tratamiento y controles.

- Controles que ha seguido a lo largo de su evolución por Cirugía, Oncología, Endocrinología y Nutrición y por las especialidades que ha precisado. En TAC de control de fecha 05/06/13, en la valoración de asas intestinales, se visualizan cambios postquirúrgicos con ostomías en ambas paredes abdominales anteriores. No queda descrito ninguna complicación. Se señala la presencia de imagen densa a nivel del ángulo hepático del colon probablemente postquirúrgica. No se aprecian signos de afectación metastásica de su enfermedad de base. En ninguno de sus ingresos o controles se ha considerado exista recidiva o metástasis.

- En fecha 13/08/13, ingresa a cargo de Oncología, refiere dolor en zona de la ileostomía (se describe peor tolerancia y pendiente de reconstrucción del tránsito) y diarreas crónicas (niega empeoramiento). Valorado por Cirugía, en la exploración el abdomen se aprecia blando y depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. Fístula mucosa sin débito en flanco izquierdo (colostomía sin función). Ileostomía en flanco derecho, normofuncionante, mucosa con buen aspecto, no sangrante, levemente irritada en el borde inferior, no fuga, no invaginada. Ileostomía no patológica en este momento, por lo que no

tiene indicación de cirugía urgente, recomendándose controles en consultas externas de Cirugía. Dado diarreas crónicas y signos de deshidratación se hidrata vía parenteral y enteral con mejoría progresiva de la función renal, siendo alta con dolor controlado con primer escalón de analgesia (paracetamol), sin otras complicaciones, e indicándose debe llevar una correcta higiene nutricional e hidratación suficiente, según informe de Oncología de fecha 16/08/13.

- Posteriormente sigue controles en consultas de Nutrición, Cirugía y Oncología Médica.

- Del 18 al 24 de octubre/2013, es ingresado el paciente, sin signos de recidiva tumoral, a cargo del Servicio de Oncología, por alteraciones en la función renal en analítica de control regular, tiene diarreas crónicas y había tenido algún vómito. En la exploración por Cirugía del abdomen, no presenta nada fuera de lo esperable, consta la ileostomía es normofuncionante y no es patológica. El paciente presenta insuficiencia renal prerrenal (es decir funcional, volviendo a la normalidad en cuanto el paciente es rehidratado), secundaria a diarreas crónicas, por mala absorción intestinal. Ingresa para rehidratación con evolución favorable y recomendaciones al alta sobre la dieta e hidratación, así como tratamiento. Se realiza trámite para preoperatorio de reconstrucción del tránsito intestinal a través del Servicio de Cirugía. Continúa con su seguimiento a través de Oncología, Nutrición y Cirugía. Se siguen realizando controles y pruebas diagnósticas.

- En informe de Oncología de fecha 14/11/13, se describe el paciente refiere discreto dolor en la zona de la ileostomía (la zona de la segunda cirugía), similar al que presenta desde hace tiempo. Deposiciones líquidas abundantes sin cambio respecto a previas. Ingresa por diarreas crónicas y afectación renal (por deshidratación debido a las diarreas). Se realiza hidratación intensa, con su recuperación renal. En fecha 18/11/19/13 en evolutivo de Endocrinología se describe que el paciente no cumple el tratamiento pautado, sólo acepta el parche de fentanilo. El 19/11/13, en evolutivo de Endocrinología queda descrito que el paciente se niega a recibir los suplementos de nutrición porque él cree que eso le aumenta el débito por la ileostomía, siendo imposible razonar con él. Se inician los estudios preoperatorios. Se traslada a planta de Cirugía, siendo alta el 04/12/13 (consta durante el ingreso no ha querido tomar los suplementos de nutrición), con buen estado general para continuar con los estudios preoperatorios de forma ambulatoria para cirugía próxima, por decisión del paciente.

- En fecha 17/12/13, ingresa a cargo del Servicio de Cirugía para valoración de reconstrucción del tránsito intestinal. Se tiene en cuenta el TAC de control de fecha 05/06/13 (Hospital (...)), sin signos de afectación metastásica, pero en colonoscopia de control anterior presentaba estenosis que no se pudo franquear, cambiándose a gastroscopio (sonda más fina), pudiéndose valorar unos 20 cm de mucosa colónica, siendo imposible a este nivel la progresión por atrapamiento/estenosis, por lo cual no se llegó a completar el

estudio, no pudiendo realizarse dicha reconstrucción, por lo se requieren nuevos estudios previos a considerar la reconstrucción (nueva colostomía, TAC).

