

Dictamen nº: **562/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.11.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de noviembre de 2021, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Doña, por los daños y perjuicios producidos al considerar deficiente la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz, en el tratamiento de su dolor crónico abdominal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 9 de marzo de 2020 en un registro auxiliar de la Comunidad de Madrid, por entender que la discapacidad del 36% y el dolor crónico que actualmente padece, tienen su causa en la mala *praxis* del Hospital Universitario La Paz de Madrid en el tratamiento de su dolor abdominal.

La reclamación recoge que en el mes de octubre de 2016 la paciente fue atendida por el Servicio de Medicina Interna del citado hospital por dolor abdominal de varios meses de evolución; refiere que

pese a estar un mes ingresada no se encontró la causa del dolor y fue derivada a Cirugía General. Continúa señalando que en el mes de abril de 2017 fue intervenida por laparoscopia, extirpándole el apéndice, pese a lo cual, el dolor continuaba por lo que tuvo que volver a ser intervenida en marzo de 2018, hallando un foco de necrosis muscular provocado por el trocar de la laparoscopia.

Como consecuencia de todo ello, señala que sufre un dolor neuropático, para el que se le implantó en mayo de 2019 un neuro estimulador, sin que haya mejorado su calidad de vida. Finaliza diciendo que padece un grado de discapacidad del 36%, y está limitada tanto en lo personal como en lo laboral. La reclamación se acompaña de documentación médica del Hospital Universitario La Paz y de la resolución de la Comunidad de Madrid de reconocimiento del grado de discapacidad, y en ella no se solicita indemnización alguna.

Por escrito de 4 de junio de 2020 la jefa de equipo del Área de Responsabilidad Patrimonial del Servicio Madrileño de Salud solicita a la reclamante que indique la cuantía económica de la indemnización solicitada, sin que conste en el expediente el acuse de recibo de dicha comunicación, ni escrito alguno de la interesada.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente administrativo resultan los siguientes hechos acaecidos en el Hospital Universitario La Paz, que referimos de manera resumida, de interés para la emisión del dictamen.

1.- El día 27 de mayo de 2016, la paciente –nacida en 1994– acude a Urgencias del citado hospital por un cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal difuso, más localizado en el epigastrio. No alteraciones del tránsito intestinal. Tiene náuseas, vómitos y sensación distérmica. No síndrome miccional, ni otra sintomatología. La exploración física del abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, mesogastrio, hipogastrio y ambas fosas

iliacas. Blumberg negativo. Se establece el juicio clínico de gastroenteritis aguda y se descarta apendicitis.

La reclamante vuelve a Urgencias el 5 de junio por dolor abdominal; en la exploración física, este se localiza en el hipocondrio derecho e irradia hacia zona lumbar derecha, desde hace una semana. Refiere síndrome miccional. No diarrea. Afebril. El abdomen está blando, depresible, doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha. Blumberg negativo. El juicio clínico es dolor abdominal inespecífico. El día 9 acude por dolor lumbar y tras la realización de analítica, radiografías de abdomen y de tórax, el diagnóstico es de cólico nefrítico en evolución. No peritonismo.

En el mes de julio vuelve a Urgencias por dolor en el flanco derecho. Se descarta apendicitis aguda. Posible cólico renoureteral. En el mes de agosto el motivo por el que acude es fiebre, disuria y malestar general. Tras la realización de analítica, se le diagnostica faringoamigdalitis aguda y cólico renoureteral, sin alteración de la función renal.