- Ingresa a cargo de Endocrinología del 26 al 31/12/2013, para reposición hidroelectrólica dado las diarreas habituales a lo que se había añadido vómitos tras ingesta "de algo que le sentó mal". Se le realizan en fecha 30/12/13, nueva endoscopia alta y baja - colonoscopia (para valoración previa a la nueva valoración de reconstrucción) en la que se aprecia estenosis fibrótica circunferencial a 8-10 cm de la colostomía, diagnóstico de estenosis fibrótica infranqueable de colon (consta en el informe de alta). Al día siguiente se le realiza TAC (previa a la valoración de reconstrucción), en el que se aprecia una posible perforación intestinal, ante lo que se le plantea al paciente la posibilidad de una cirugía de urgencias, ante empeoramiento, ante lo cual se niega al tratamiento quirúrgico ofrecido, además el día 01/01/2014, pide el alta voluntaria y se marcha. Al alta tiene cita con controles analíticos y también en consultas de Cirugía.

- En Urgencias hospitalarias de 11/01/2014, refiere molestias en zona de la ileostomía y calambres en manos y pies en relación con alteraciones hidroelectrolíticas. Ingresa a cargo de Medicina Interna.

- Durante su ingreso es valorado por Cirugía, describiéndose actualmente el paciente refiere buen control de los síntomas, tránsito y tolerancia. Tiene constantes vitales estables, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin datos de peritonismo, con ileostomía en fosa iliaca derecha con buen aspecto y funcionante. Colostomía en fosa iliaca izquierda con débito mucoso sucio. Se consideró en ese momento no presentaba patología quirúrgica urgente. Quedó solicitada Resonancia Magnética (enteroresonancia) del tubo digestivo y su seguimiento posterior a través de consultas de Cirugía.

- La valoración del estudio de Resonancia Magnética resultó muy limitada por la eliminación rápida del contraste oral a través de la ileostomía en relación con el alto débito, si bien dentro de lo valorable no se identificaron zonas de estenosis a nivel del intestino delgado. Se describe existencia de artefacto metálico cutáneo en región mesogástrica (no es la zona donde el paciente ha descrito sus molestias). En la zona de ileostomía (fosa iliaca derecha es la zona en la que el paciente ha referido las molestias) se describe orificio de ileostomía abocada a fosa iliaca derecha y orificio de colostomía a fosa iliaca izquierda en relación con los datos clínicos aportados. Correcta repleción por contraste oral de cavidad gástrica e intestino delgado dentro de lo valorable, con un tránsito rápido del mismo, observando abundante salida a bolsa durante la exploración.

Dentro de lo valorable dada la escasa cuantía de contraste oral en la zona distal del íleon, no se identifican claras zonas de estenosis, engrosamiento parietal, dilatación proximal ni ausencia de motilidad en la secuencia cine (se refieren al intestino delgado). Colon no replecionado por lo que no fue valorable (estudio del colon no fue valorable). Se identificó litiasis biliar sin signos de complicaciones.

- Su evolución fue favorable, normalizándose la situación tras reposición hidroelectrolítica, siendo alta el 17/01/14, con control programado en consultas de Cirugía.

- En consulta de Cirugía de fecha 21/01/14, en colonoscopia que se le había realizado se comprueba estenosis (impedimento mecánico fibrótico) a 8-10 cm de la colostomía, quedando informado al paciente que no es posible la reconstrucción ileoascendente dado el impedimento mecánico que no se puede franquear. Se le explica también que la opción de reconstrucción mediante anastomosis ileorectal puede tener complicaciones en el funcionamiento digestivo (diarrea, incontinencia), para lo que se niega. Tiene seguimiento por Consultas.

- El reclamante realiza consulta de segunda opinión al Servicio de Cirugía de (...) En la reclamación se hace alusión al TAC realizado en junio/2013, en el que no se evidenciaba afectación metastásica de su enfermedad si bien se apreciaba imagen densa a nivel del ángulo hepático del colon, imagen que se describe en informe de TAC de fecha 09/07/13, como una imagen nodular sin infiltración que más probablemente se corresponde con cambios postquirúrgicos. Es decir, estudio sin evidencia de metástasis, en paciente que se le estaba realizando seguimiento, tratamiento, pruebas diagnósticas en su hospital de referencia. En informe emitido por (...) en fecha 27/05/14, se le indican nuevas valoraciones por diferentes especialidades (que ya el paciente estaba teniendo en su hospital de referencia).

- Ingresa a cargo de Medicina Interna del 23 al 31/05/2014 por deshidratación severa en relación con cuadro de vómitos que se han sumado al cuadro de elevado débito intestinal ya presente por la ileostomía. Durante su estancia se hace alusión a la escasa adherencia al régimen terapéutico (bebe agua con gas, trae y come alimentos ajenos a la dieta pautada, según notas de enfermería de 26/05/14).

- La exploración física describe un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ileostomía en FID con elevado débito de contenido intestinal, sin signos de infección local ni de peritonismo. Tras reposición hidroelectrolítica su evolución es satisfactoria. Al alta el paciente se describe está asintomático. Durante su ingreso se le realizó valoración por Cirugía que tras comentar su caso en sesión clínica, le realizará seguimiento preferente por Consultas Externas.