En el mes de septiembre acude nuevamente a Urgencias por dolor abdominal; siendo atendida el día 23 en la consulta del Servicio de Medicina Interna. Se trata de un cuadro de cuatro meses de dolor en la fosa renal y en el flanco derecho irradiado a la zona inguinal, estreñimiento con escasa rectorragia al final de la deposición, sin fiebre, sin cuadro compatible con colangitis, ni hematuria ni sedimentos patológicos. Se interconsulta con Urología realizándose una urografía intravenosa, descartándose patología por ese servicio. En la exploración física realizada, presenta dolor en flanco derecho del abdomen sin irritación peritoneal. Se solicita analítica, TC abdomino pélvico y colonoscopia, en la que se aprecian hemorroides internas. La biopsia del intestino grueso realizada el 30 de septiembre revela íleon terminal, sin alteraciones.

El dolor en el abdomen derecho de más de cuatro meses de evolución no cede con la analgesia oral, por lo que la reclamante ingresa en el hospital el 3 de octubre en el Servicio de Medicina Interna. Entre sus antecedentes personales constan los de síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anillo de Nuvaring, infecciones urinarias, episodios de pielonefritis y una colecistectomía laparoscópica. Se le realizan múltiples pruebas diagnósticas con los resultados siguientes:

- En el TC de abdomen se identifica el apéndice en la fosa iliaca derecha que se dirige medialmente y no presenta cambios inflamatorios que sugieran apendicitis aguda. No colecciones pélvicas, ni líquido libre.

- En la ecografía renovesical se aprecia el hígado de tamaño normal, sin alteraciones. Colecistectomía. No dilatación de vía biliar. Bazo con tamaño y parénquima homogéneo. Riñones sin alteraciones. En la fosa iliaca derecha no se consigue identificar el apéndice. Se observa un área pseudonodular hiperecogénica adyacente a la cual existe mínima cantidad de líquido libre, que la paciente refiere como dolorosa con la compresión. No obstante, los hallazgos no son concluyentes para el diagnóstico de apendicitis, por lo que se realizará nuevo TC.

- En la urografía se aprecian cambios postquirúrgicos de colecistectomía.

- En la cistoscopia no se observan formaciones macroscópicas.

- En la resonancia magnética de pelvis, no hay signos sugestivos de endometriosis. Probable síndrome de ovario poliquístico. Y en la resonancia de columna lumbar, sin alteraciones significativas.

- La ecografía abdominal no es concluyente para el diagnóstico de patología apendicular; no se detectan masas ni colecciones líquidas abdominales. Se explora fosa iliaca derecha con sonda de alta resolución sobre punto doloroso, sin evidenciar patología.

- La gammagrafía abdominal, sin signos de mucosa gástrica ectópica.

- Los urocultivos y hemocultivos son negativos para hongos y bacterias.

Se realiza interconsulta a Ginecología, descartándose patología actual. Se establecen los siguientes diagnósticos: dolor abdominal de causa no filiada, sospecha de cólico renoureteral vs enfermedad inflamatoria intestinal. Probable síndrome de ovario poliquístico. Se le da de alta el día 11 de noviembre de 2016, pendiente de evolución (folios 33 y ss).

El día 23 de diciembre vuelve a Urgencias y tras la realización de analítica se descarta actitud quirúrgica urgente y se establece el diagnóstico de dolor abdominal sin datos de alarma, alta el mismo día.

2.- En el año 2017 la paciente es atendida los días 25 de enero y 8 de febrero en la Consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo, por dolor en fosa iliaca derecha, al haber sido remitida por el Servicio de Medicina Interna para valoración de laparotomía. Se le realiza un TAC el 6 de febrero en el que se aprecia un elemento de densidad metal de 8'6 mm en la luz del apéndice cecal sin mostrar signos inflamatorios, que puede estar en relación con elemento ingerido previamente.

En la consulta del día 14 de febrero se informan los resultados de este TC que revela la existencia de un elemento metálico en luz

apendicular por lo que se decide la intervención quirúrgica. La paciente firma ese día el documento de consentimiento informado del Servicio de Cirugía General (folios 6 y 7) para una intervención de laparoscopia exploradora; apendicectomía por cuerpo extraño apendicular.

El 16 de marzo se le realiza la valoración preanestésica siendo clasificada como ASA 1. Apta. Ingresa el 4 de abril en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo realizándose laparoscopia exploradora ese día: apendicectomía con Hemolock y base y en meso apendicular. Biopsia de adenopatía de íleon terminal. El informe de Anatomía Patológica es: pieza de apendicectomía con involución fibroadiposa de la punta apendicular, sin otras alteraciones relevantes; adenopatía meso-íleon: ganglio linfático sin alteraciones significativas. La evolución es favorable, encontrándose afebril, estable, con buena tolerancia oral y dolor controlado con analgesia habitual por lo que se decide alta médica el 6 de abril.

La paciente es vista el 19 de abril por el Servicio de Ginecología, ya que durante la intervención quirúrgica se pidió valoración a ese servicio. Se hace PCR endocervical, analítica de orina y cultivo vaginal, sin evidenciar hallazgos sugestivos de patología ginecológica. Con posterioridad, consta que -desde la cirugía- ha disminuido el dolor en la fosa iliaca derecha y la paciente está casi asintomática. Sin embargo, vuelve a acudir a Urgencias el 22 de junio, por dolor en la fosa iliaca izquierda y tras una analítica y radiografía de abdomen, se establece el juicio clínico de probable rotura de folículo de ciclo menstrual.

La reclamante va a su revisión en el Servicio de Medicina Interna el 21 de agosto, por dolor debajo de la cicatriz de tipo calambre o quemazón. No fiebre ni clínica digestiva u otra sintomatología asociada. En el mes de septiembre acude a diversas consultas de

revisión presentando el mismo dolor a nivel de cicatriz en la fosa iliaca izquierda por lo que se decide derivarla a la Unidad de Dolor.

La reclamante es atendida en Urgencias el 5 de octubre, el juicio clínico es dolor abdominal neuropático secundario a cicatriz abdominal. El 19 de octubre se le realiza un bloqueo iliohipogástrico e ilioinguinal con betametasona y lidocaína, obteniéndose un alivio del dolor transitorio.

La primera consulta en la Unidad de Dolor es el 28 de diciembre y el motivo es que a los tres meses de la intervención de apendicectomía ha aparecido dolor en la fosa iliaca izquierda, coincidiendo con la cicatriz de trocar de laparoscopia. Es un dolor continuo, a modo de escozor, quemazón y se exagera al estornudar y toser (folio 116). Se programa radio frecuencia del nervio iliohipogástrico izquierdo.

3.- Ya en el año 2018, la reclamante continúa siendo atendida en la Unidad de Dolor a la que acude en consulta el 8 de enero por inguinodinia. Se señala que es normal que tenga sensación de dolor en el lado de la infiltración (folio 118).

En la consulta del 13 de febrero figura que se han realizado radiofrecuencia e infiltraciones, sin mejoría del dolor. Se propone la revisión quirúrgica para plantear neurolisis superficial. Con esa fecha la paciente firma el documento de consentimiento informado para una intervención que consiste en neurolisis por dolor crónico (folios 8 y 9). La paciente acude a Urgencias el 27 de febrero una vez más, por dolor en fosa iliaca izquierda. El juicio clínico es dolor neuropático postquirúrgico en relación con cicatriz en dicha fosa. Se consulta con Cirugía General quien valorara posibilidad de adelantar la cirugía prevista pero ante la estabilidad de la paciente, se decide el alta.

El 13 de marzo se realiza la valoración preanestésica para Neurolisis. Es clasificada como ASA 1. Apta (folios 14 y 15). La paciente ingresa en el hospital el 21 de marzo en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, siendo intervenida el mismo día (folios 19, 20 y 22) encontrándose engrosamiento de nervio iliohipogástrico a nivel de cicatriz de trocar previo en fosa iliaca izquierda. Se procede a resección de cicatriz previa y resección de segmento patológico de rama nerviosa, con ligadura en extremos proximal y distal. La evolución es favorable por lo que se decide alta al día siguiente. En el informe de Anatomía Patológica figura que se trata de tejido muscular estriado esquelético y fibras de nervio periférico con cambios reactivos y un foco de necrosis muscular.