- Posterior a ello, el paciente se desvincula del CHUIMI, no constan otras consultas o ingresos en dicho hospital. El paciente solicitó cambio para ser atendido en el Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrín (HUGCDN), donde fue atendido a partir de entonces.

- En fecha 13/06/2014, en consulta de Cirugía de HUGCDN, dado que el paciente desea se le reconstruya el tránsito intestinal, se le recalca su alto riesgo quirúrgico incluso de fallo de sutura, de acuerdo con su historial clínico anterior (pruebas que aporta). En esa consulta

se le solicitan pruebas diagnósticas y se solicita su seguimiento por Endrocrinología y Nutrición.

- En consulta de Cirugía de fecha 16/01/15, se le vuelve a decir claramente que tiene muy alto riesgo quirúrgico. Consta está mejor de los problemas malabsortivos.

- En fecha 26/01/15, se le intenta realizar enema opaco (estudio digestivo), pero no se puede realizar por intolerancia del paciente.

- En endoscopia digestiva baja (colonoscopia) de fecha 11/02/15, se aprecia a 10 cm de colostomía, estenosis concéntrica infranqueable, sugestiva de origen fibroso (antecedentes cáncer, cirugía, radioterapia, cicatrización (...)). Diagnóstico de estenosis colónica.

- En TAC de 05/05/15, a nivel abdominal se observa el reservorio de la colostomía derecha (ileostomía en la fosa iliaca derecha funcionante), sin otros hallazgos significativos relacionados con el proceso actual, es decir, sin signos de recidiva.

- En consulta de Cirugía de 19/06/15, la cirujana le insiste que bajo su punto de vista no es candidato a reconstrucción del tránsito.

- En Resonancia Megnética Nuclear (RMN) intestinal, realizada en fecha 10/05/16, se informó de ausencia de patología y litiasis vesicular.

- En fecha 19/05/16, en consulta de Cirugía, el paciente refiere dolor en la ileostomía constante e inaguantable. Se le explica al paciente los altos riesgos de la intervención pero el paciente insiste en operarse.

- En consulta de Cirugía de fecha 12/04/18, se le vuelve a comunicar al paciente de los riesgos que corre, de las posibilidades de fuga en las anastomosis y complicaciones graves con posibilidad de muerte. Durante 2017 vuelve a tener ingresos por deshidratación en relación con alto débito por la ileostomía (pérdida de líquidosdiarreas).

- Dado los reiterados ingresos por deshidratación secundaria a ileostomía y dado que el paciente desea y acepta operarse a pesar del alto riesgo, se decide la reconstrucción del tránsito intestinal, concretamente el tramo donde se situaba la ileostomía. El paciente seguiría haciendo sus deposiciones por la colostomía situada en la fosa iliaca izquierda de forma más fisiológica, pues las heces a ese nivel son más consistentes y no se perdería tanto líquido. Intervención que se le realizó en fecha 20/04/2018: en la intervención se cerró la ileostomía, se reconstruyó la colostomía tras resecar el segmento de colon estenosado y se extirpó la vesícula biliar por litiasis.

- Dado el dolor referido a la zona de la cicatriz de la ileostomía, en fecha 18/07/19, se le realiza intervención para retirada de granulomas a cuerpo extraño (Clínica (...) en concierto con el SCS). Posteriormente, se le retiraron algunos restos de granulomas, en la (...) (concierto con el SCS) donde estuvo ingresado varios meses por su problema vascular (ajeno al proceso por el que se reclama).

- A pesar de que en la historia clínica lo que se muestra es que el paciente se quejaba de, a veces molestias, a veces dolor en la zona de la ileostomía, curado de su proceso oncológico y cerrada la ileostomía (con aceptación del alto riesgo quirúrgico por su parte) siguió quejándose de dolor en fosa iliaca derecha, ahora en la zona de la cicatriz del cierre de la ileostomía. En consulta de Cirugía de fecha 05/03/20, refiere dolor a nivel de la cicatriz de cierre de la ileostomía. Se describe "paciente muy demandante y hablando en muy malas formas". Tiene un TAC de abdomen de diciembre de 2019 donde no se objetiva patología a ese nivel. Se remite a la Unidad del dolor donde dice no acudirá.

- A pesar de la cirugía de reconstrucción, según consulta de seguimiento por Nefrología el propio paciente refirió (23/04/20) tener abundante débito (ahora por la colostomía), es decir, el paciente tiene un problema de mala absorción (lo que conlleva alteraciones hidroelectrolíticas y desnutrición) en relación con su propia patología y las cirugías que han tenido que realizarse para salvar su vida. Se le ha recomendado la Unidad del dolor como único tratamiento posible ante la persistencia referida de dolor en la cicatriz quirúrgica, donde no hay datos en exploración física ni radiológica que justifiquen dicho dolor.