Vuelve a Urgencias el 19 de abril por el dolor habitual (folio 21). El diagnóstico es dolor neuropático. Se le da cita urgente con la Unidad de Dolor (folio 21). En el informe de evolución clínica de 24 de abril se aprecia menos inflamación en la exploración física, pero persiste el dolor. Se valora la infiltración con toxina botulínica.

En el mes de mayo se le realiza una infiltración con toxina el día 16 y después, otra infiltración con Trigon sin mejoría. Se plantea nueva neurectomía parcial. Se informa a la paciente y familiares de la posibilidad de un efecto adverso a pesar de intervención quirúrgica.

En el mes de septiembre, se la examina en el Servicio de Neurofisiología Clínica, realizándose un electromiograma. Debido a persistencia de sintomatología se decide una valoración conjunta para las opciones terapéuticas. Se realiza una sesión conjunta el día 25 con Unidad del Dolor, Neurofisiología Clínica y Cirugía General. Dados los hallazgos en las pruebas complementarias, la situación clínica actual y el tratamiento previo, se decide realizar radiofrecuencia central sobre ganglio L1. Se valorara posibilidad de electro estimulación. De momento, se descarta la triple neurectomía quirúrgica debido a

morbilidad asociada. Se informa a la paciente para explicar la decisión de reunión conjunta y las posibilidades terapéuticas. Se explica a paciente y familiar (madre).

Con fecha 8 de octubre se le realiza radiofrecuencia del ganglio de la raíz dorsal lumbar y el 21 de ese mes la paciente acude a Urgencias por dolor lumbar. Se establece el diagnóstico de lumbalgia tras procedimiento instrumental de radiofrecuencia.

Así mismo, la paciente es examinada en el Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental el 29 de noviembre, derivada por su médico de Atención Primaria con sintomatología ansiosa depresiva. Dice que el dolor ya lo tiene de continuo y se siente incapacitada. Es diagnosticada de trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo.

4.- Ya en el año 2019, la paciente es vista en el Servicio de Neurología el día 9 de enero, para el tratamiento de su migraña episódica de baja frecuencia: se encuentra muy bien y se le da de alta en ese servicio.

La paciente firma sendos documentos de consentimiento informado los días 26 de febrero y el 29 de abril, del Servicio de Anestesiología y Reanimación (Unidad de Tratamiento del Dolor) para la infiltración del músculo cuadrado, y del Servicio de Neurocirugía para la neuro estimulación medular, respectivamente. El 7 de mayo se le realiza el implante de electrodos epidurales y la neuro estimulación por radiculopatía en la región lumbosacra. El 21 de ese mes se le implanta el generador y se realiza el explante de electrodos por radiculopatía.

En la consulta del día 5 de junio de 2019 la paciente se encuentra mucho mejor, refiriendo una mejoría de un 75 %. Sin

embargo, en la consulta del 21 de noviembre vuelve el dolor neuropático en la cicatriz.

5.- La paciente continúa con su tratamiento en la Unidad del Dolor y en la consulta del 17 de enero de 2020 vuelve a presentar dolor en la fosa iliaca izquierda, constatándose un empeoramiento. Tiene molestias en los miembros inferiores y en la zona inguinal. No toma medicación. Se establecen los diagnósticos de dolor crónico postoperatorio y dolor crónico neuropático. Consta otra atención en Urgencias por migraña el día 28 de ese mes.

Por resolución de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de 14 de febrero de 2020, se reconoce a la reclamante un grado total de discapacidad del 36 %, con efectos desde el 3 de abril de 2019 (folios 48 y 49).

La última consulta que figura en el expediente es la de 14 de abril de 2020 en la Unidad del Dolor, siendo el motivo dolor en la fosa iliaca izquierda coincidiendo con cicatriz de trocar de laparoscopia. Alodinia en dicha zona; resto, normal. La paciente solicita un informe, que se le entrega (folios 150 a 152).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario La Paz (folios 54 a 159 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Paz. En él se refiere a la atención dispensada a la paciente en las dos cirugías realizadas.

Así mismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de 8 de febrero de 2021 que examina la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectúa las oportunas consideraciones médicas centrándose en la intervención realizada en el mes de abril de 2017. La inspectora explica en qué consiste la laparoscopia (técnica quirúrgica de inspección de la cavidad abdominal que no precisa de grandes incisiones) y que se realiza con un laparoscopio, tubo delgado y flexible que tiene en un extremo una luz y una pequeña cámara de video, que se introduce a través de una incisión realizada a través de la pared abdominal. La inspectora concluye que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*, aunque *“el dolor que presenta la paciente a nivel de la fosa iliaca izquierda coincidente con la cicatriz del trocar de la laparoscopia efectuada, puede considerarse como un efecto adverso de dicho intervención, para el cual se han instaurado diferentes tratamientos sin al parecer obtener mejoría persistente”*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que fue notificado el 22 de junio de 2021; no consta la presentación de escrito de alegaciones.

Finalmente, se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria y Salud Pública el 27 de agosto de 2021, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El 2 de septiembre de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 468/21 a la letrada vocal D^a. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa por haber sufrido la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el Hospital Universitario La Paz, está integrado en su red asistencial.

En relación con el procedimiento, consta en el expediente que se ha recabado informe del servicio implicado en el proceso asistencial de la paciente. Consta que el instructor del procedimiento solicitó

también informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de aquellos al procedimiento, se dio audiencia a la reclamante. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Así pues, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Llegados a este punto procede detenerse en la posible prescripción de la acción.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

El precepto legal acoge así un criterio objetivo vinculado a la aparición de las secuelas aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la Sentencia de 22 de febrero de 2012 (recurso de casación 608/2010) en que se recuerda que *“la fecha inicial para contar el plazo de prescripción del artículo 142, apartado 5, de la Ley 30/1992, tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”*.

En el caso que nos ocupa, la reclamante imputa las consecuencias de tener un grado de discapacidad y un dolor neuropático crónico, a la asistencia sanitaria prestada en el hospital y en concreto, las secuelas y daños padecidos a raíz de la intervención laparoscópica.

Pues bien, respecto a lo primero, la resolución del grado de discapacidad es de fecha de 14 de febrero de 2020; pero se trata de una resolución administrativa del órgano competente de la Comunidad de Madrid, ajena por tanto, al proceso asistencial objeto de reproche. Por ello, tal y como tiene señalado el Tribunal Supremo en la Sentencia de 4 de abril de 2019 (recurso 4399/2017), *el dies a quo del cómputo del plazo de prescripción es el de la fecha de curación, o desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad cualquiera que sea su resultado. Así, “la respuesta a la cuestión planteada no puede ser otra, en aplicación del art. 142.5 Ley 30/92 y ratificando nuestra jurisprudencia, que declarar que el dies a quo del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado”.*

En este caso, conforme a lo expresado en la anterior sentencia, no puede tenerse en cuenta -a los efectos de la prescripción- la resolución sobre el grado de discapacidad del 36%, solicitada por la

reclamante y concedida el 14 de febrero de 2020, pues se trata de una resolución administrativa ajena al proceso asistencial reprochado.

Este criterio ha sido acogido por esta Comisión Jurídica Asesora en diversos dictámenes, entre otros, el 465/16, de 13 de octubre, 193/19, de 9 de mayo, o el 547/19, 19 de diciembre, siguiendo la doctrina de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo que, a diferencia de la Sala de lo Civil, ha entendido que ese reconocimiento no incidía en la determinación de las secuelas, así sentencias de 13 de marzo de 2012 (recurso 6289/2010), 29 de abril de 2013 (recurso 4002/2012), 3 de noviembre de 2014 (recurso 4317/2012) y 27 de mayo de 2016 (recurso 3483/2014).