CONCLUSIONES

1.- En fecha 03/02/2011, es intervenido con carácter urgente de un proceso de extrema gravedad, se trataba de una neoplasia de recto, perforada y abscesificada, con peritonitis y afectación retroperitoneal. El procedimiento quirúrgico descrito en la hoja quirúrgica es de Resección anterior + colostomía terminal en FII (Operación de Hartmann). El paciente queda con una colostomía en fosa iliaca izquierda para la defecación.

2.- Previa realización de la intervención quirúrgica con carácter urgente de enfermedad para la cual no había otra alternativa de tratamiento eficaz, se informó al paciente de que aún no se disponía de un diagnóstico cierto ya que su estado no permitía esperar a la realización de otras pruebas, siendo posible modificaciones dentro del procedimiento según los hallazgos intraoperatorios. Si bien se trataba de una enfermedad grave que requería intervención urgente, al paciente le fue explicado los riesgos o complicaciones inherentes al procedimiento, los cuales podían afectar a todos los órganos y sistemas, así como también podían ocurrir infección/sangrado de la herida quirúrgica e intraabdominal (infección ya presente previo a la intervención dado que se demostró peritonitis), retención de orina, flebitis, dolor prolongado (crónico) en la zona de la operación, obstrucción intestinal, entre otras. Complicaciones que podían requerir de tratamientos médicos y de reintervenciones quirúrgicas y podían producir, incluso, la muerte. Es decir, el paciente conoció, entendió y asumió los riesgos o complicaciones de dicha intervención quirúrgica, lo cual queda probado con la firma del consentimiento informado.

3.- Su situación era grave, pero con la cirugía y los cuidados posteriores salió adelante. Dado diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto pT3 Nx MO,

recibe tras la cirugía tratamiento con poliquimioterapia adyuvante + radioterapia (finalizada en junio/2011).

4.- Dado evolución satisfactoria se planteó la reconstrucción del tránsito intestinal el 20/10/2011, pero poco después el 28/02/12, sufre un cuadro de oclusión intestinal por bridas. Se trataba de un cuadro grave cuyo único tratamiento eficaz era la cirugía de urgencia.

5.- La obstrucción (oclusión) intestinal postcirugía abdominal puede ocurrir en cualquier momento tras una cirugía abdominal (aun años después), y una de sus causas son las adherencias (bridas) que se forman por las cicatrices-fibrosis en el proceso de cicatrización, lo que hace que se pierda el patrón anatómico normal, lo que posibilita la obstrucción, isquemia e incluso perforación de las asas intestinales. No es que la cirugía esté mal realizada, sino es una complicación inherente a la misma, en lo que también influyen, entre otros factores, la propia patología, la radioterapia requerida y la propia predisposición individual. La obstrucción intestinal es una de las complicaciones que por frecuencia y gravedad está incluida en cualquier cirugía abdominal y también ello era conocido y asumido por el paciente, según consta en el consentimiento informado.

6.- Durante el procedimiento quirúrgico se realiza laparotomía media supra e infraumbilical, realizándose liberación muy dificultosa de adherencias, resección ileosecal, sin anastomosis, e ileostomía terminal de Brook. En la cirugía se utilizaron puntos de seda, safyl , PDS loop y también para el cierre abdominal, como es habitual en este tipo de cirugías se utilizó suturas mecánicas para piel cuyas grapas son metálicas. Tras esta cirugía el paciente queda con una ileostomía (una abertura para derivar las heces al exterior) en la fosa iliaca derecha (funcionante) y una fístula en la fosa iliaca izquierda (la antigua) colostomía (ahora no funcionante).*

7.- También, previo a esta cirugía de urgencias al paciente le fueron explicadas las complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico, las mismas que en el procedimiento anterior dado que de igual forma fue una cirugía de urgencias, entre las que destacamos el dolor prolongado en la zona de la operación. Es decir, el paciente conoció, entendió y asumió los riesgos o complicaciones de dicha intervención quirúrgica, lo cual queda probado con la firma del consentimiento informado.

8.- Esta vez, su situación había sido también de gravedad, pero con la cirugía y los cuidados posteriores salió adelante. Ahora tenía también una ileostomía de alto débito (hay un incremento de las pérdidas -abundante líquido o diarreas, favorecida por la poca adaptación intestinal (ello sucede en los primeros meses, pudiendo prolongarse durante años). Este débito excesivo por la ostomía puede conllevar a problemas hidroelectrolíticos (deshidratación) y nutricionales (desnutrición), que implican que el paciente debe seguir de forma adecuada una serie de recomendaciones relativo al tratamiento y dietético-nutricionales. Recomendaciones antes las que ponía dificultades según consta a lo largo de la

historia clínica y a los que he hecho referencia anteriormente "en general presenta mala actitud y disposición, negándose a realizarse según qué tipo de tratamientos o procedimientos" (...)

9.- En su larga evolución, se le hace seguimiento por todas las especialidades que precisa: Cirugía, Oncología, Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, entre otras; se ingresa y recibe los tratamiento adecuados cada vez que los necesita, siempre haciendo hincapié en los tratamientos y recomendaciones dietético-nutricionales que queda patente que muchas veces no sigue, lo que probablemente contribuía al alto débito de su ileostomía y a que necesitara ingresos para su rehidratación y nutrición.

También se le realizaron todas las pruebas diagnósticas necesarias, quedando de manifiesto que el paciente tenía una estenosis fibrótica en el colon a 8-10 cm de la colostomia, siéndole explicado que la alternativa quirúrgica también podía tener complicaciones en el funcionamiento digestivo (el paciente tenía un alto riesgo quirúrgico).

10.- De igual forma se hizo cuando prefirió seguir siendo atendido en el Hospital Universitario G.C Dr. Negrín, donde se le repitieron todos los estudios, que demostraban que el paciente estaba libre de recaída del cáncer, tras lo cual y dado los reiterados ingresos por deshidratación (si bien a priori estando el paciente más estable primó el alto riesgo quirúrgico con complicaciones fugas (...) incluso la muerte, que desaconsejaban la cirugía), se le recomendó la reconstrucción del tránsito intestinal, cerrando el tramo de la ileostomía y reconstruyendo la colostomía tras resecar el segmento estenosado para que de esa forma siguiera haciendo las deposiciones por la colostomía (la abertura en la fosa iliaca izquierda), donde las heces son más consistentes y no se perdería tanto líquido. Cirugía que le fue realizada el 20/04/2018.

11.- Independientemente de todas las cirugías, cuidados, tratamientos, pruebas diagnósticas, seguimientos adecuadamente realizados, el paciente centra su reclamación en el dolor (casi siempre recogido como molestias) en la zona de la ileostomía (en la zona de la fosa iliaca derecha), ahora ya cerrada, pero de igual forma sigue refiriendo dolor en dicha zona que relaciona sistemáticamente con la presencia de "cuerpo extraño o sutura metálica cutánea" , basándose en un informe de Resonancia Magnética realizado durante su ingreso (11-17/01/14) en el CHUIMI, donde se describía la existencia de artefacto metálico cutáneo en región mesogástrica. Es decir, simplemente se comunica tal como se aprecia en los informes de cirugía el hallazgo de esa sutura metálica, que además, la localizan perfectamente en mesogastrio (centro del abdomen donde está el ombligo, zona abarcada por la laparotomía de exploración que fue necesaria para resolver la oclusión intestinal), que no es la zona de la ileostomía, que durante todos los estudios está localizada en la fosa iliaca derecha (que en nada tiene que ver con el mesogastrio).

12.- Tal como consta en los informes de los Servicios de Cirugía, en prácticamente todos los pacientes que precisan de cirugía abdominal, en los que se haya tenido que resecar un órgano (apéndice, colon, recto, estómago (...)), se utiliza esta sutura metálica, que es inerte, compuesta por titanio, no interacciona con el organismo y es perfectamente tolerada en la inmensa mayoría de los pacientes sin que la misma cause dolor, si bien, de forma excepcional, pueden formarse granulomas en relación con las mismas, pero para que ello tuviera significado clínico, deberían aparecer en los estudios radiológicos como una masa (=granuloma) alrededor de la línea de sutura, circunstancia que no se aprecia en este paciente en todos los estudios radiológicos realizados.

13.- Por otro lado, dado la extrema delgadez del paciente, tal como se aprecia en el informe del Servicio de Cirugía del HUGCDN, si se palparon (tras tres cirugías) nódulos en la cicatriz de la ileostomía, por debajo de la piel, fácilmente palpables. Se trataba de "granulomas a cuerpo extraño" y se relacionan con "intolerancia a la sutura". Nódulos que pueden causar molestias y sensación desagradable al tacto pero no dolor intenso. El granuloma a cuerpo extraño es una reacción inflamatoria que provoca el organismo alrededor de los puntos internos de sutura (y ello es independiente del tipo de sutura). El organismo interpreta que la sutura es un material extraño a él y provoca una reacción inflamatoria (de ahí la denominación de "granuloma a cuerpo extraño") con intención de rechazarlos, siendo el grado de la respuesta inflamatoria muy variable en función del individuo. Tal como se recoge en el propio informe, habitualmente no tiene ninguna significación clínica más que alguna molestia y, en pacientes muy delgados (como este caso), la extraña sensación del propio paciente al palpárselos.

Ocasionalmente puede inducir supuración a nivel de algún punto de la cicatriz quirúrgica, algo que en este paciente nunca se ha constatado.

14.- Tal como se describe en dicho informe el paciente parece interpretar, a partir del vocablo "cuerpo extraño" que aparece en algunos informes, como algo que no se debió haber quedado ahí y que es la causa de su dolor. Por ello, se le propuso intervención quirúrgica, realizada en 18/07/19 (Clínica (...)), retirándose esos granulomas. A posteriori en (...) (estando hospitalizado por su enfermedad vascular ajeno a este proceso), también se le retiraron algunos restos de granulomas, pero a pesar de ello, continuó refiriendo dolor.

15.- En valoración realizada en consulta de Cirugía de fecha 19/07/21, dado su extrema desnutrición (delgadez), se le continuaba palpando la cicatriz y debajo de la misma, los puntos internos, pero en todos los estudios realizados (TAC abdominal) no se objetivó ningún tipo de patología, por lo que se remitió a la Unidad del Dolor, solución no aceptada por el paciente.

16.- Por tanto consideramos, que el dolor no es producido por un cuerpo extraño probablemente sutura metálica, como afirma el reclamante dado que, ni en la cicatriz de la ileostomía (ubicada en fosa iliaca derecha y no en mesogastrio) se ha detectado sutura

metálica alguna, ni tampoco se corresponde el aparente dolor tan intenso que refiere en la zona de la cicatriz de la ileostomía, con los hallazgos radiológicos (nunca se ha detectado patología -masa o cualquier otra alteración en los estudios radiológicos), ni los granulomas a cuerpo extraño provocan dolor, si acaso molestias, ni nada tiene que ver la aparición de sobreinfecciones o úlceras con dicho cuadro, que sí podría estar relacionado con el pobrísimo estado de circulación arterial del paciente, dado sus antecedentes de enfermedad vascular, ajeno a este proceso. Por otra parte, ninguna cirugía para extirpar dichos granulomas ha quitado el dolor que refiere, ni cualquier otra cirugía más compleja sobre dicha cicatriz (sin ninguna indicación según el propio informe de Cirugía y de la historia clínica) sobre la que se ha actuados en múltiples ocasiones, en su estado de desnutrición e insuficiencia arterial, considero lejos de aportarle beneficios, podría traerle más complicaciones y más dolor.

17.- Asimismo, tal como queda probado con la firma del consentimiento informado, de las cirugías que le salvaron la vida, el paciente conocía que en la zona intervenida podía quedar dolor crónico, algo que en su caso tras más de una cirugía de urgencia es un riesgo materializado. En estos casos el dolor puede ser de causa idiopática, secundario a las propia cicatrización, y en su caso también a su insuficiencia vascular arterial periférica grave.

18.- Las decisiones sobre cirugías se han visto limitadas por el altísimo riesgo quirúrgico del paciente. Ninguna de las cirugías realizadas, han quitado el dolor sobre la cicatriz de la ileostomía, que no tiene relación alguna con el supuesto cuerpo extraño metálico. Se han puesto a su disposición todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas, y el reflejo de ello es, que el paciente pese a las patologías graves que ha padecido y padece, sigue vivo, si bien tiene secuelas importantes que son independientes al dolor que refiere tener en la cicatriz.

19.- Emitimos informe desfavorable.

No obstante lo anterior, procedemos a efectuar cuantificación de la indemnización que pudiera corresponder a los reclamantes si en el curso del proceso Contencioso Administrativo así llegara a determinarse, conforme a RDL 8/2004, de 29 de octubre, BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004, páginas 36662 a 36695, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, y sus cuantías para el año 2011 (legislación vigente en el momento de los hechos, por lo que no es aplicable la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, utilizada por el reclamante).

Edad del reclamante: 55 años.

Año del que parte el hecho por el que se reclama: 2011.

En respuesta a Baremo realizado por el reclamante:

Lesiones permanentes-funcionales y su daño moral inherente (Secuelas): Tras la segunda cirugía que hubo de realizarse por oclusión e isquemia intestinal por bridas (complicación inherente a las cirugía de abdomen realizada por cáncer rectal, perforado y abscesificado,

con peritonitis y afectación retroperitoneal en 2011), se realizó ileostomía para derivación intestinal). El paciente comenzó a tener dolor en la zona de la ileostomía (sin que nunca se demostrara radiológicamente ninguna patología o alteración que produjera dicho dolor). El paciente recibió cuantos cuidados, tratamientos, pruebas diagnósticas, ingresos, seguimientos, precisó, pero la intervención en su situación y patologías concomitantes implicaban un alto riesgo y posibilidad de más complicaciones. Finalmente dado los continuos ingresos por deshidratación debido al alto débito de la ileostomía se decidió cerrar la ileostomía, y reconstruir la colostomía. El cierre de la ileostomía tampoco hizo que desapareciera el dolor referido a la zona, como tampoco lo hizo las cirugías posteriores para retirar granulomas a cuerpos extraños. El paciente luego de la complicación manifestada por oclusión e isquemia intestinal por adherencias, y de todos los tratamientos médicos y quirúrgicos queda con colostomía (40-50 puntos) Tabla III (2011) 50 x 1.761,84 = 88.092 €.

Se desconoce, si al reclamante le ha sido reconocida una incapacidad para su actividad laboral, ni en base a que patología, puesto que concomitantemente tiene patología vascular, por ejemplo, por lo que le han tenido que amputar un miembro inferior, úlceras, isquemia, infección, necrosis en zona sacra y miembros inferiores, etc; patologías ajenas a este proceso, que podrían ser subsidiarias de incapacidad. Se desconoce además, cuáles eran sus ingresos previos a la cirugía de 2011, que nos permita hacer otro tipo de valoraciones. Total: 88.092 €»

3. Admitida la reclamación, con fecha 04/07/2023 el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 1 de Las Palmas ante el que sustancia el Procedimiento Ordinario n.º 233/2023 contra la desestimación presunta, solicita el expediente administrativo.

4. En período probatorio, se acuerda incorporar la documental aportada y propuesta por los reclamantes, y la documental propuesta por la Administración consistente en los distintos informes que obran en el expediente y en la Historia Clínica del paciente.

5. Ultimada la instrucción del procedimiento se acordó el preceptivo trámite de audiencia al interesado quien no formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

6. Con esa misma fecha 7 de diciembre de 2023 se confirió el preceptivo trámite de Audiencia.

Por el reclamante fueron formuladas alegaciones con fecha 9 de enero de 2024 por las que se remite a los términos de la reclamación inicial y aduce respecto de los informes obrantes en el expediente que no son irrefutables, señalando su desacuerdo con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones e insistiendo en que las intervenciones de cirugía ambulatoria del 2018 en el Hospital (...) y en el 2021 en el Hospital (...) sí que le aliviaron el dolor aunque fuera un alivio momentáneo.

También en ambas ocasiones se le indicó que no había sido posible retirar todo el material quirúrgico (sutura metálica) y que para extraerlo todo requería una intervención más compleja, de ahí que el Dr. (…) en mayo de 2019 le incluyera por fin en lista de espera para cirugía ambulatoria para extracción de «*cuerpo extraño cicatriz colostomía*». Según el reclamante, nunca se le ha programado esa cirugía; por tanto, a su entender, sigue sin dársele una solución a su problema (más allá de la unidad del dolor).

Por ultimo alega que abierta la vía judicial se ha solicitado informe forense y reitera que como consecuencia de la mala praxis en las operaciones a las que fue sometido presenta cuerpo extraño en la cicatriz.

7. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

8. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por el interesado por haber prescrito su derecho a reclamar.

III

1. De acuerdo con lo establecido en el art. 67.1 LPACAP *«Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 las secuelas».*

En consecuencia, estimando la Propuesta de Resolución que el derecho ha prescrito, procede que por este Consejo se examine si la reclamación ha sido presentada en plazo, teniendo en cuenta, además, que el reclamante ha podido conocer y refuta la posible prescripción invocando la «*eficacia interruptiva de las diligencias preliminares interpuestas en fecha 18/07/22 a fin de obtener la historia clínica*».

2. Como hemos expuesto en otras ocasiones (Dictamen 515/2023, de 14 de diciembre, con cita en Dictamen 596/2021, de 16 de diciembre), es preciso recordar que el Tribunal Supremo, en la Sentencia 588/2018, de 11 de abril de 2018, dispuso lo siguiente:

« (…) A fin de contextualizar debidamente el debate suscitado sobre la prescripción de la acción, procede reseñar la doctrina jurisprudencial sobre la materia, tal y como recoge, por citar una de las más recientes, la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (Recurso n.º 2099/2013, Ponente (…),FJ 2º), en la que se expresa lo siguiente:

"Cuando la sentencia recurrida aborda la cuestión de la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial cita con acierto la consolidada y reiterada doctrina jurisprudencial sobre la aplicación del principio de la actio nata, a cuyo tenor, en lo que ahora interesa, el dies a quo del plazo prescriptorio ha de situarse en la fecha en que se ha determinado el alcance de las secuelas, como se sigue del artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, momento en el que se entiende que el afectado tiene pleno conocimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que pueden justificar una reclamación de esta naturaleza.

(…)

Lo relevante, con independencia de la terminología, es determinar el momento en el que las manifestaciones esenciales de la enfermedad y las secuelas que ésta indefectiblemente acarrea pueden reputarse como efectivamente constatadas, de modo que los afectados puedan ya ejercitar su derecho a reclamar al considerarse completados los elementos fácticos y jurídicos que permiten deducir la acción».

Asimismo, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, el Alto Tribunal señaló lo siguiente:

« (…) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 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 artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la "actio nata" recogido en el artículo 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)"».

Esta 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, -con independencia de

que se traten de daños permanentes o continuados- 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 del Tribunal Supremo de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, aun distinguiendo 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, 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.

3. En el presente caso, la Propuesta de Resolución afirma que *«la reclamación se centra en que el paciente padece dolor en la cicatriz de la intervención de ileostomía (2012), según entiende, por la existencia de cuerpo extraño de lo que tuvo conocimiento al menos desde el año 2014 en que se le realizó una resonancia magnética. Refiere así mismo que en 2019 fue incluido en lista de espera para cirugía ambulatoria para extracción de "cuerpo extraño cicatriz colostomía"»,* y que ésta nunca se le ha realizado. Así mismo, que en el año 2021 con ocasión de la realización de la amputación supracondrial de miembro inferior izquierdo a la que hubo de someterse se le retiró *«cuerpo extraño de sutura de ileostomía»*. Sin embargo refiere «*alivio momentáneo»* y que no se ha solucionado su problema.

Formulada pues la reclamación el 4 de octubre de 2022 resulta evidente que ha transcurrido el plazo de un año previsto en el citado art. 67 LPACAP antes transcrito.

A la vista de los informes obrantes en el expediente, la Propuesta de Resolución constata que el dolor por el que se reclama es un dolor crónico que el reclamante en su escrito data desde el año 2012. El dolor relacionado con la ileostomía a lo largo de la historia clínica aparece en distintos informes como por ejemplo los aportados por el reclamante: Informe del Servicio de Oncología del CHUIMI 16/08/2013 (Folios 39-40), Informe de Traslado al Servicio de Digestivo de 21/11/2013 (paciente refiere discreto dolor en la zona de la ileostomía), Informe de Urgencias del CHUIMI de 11/01/2014 (folios 45-46), Informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI de

11/01/2014, (...) molestias en región de ileostomía (folios 56-58); Informe radiológico del Hospital Universitario Dr. Negrín de 10/05/2016: Refiere dolores en fosa ilíaca derecha (...)

El reclamante atribuye el dolor que padece a la existencia de cuerpo extraño en la cicatriz y para ello señala el resultado de la RNM realizada en el año 2014 (aunque no se corresponde con la misma zona anatómica) y que se incluyó en lista de espera para su extracción el 23 de mayo de 2019.

En consecuencia, la Propuesta considera como fecha más favorable para el reclamante aquella en la que dice conocer el origen de ese dolor, mal atribuido a «*cuerpo extraño*» en la cicatriz, y la supuesta necesidad de ser reintervenido, fijándola el 23 de mayo de 2019 como día de inicio del cómputo de un año legalmente establecido. Presentada la reclamación el 4 de octubre de 2022 entiende extemporánea la acción, no procediendo por consiguiente entrar en el fondo del asunto.

Además, en relación con la alegada eficacia interruptiva de las diligencias preliminares para solicitar la Historia Clínica que dice haber solicitado el 18 de julio del 2022 se ha pronunciado el Tribunal Supremo en Sentencia n.º 894/2022 de 30 de junio de 2022 (TS 2722/2022 -ECLI:ES:TS:2022:2722), recaída en recurso de casación para unificación de doctrina señalando que:

(...)

«la interposición de una diligencia preliminar para la obtención de la historia clínica no constituye una acción idónea a los efectos de interrumpir el plazo de prescripción de un año para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por daños derivados de la actuación sanitaria.

(II) la presentación de un escrito limitado a comunicar la intención de interrumpir la prescripción mediante su presentación al amparo del artículo 1973 del Código Civil no puede determinar dicha interrupción en el ámbito del responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por daños derivados de la asistencia sanitaria, al no ser acción idónea para ello».

(...)

4. Este Consejo no puede sino coincidir con la Propuesta de Resolución en que, de acuerdo con lo anterior, el derecho a reclamar del interesado ha prescrito.

En efecto, está acreditado que el reclamante, considerándola como la fecha más favorable, conocía el alcance y extensión de los dolores por los que reclama desde

que conoció que se le había incluido en la lista de espera para cirugía ambulatoria para extracción de «*cuerpo extraño cicatriz colostomía*» (el 23 de mayo de 2019), puesto que creía que le iba a resolver los problemas derivados del dolor crónico. En ese momento tiene cabal conocimiento del daño y, en consecuencia, puede ejercer su derecho a reclamar.

Por tanto, habiendo presentado la reclamación con fecha el 4 de octubre de 2022, la acción ejercitada es extemporánea al haberse superado con creces el plazo del año previsto en el art. 67.1 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la pretensión resarcitoria del interesado por estar prescrito el derecho a reclamar se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento III.