Y en cuanto al *dies a quo* relativo a la asistencia sanitaria reprochada, hemos de tener en cuenta que esta se inicia con la intervención quirúrgica por laparoscopia realizada el 4 de abril de 2017, dándose de alta hospitalaria a la reclamante el 6 de abril. Después, la paciente está varios meses asintomática, hasta que reaparece “*el dolor a nivel de la cicatriz en la fosa iliaca izquierda, coincidiendo con la cicatriz de trocar de laparoscopio*”, por lo que se decide por el Servicio de Medicina Interna, derivarla a la Unidad de Dolor, siendo la primera consulta en dicha unidad el 28 de diciembre de 2017.

Ya en un segundo momento, la paciente ingresa en el hospital el 21 de marzo de 2018 a cargo del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, para la intervención de neurolisis “*por dolor crónico*”, siendo operada el mismo día y dada de alta hospitalaria el 22 de marzo de 2018. El juicio clínico es “*dolor crónico en fosa iliaca izquierda*” en relación con la cicatriz de la laparoscopia (folios 24 y 25). Pues bien, a partir de ese momento la paciente seguirá con ese dolor y ese mismo diagnóstico tal y como hemos señalado en el antecedente de hecho segundo de este dictamen, hasta que (folio 23) se realiza una sesión

conjunta entre la Unidad del Dolor, Neurofisiología Clínica y Cirugía General el 25 de septiembre de 2018 y consta que se *“informa a la paciente para explicar la decisión de reunión conjunta y las posibilidades terapéuticas. Se explica a paciente y familiar (madre)”*. Es por tanto ese día cuando la reclamante ya conoce que su dolor es crónico. De hecho, acude a consulta al Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental el 29 de noviembre de 2018 y manifiesta que *“el dolor ya lo tiene de continuo y se siente incapacitada”*.

Por tanto, aun adoptando como día inicial del cómputo del plazo de un año para reclamar, el más favorable para la interesada, este sería el 25 de septiembre de 2018, por lo que la reclamación formulada el 9 de marzo de 2020 es extemporánea.

En este punto ha de traerse a colación la doctrina del Tribunal Supremo sobre el *dies a quo* para ejercitar la acción de responsabilidad en el caso de daños permanentes y diferenciarlos de los daños continuados. Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 (RC 1166/2015) señala: *“la jurisprudencia ha distinguido entre daños permanentes y daños continuados, considerando daños permanentes aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo, mientras que los continuados “son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un período de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo”*. Y por eso, para este tipo de daños, *“el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos”*, o lo que es igual *aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto*». O en análogo sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de noviembre de 2017 (recurso 2992/2015).

Para finalizar, el hecho ya referido, de que la paciente fuera atendida en la Unidad del Dolor (siendo la última consulta que figura en el expediente el 14 de abril de 2020) no enerva la prescripción de la acción para reclamar, ya que en dicha Unidad se le aplicaron diversos tratamientos, que no pueden considerarse curativos pues su objetivo no era revertir el dolor crónico, sino mejorar las condiciones de vida de la reclamante, mitigándolo en lo posible. En este sentido es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo que afirma que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores 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, así sentencias de 10 de mayo de 2011 (rec. 3301/2007) , de 26 de febrero de 2013 (rec. 367/2011) y de 6 de mayo de 2015 (rec. 2099/2013), entre otras.

Esta misma doctrina se ha recogido por esta Comisión Jurídica Asesora en el Dictamen 552/19, de 19 de diciembre, o en el 50/20, de 13 de febrero, entre otros muchos.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al haber prescrito el derecho a reclamar.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 2 de noviembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 562/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid