

Expediente Núm. 307/2014
Dictamen Núm. 18/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de enero de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 22 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye al retraso en el diagnóstico de su patología.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de octubre de 2013, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños sufridos como consecuencia del retraso en el diagnóstico y el tratamiento de un tumor de parótida.

Refiere que en enero de 2010 acudió a su centro de salud “por presentar una ligera desviación de la boca que fue calificada como parálisis facial

izquierda”, y que “desde aquel momento fue remitida a diversos especialistas que no llegaron a concretar diagnóstico certero alguno y, consecuentemente, tampoco instauraron tratamiento adecuado”.

Enumera veintidós consultas “que constan en su historia clínica con anterioridad al diagnóstico de la patología”, seis de ellas en 2010 -los días 8, 13, 14 y 29 de enero, 4 de mayo y 22 de noviembre-, once en 2011 -los días 13 y 26 de abril, 9, 27 y 29 de junio, 14 y 22 de julio, 10 y 22 de agosto, 8 de noviembre y 2 de diciembre- y cinco en 2012 -con fechas 16 y 17 de enero, 3 de febrero (que figura anotada dos veces) y 8 del mismo mes.

Añade que “en el mes de febrero de 2012, después de que las anteriores consultas médicas efectuadas en el mismo mes no arrojaran resultado alguno, la ahora reclamante acudió a consulta en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “X”, cuyos facultativos la exploraron y solicitaron una serie de pruebas diagnósticas”. En su historia clínica se consigna que “acude a la consulta por otalgia izquierda, tumefacción parotídea e incremento de parálisis facial izquierda que presenta desde hace más de un año de evolución y que fue estudiada por Neurología, ORL con RNM craneal normal. Insensibilidad de área V2 y V3 y de región temporal izquierda. Tumefacción y sudoración de la región parotídea izquierda al comer”. Precisa que la resonancia solicitada por dicho Servicio arroja, entre otros hallazgos, una “tumoración (...) de la parótida izquierda que infiltra el músculo (...). Afectación del dentario inferior y del nervio facial”.

Indica que “se planificó una intervención quirúrgica que se llevó a cabo el 16 de marzo siguiente, en el transcurso de la cual se realizó una parotidectomía radical izquierda, con fresado en mastoides de la tercera porción del nervio facial, mandibulotomía por detrás de tercer molar izquierdo y resección del dentario inferior extramandibular y del nervio facial./ El diagnóstico se consignó entonces como neoformación de parótida izquierda, pendiente de estudio histológico definitivo”, cuyo resultado fue de “carcinoma adenoide quístico de patrón cribiforme”.

Manifiesta que “el 25 de octubre de 2012, con un diagnóstico de recidiva de tumoración subtemporal, debió ser intervenida de nuevo”, realizándosele “hemimandibulectomía izquierda, extirpándose un tejido de granulación que afectaba a la porción inferior del CAI izquierdo, piel, área parotídea, parte inferior de músculo temporal y hemimandíbula izquierda, fresando ampliamente el hueso”.

Como secuelas, refiere “limitación a la apertura bucal con dificultad para comer cosas que requieran masticación (...), parálisis facial izquierda completa (...), hipoacusia transmisiva oído izquierdo (...), dolores en el hombro (...), cicatriz en el muslo (...), pérdida de la mandíbula izquierda” y “perjuicio estético gravísimo que afecta a la cara (con una desproporción imposible de disimular y una ostensible desviación de la boca)”, lo que supone “un quebranto para la reclamante no solo en lo que a su vida privada se refiere, sino también en el plano profesional, habiendo sido declarada en situación de incapacidad permanente, en grado de absoluta”.

Subraya que desde que “acudiera por vez primera a los servicios médicos del Principado de Asturias (el 8 de enero del año 2010) para consultar lo que se calificó como una parálisis facial hasta el mes de febrero del año 2012, en que el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “X” exploró a la reclamante y solicitó la realización de una serie de pruebas diagnósticas que confirmaron la existencia de un tumor (...), transcurrieron más de dos años, durante los cuales no se dispensó a la dicente tratamiento adecuado alguno, ya que el único diagnóstico que se había establecido era el de ‘parálisis facial izquierda’./ Durante dichos dos años la afectación tumoral fue mayor y la cirugía mucho más agresiva (...) de lo que habría sido de haberse diagnosticado la enfermedad dos años antes y haber dispensado a la dicente el tratamiento que aquella requería”. Considera “evidente, pues, que ha habido un deficiente funcionamiento de los servicios médicos que ha determinado un perjuicio gravísimo para la que ahora reclama, que debe ser debidamente resarcido”.

Cuantifica la indemnización que solicita en la suma de ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe de visitas en el que figuran, entre otras, las consultas médicas enumeradas en la reclamación. b) Informes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" de 22 de marzo de 2012, tras un ingreso el día 15 del mismo mes para intervención quirúrgica programada, y de 30 de marzo de 2012, en el que se reflejan los hallazgos manifestados por la reclamante. c) Informes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "Y" de 2 de noviembre de 2012, tras un ingreso el 23 de octubre de 2012 para intervención quirúrgica; de 11 de marzo de 2013, en el que consta el diagnóstico de "Ca. adenoide quístico de parótida izquierda" y se indica que "tras 6 meses de evolución la paciente se encuentra bien, con las secuelas lógicas de la cirugía, que incluyen limitación a la apertura bucal con dificultad para comer cosas que exigen masticación. Presenta parálisis facial izquierda completa por extirpación del nervio facial. Hipoacusia transmisiva oído izquierdo. Dolores en el hombro como consecuencia de la disección del XI par (n. espinal). Cicatriz de muslo por extracción de colgajo de piel".

2. Mediante escrito de 6 de noviembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 12 de noviembre de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y V una copia de la historia clínica de la perjudicada relativa al proceso de referencia y un informe de los servicios que le prestaron asistencia.

Mediante oficios de 20, 21 y 29 de noviembre de 2013, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos por los Servicios de Otorrinolaringología y de Oncología Radioterápica.

En el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología el 20 de noviembre de 2013 se hace constar que en dicho Servicio "se realizó la última cirugía que recibió la paciente debido a una recidiva de una intervención anterior llevada a cabo en el Hospital "X", por lo que no podemos informar sobre las causas del retraso en el diagnóstico de su enfermedad, ya que este hecho no fue atribuible a nuestro Servicio ni conozco los antecedentes que pudieron influir en ello".

En el informe emitido por el médico responsable de la atención a la paciente en el Servicio de Oncología Radioterápica el 22 de noviembre de 2013 se indica que "acudió por vez primera a nuestro Servicio el 12-04-12 (...) para valorar radioterapia complementaria, con el diagnóstico de Ca. adenoide quístico con patrón cribiforme y tubular de parótida izda., sometido a parotidectomía y vaciamiento ganglionar homolateral./ Una vez valorada en este Servicio se decidió la radioterapia complementaria locorregional debido a la presencia de los siguientes factores de riesgo:/ Infiltración de tejidos conectivos y músculo estriado periparotídeo./ Fenómenos frecuentes de infiltración tumoral peri e intraneural./ Varios bordes quirúrgicos laterales afectados por la neoformación./ Mtx. de Ca. adenoide quístico en 1 ganglio de 14 ganglios aislados en tejidos glandulares y periglandulares". Tras especificar la simulación, la planificación y el diseño del tratamiento que se inició el día 25 de abril de 2012, refiere que "el 22-05-12, cuando llevaba administradas 19 sesiones y una dosis de 3.800 cGy de los 6.600 cGy planificados inicialmente, se suspendió el tratamiento por presentar un gran absceso con osteomielitis a nivel del lecho parotídeo, con reacción a cuerpo extraño (placa de osteosíntesis)./ La paciente fue remitida al Servicio de ORL, donde después de

extraerle la placa le hicieron limpieza con liberación de todo el tejido y reconstrucción con colgajo, con anatomía patológica de libre de tumor, pero reacción a cuerpo extraño y cambios inflamatorios sin evidencia de infiltración por Ca. adenoquístico./ La paciente nos fue remitida posteriormente el 12-11-12 para valorar continuar con la radioterapia, desechándose esa opción debido a:/ No existencia de tumor activo en ese momento./ Imposibilidad de administrar una dosis curativa (por la dosis administrada anteriormente)./ Posibilidad de comprometer un tratamiento de rescate posterior, ya que la dosis que se podría administrar no computaría a efectos tumorocidas pero sí a efectos de necrosis óseas y lesiones sobre estructuras nerviosas". Añade que "así se le hizo constar a la paciente, que estuvo de acuerdo, aceptando el hecho de no continuar con la radioterapia y decidiéndose que, dada la vinculación con el Servicio de ORL del H. de `X`, donde había sido intervenida en varias ocasiones, seguiría revisiones periódicas en aquel centro". Por último, señala que la perjudicada "no (...) plantea ninguna reclamación directa, ni queja, acerca de la actuación de nuestro Servicio, por lo que consideramos lo expuesto como suficiente a efectos informativos".

El día 19 de diciembre de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica y los informes de los Servicios de Neurología y de Otorrinolaringología del Hospital "X".

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de observaciones del curso clínico del Servicio de Otorrinolaringología, en las que figura anotado, el 9 de febrero de 2012, "paciente que acude por otalgia izda., tumefacción y aumento de parálisis facial./ Hace algo más de 1 año fue estudiada por parálisis facial izda. en Avilés, por Neurología y ORL. Se hicieron estudios de imagen (RNM craneal) que fueron negativos./ Ahora nota que lentamente la parálisis ha ido en aumento, tiene insensibilidad de área V₂ y V₃ y región temporal izda./ Refiere tumefacción y sudoración de la región parotídea izda. al comer". En la exploración mostraba "signo Beel izdo., parálisis

facial izda. V-VI/VI de House-Brackman, tumefacción difusa de parótida izda. dura, anestesia-hipoestesia V2-V3, otoscopia" normal, y en el apartado relativo a impresión diagnóstica consta "tumoración maligna parótida izda." y petición de Tac; el 17 de febrero de 2012, que se pide una RNM, y el 29 del mismo mes los resultados de PAAF y RMN. b) Hoja de informe anatomopatológico, de 26 de marzo de 2012, relativo a la biopsia de varios fragmentos y de un "tumor mal delimitado de color blanquecino que ocupa aparentemente un diámetro de 1 cm".

Con fecha 10 de diciembre de 2013, la Jefa de la Sección de Neurología informa que "esta paciente no tiene historia en la Sección de Neurología" del Hospital "X" "ni consta que haya sido valorada nunca por nosotros./ Dado que la paciente reside en otra área sanitaria (.....), es posible que haya sido atendida en su hospital correspondiente".

El día 17 de diciembre de 2013, el Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imagen relata la asistencia dispensada a la paciente, precisando "que fue estudiada por Neurología y ORL (Hospital "Z") con RNM craneal normal".

4. Mediante oficios de 2 de enero, 11 de febrero, 1 de abril y 6 de mayo de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe de los servicios que prestaron asistencia a la perjudicada.

Con fecha 28 de abril y 29 de mayo de 2014, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la documentación solicitada.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias, de 6 de enero de 2010, al que acude por un "cuadro de varios días de evolución de parestesias en hemicara izq. con desviación de comisura labial y babeo. Lo relaciona con endodoncia practicada hace 3 años". Consta exploración física, en la que no se aprecia movilidad de

arcos frontales, ni nasogenianos, ni focalidad de vías largas. Se establece la impresión diagnóstica de "parálisis facial periférica". Se le pauta Hidroxil (complejo vitaminas B) y Dacortín (cortisona), así como revisión por su médico de Atención Primaria, y se la remite al odontólogo. b) Informe de visitas del centro de salud, en el que se anota la petición de diversas consultas especializadas. Concretamente, el 8 de enero de 2010 a Neurología por "parálisis facial izq. central, respeta ojo"; el 13 de enero de 2010 a Maxilofacial, pues "desde hace 3 años y tras hacerse una endodoncia en 27 nota dolor a la masticación y al estornudar. Desde hace 1 mes y medio comenzó a torcésele el labio inf. izq. y progresivamente la parálisis ha ido ascendiendo hasta párpado inf. Presenta dolor a la palpación a nivel de suelo de seno maxilar izq. y a nivel de la parótida del mismo lado. Pido orto y cuando la traiga remitir a M.F."; el 14 de enero de 2010 "trae orto" y se solicita la interconsulta a Cirugía Maxilofacial; el 29 de enero de 2010 se anota el resultado de la valoración efectuada por el Servicio de Neurología y se reseña que, "aunque semiológicamente impresiona de periférico, no se descarta origen nuclear dada evolución, solicito RM con angio y cta. ORL. Analítica con serologías"; el 4 de mayo de 2010 que "recibió tratamiento en el S.º de Urgencias con corticoides que tuvo que suspender. No patología otológica acompañante salvo prurito CAE (eccema). No hipoacusia, ni vértigo", reflejándose como resultados de la exploración "audiometría, normal (...). Paresia facial periférica izda. + parestesias trigeminales" y que está pendiente de RNM; el día 22 de noviembre de 2010 se consigna "RM de cráneo y angio-RM intracraneal dentro de límites normales", los resultados de EMG con "signos de neuropatía motora de n. facial", analítica y control por Otorrinolaringología; el 13 de abril de 2011 que consulta por "dolor intenso en oído izq. progresivo, continuo (...), irradia por todo el territorio facial. Le hicieron una RM hace 6 meses (...) y le comentaron que no estaba progresando, pero la paciente nota el dolor de manera progresiva (...). Inicio tto. con Lyrica", y se añade que "desde hace menos de un año nota la piel más fría y (...) con coloración rojiza (...). Impresiona de Sd. de Raynaud (...). Pido

analítica”; el 26 del mismo mes que “se encuentra de ánimo mucho mejor, tiene menos dolor (...) desde el inicio del tto. con Lyrica”; el 9 de junio de 2011 se refleja estado de ansiedad por “problemas” familiares y se prescribe Lyrica; el 27 y 29 de junio y el 14 y 22 de julio figuran consultas por “alteración articulación temporomandibular”, refiriendo dolor en el oído, observándose “conducto externo eritematoso” y “membrana tímpano violácea”, por lo que se pautan Baycip, Diclofenaco Bexal, Zinnat y AINE y se solicita interconsulta a Rehabilitación por parálisis facial; el 10 y el 22 agosto de 2011 por dolor en el oído izquierdo “en relación con el ruido”, apreciándose en la exploración “placas blanquecinas en CAE con tímpano algo abombado y con transparentación mucoide”, así como “otitis micótica + otitis media serosa”, reflejándose los fármacos pautados; el 8 de noviembre de 2011 refiere que “mueve el párpado dcho. y dice que acudió a acupuntura y lo atribuye a ello./ Vista en RHB le señalaron que no había tto. específico”; el 2 de diciembre de 2011 consulta por “dolor en ATM izq. Dice no masticar de ese lado. En la privada le dijeron que no tenía nada en dicha articulación”, anotándose “sinovitis ATM izq., en probable relación con parálisis facial”, citación con dentista y tratamiento farmacológico; el 17 de enero de 2012 refiere “dolor y picor en oído izdo. desde hace aproximadamente un mes. Dice que con los movimientos mandibulares `le supura ´”, consignándose el resultado de la exploración física y la administración de fármacos; el 3 de febrero de 2012 acude “con mucho dolor en el oído izq. Estos días estuvo supurando, que lo relaciona con la masticación. Dice que se le taponan el lado izq. de la nariz”, observándose en la exploración “facies con desviación global a la dcha., no cierre de párpado izq.”, por lo que se la deriva a Otorrinolaringología para valoración de la parálisis facial y a dentista para, a su vez, derivar a Maxilofacial, especificándose que la paciente “comenta que en ningún momento fue vista por Maxilofacial”; el 29 de febrero de 2012 “está pendiente de completar estudio e intervención parotídea izq. probablemente maligna. IT neoplasia maligna”. b) Informe de RM craneal y angio-RM

intracraneal realizados el 26 de julio de 2010 a petición del Servicio de Neurología, que resultaron “dentro de límites normales”.

El informe del Servicio de Urgencias, suscrito por el Jefe de la Unidad el 10 de abril de 2014, relata la asistencia dispensada a la reclamante el 6 de enero de 2010 en los términos que resultan del emitido con esa misma fecha.

El elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología del Hospital “Z” el 17 de abril de 2014 refiere que “la paciente fue atendida por primera vez en este Servicio el día 05-02-2010, en contestación a una interconsulta solicitada por el Servicio de Neurología”. Consigna los hallazgos de la exploración, que “se estableció el diagnóstico de paresia facial periférica izquierda con parestesias trigeminales” y las pruebas solicitadas, así como la fecha de una revisión a la que la reclamante no acudió. Señala que la paciente acude a revisión el 28 de febrero de 2011 refiriendo “parálisis facial izquierda de un año de evolución (...). Otagia izquierda leve-moderada constante (...). Hinchazón en región mastoidea (...). Anestesia en área de V3 (...). Buena audición. No mareos. No odinofagia”. Especifica que “en la exploración se constató una parálisis facial izquierda con hipoestesia en orofaringe ipsilateral (...). Otoscopia normal./ Disminución de sensibilidad en lado izquierdo orofaringe (...). Rinofaringe normal. Oro-hipofaringe y laringe normales. Palpación de cérvico-facial normal. XII par craneal normal./ Audiometría normal./ Timpanogramas normales./ Reflejos estapediales presentes”. Consigna una “resonancia magnética craneal y angio-RM intracraneal en la que se incluyeron las glándulas parótidas, y que fue realizada el día 26-07-2010, `dentro de límites normales´”. Manifiesta que “una vez valorada la evolución clínica y los resultados de la exploración física, junto con los informes de la resonancia magnética y angio-resonancia, no se observó ningún dato que hiciera sospechar la presencia de una lesión maligna en el lóbulo profundo de parótida izquierda”, puntualizando que “la paciente no vuelve a revisión a este Servicio”. Por último, da cuenta de la solicitud de una

consulta por su médico de Atención Primaria el día 3 de febrero de 2012, que se citó a la paciente para el 27 de febrero y que no acudió a la misma.

El día 16 de mayo de 2014 la Jefa de la Sección de Neurología traslada el informe emitido por la doctora que atendió a la paciente el "28-01-2010, ratificándose en el mismo el 22-04-2014". Aquella es la primera consulta de la interesada en el referido Servicio y consta reflejada en el listado de visitas.

El 20 de mayo de 2014, la Jefa del Servicio de Radiodiagnóstico indica que ha realizado con otros dos radiólogos del Servicio una "revisión actualizada de la RM de cerebro y angio-RM cerebral practicada (...) el 26-07-2010 a la paciente". Señala que "dicho estudio está realizado para descartar patología en protuberancia y trayecto intracraneal del nervio facial (tal y como se refiere en la petición). No es un estudio de glándula parótida centrado en región cervical (aun así, revisada esta zona, no se aprecian alteraciones significativas)". Expresa los hallazgos radiológicos, que "son superponibles a los ya descritos" en el informe original, y concluye que las pruebas están "dentro de límites normales".

5. Con fecha 30 de junio de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Concluye que "los diferentes especialistas que valoraron a la reclamante la exploraron y solicitaron estudios complementarios para un adecuado estudio del caso, no detectando alteraciones que pudiesen orientar hacia la existencia de un proceso tumoral en el momento en el que la valoraron; además hay que señalar que se han revisado los estudios de imagen que se hicieron" en el Hospital "Z" "en julio de 2010 y no se detectan alteraciones significativas", por lo que considera que procede desestimar la reclamación.

6. Mediante oficios de 4 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de

evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito el 12 de septiembre de 2014 por un especialista en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. En él expone que “la parálisis facial de origen tumoral es muy infrecuente, con menos de un 3% de los casos. Se asocia a tumores a lo largo de todo el recorrido del nervio facial”, y que “el carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno (...) de baja incidencia” y cuyo “pico (...) es en la quinta década de vida./ Como la mayoría de los tumores malignos de glándula salival, su diagnóstico se produce con frecuencia en estadios tumorales avanzados (...), al encontrarse en un área anatómica relativamente silente”.

Por lo que se refiere al carcinoma adenoide quístico de parótida, explica que “el tratamiento de este tumor es la resección quirúrgica de la lesión con exéresis de los ganglios linfáticos cervicales del mismo lado. Suele realizarse radioterapia y/o quimioterapia posoperatorias en función del tipo histológico del tumor y el estado del paciente. La cirugía, tanto en tumores pequeños como en avanzados, es la parotidectomía radical o resección completa de la glándula parótida. El nervio facial se sacrifica prácticamente siempre en esta cirugía, por lo que la parálisis facial definitiva es una secuela habitual, así como las limitaciones en la apertura bucal por la radioterapia sobre la musculatura masticatoria”.

Concluye que “la paciente presenta de inicio una parálisis facial periférica típica para la que se instaura el tratamiento adecuado (corticoides) (...). Es remitida a valoración por Neurología y Otorrinolaringología en un plazo de tiempo breve. No hay retraso en la remisión al especialista (...). Se solicitan de entrada pruebas de imagen para descartar patología infrecuente del nervio facial, específicamente una resonancia magnética cerebral. Las pruebas de imagen no muestran ninguna lesión (...). Durante el seguimiento por parte del

Servicio de Neurología y del Servicio de Otorrinolaringología se solicitan todo tipo de pruebas diagnósticas para su parálisis facial, incluyendo pruebas analíticas, neurofisiológicas y valoración por otros servicios, como Oftalmología, Cirugía Maxilofacial o Rehabilitación. Se hace uso de todos los medios diagnósticos al alcance para poder establecer un diagnóstico (...). La paciente tiene varios episodios de otitis durante este tiempo. El dolor de la otitis enmascara el dolor producido por el crecimiento tumoral (...). Finalmente, el diagnóstico se realiza en el Hospital "X" cuando el tumor ha crecido lo suficiente para ser detectable por exploración física. La resonancia magnética nuclear realizada al principio del proceso diagnóstico con resultado negativo descartó inicialmente la posibilidad de tumoración parotídea: es un caso de falso negativo radiológico de un tumor maligno muy infrecuente. El proceso diagnóstico a cargo de los diferentes servicios fue impecable y no se les puede achacar ninguna culpa (...). La paciente recibe el tratamiento correcto para su enfermedad. Las secuelas son las habituales para el tratamiento quirúrgico de un cáncer de parótida" y "en todo momento se actúa de acuerdo a *lex artis*".

8. El día 26 de septiembre de 2014, un gabinete jurídico privado, también a instancias de la compañía aseguradora, emite un informe en el que pone de manifiesto que "la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis* y al estado actual de la ciencia médica (...). No existe antijuridicidad en el resultado, dado que las secuelas que sufre la paciente son consecuencias ineludibles de la intervención quirúrgica para extirpar el cáncer de parótida", por lo que entiende que "no corresponde otorgar indemnización" alguna a la reclamante.

9. Mediante oficio notificado a la interesada el 9 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

10. Con fecha 24 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “puede concluirse que los diferentes especialistas que valoraron a la reclamante la exploraron y solicitaron estudios complementarios para un adecuado estudio del caso, cuyo resultado no aportó, en su momento, datos que hiciesen pensar en un proceso neoplásico”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de diciembre de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada

activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de octubre de 2013, habiéndose fijado el alcance de las secuelas por las que se reclama en el informe emitido por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Y” de 11 de marzo de 2013, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de

producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que la interesada atribuye al retraso en el diagnóstico y el tratamiento de un tumor de parótida.

Consta en el expediente el diagnóstico a la reclamante de un tumor de parótida en febrero de 2012, y que el día 16 de marzo del mismo año se le realiza una parotidectomía radical izquierda y resección del nervio facial. Asimismo, resulta acreditado que hubo una recidiva de dicho tumor y que el 25 de octubre de 2012 se le practica una hemimandibulectomía izquierda, por lo que debemos apreciar la realidad de estos daños.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el

daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las

técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

La interesada afirma que en la asistencia sanitaria que se le dispensó se infringió el criterio de la *lex artis*. Sin embargo, pese a que incumbe a quien reclama la prueba de sus imputaciones, no ha desarrollado la menor actividad probatoria de este nexo causal, ni siquiera en el trámite de alegaciones, de modo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del nexo causal referido sobre la base de la documentación clínica y de los informes médicos que obran en el expediente.

La perjudicada reprocha a la Administración sanitaria un retraso en el diagnóstico del tumor de parótida que padecía porque transcurrieron más de dos años desde que acudió -el 8 de enero de 2010- a consultar por primera vez lo que se calificó como una parálisis facial hasta que el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" le realizó -en el mes de febrero de 2012- dicho diagnóstico. Sostiene que durante esos dos años la afectación tumoral fue mayor y la cirugía mucho más agresiva de lo que habría sido de habersele diagnosticado la enfermedad dos años antes y haberle dispensado el tratamiento que requería, porque "han tenido que practicarle finalmente hemimandibulectomía izquierda".

Sin embargo, esta intervención -hemimandibulectomía- hubo de ser practicada el 25 de octubre de 2012 tras una recidiva del tumor y con posterioridad a la primera operación realizada para su extirpación, llevada a cabo por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" el 16 de marzo de

2012, por lo que no tiene relación con el diagnóstico por el que se reclama, y la perjudicada no formula ningún reproche a las actuaciones quirúrgicas.

Después de esa primera intervención la paciente fue remitida al Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "Y" para valoración de tratamiento radioterápico, que se consideró oportuno. No obstante, este hubo de suspenderse por la aparición de un absceso, desistiéndose finalmente del mismo con su conformidad, sin que señale tacha alguna al respecto en su reclamación.

En cuanto al resto de secuelas, y en particular en lo que atañe a la parálisis facial, la especialista en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial señala que el tratamiento del carcinoma adenoide quístico de parótida consiste en "la resección quirúrgica de la lesión con exéresis de los ganglios linfáticos cervicales del mismo lado". Dicha especialista aclara que "la cirugía, tanto en tumores pequeños como en avanzados, es la parotidectomía radical o resección completa de la glándula parótida. El nervio facial se sacrifica prácticamente siempre en esta cirugía, por lo que la parálisis facial definitiva es una secuela habitual, así como las limitaciones en la apertura bucal por la radioterapia sobre la musculatura masticatoria". En este caso, se trataba de un tumor mal delimitado, que ocupaba aparentemente un diámetro de 1 cm, según consta en el informe anatomopatológico.

Además, el transcurso de dos años desde que la interesada refiriera parestesias no resulta suficiente para apreciar retraso en el diagnóstico de la patología tumoral.

En efecto, la reclamante acudió en primer lugar, el día 6 de enero de 2010, al Servicio de Urgencias del Hospital "Z" refiriendo parestesias. Tras la exploración se le pautan corticoides y un complejo vitamínico, así como remisión al odontólogo, pues asociaba aquellas con una endodoncia, y revisión por su médico de Atención Primaria. La especialista en Otorrinolaringología que informa a petición de la aseguradora considera que la paciente presentaba una parálisis periférica típica y que el tratamiento instaurado fue adecuado.

El día 8 de enero de 2010 acude a su médico de Atención Primaria, que solicita interconsulta a varias especialidades.

Entre enero y mayo de 2010 fue vista por los Servicios de Neurología y de Otorrinolaringología, que solicitan diversas pruebas. En julio de 2010 se le realizó una RM craneal y angio-RM intracraneal, cuyo resultado estaba dentro de los límites normales.

Revisadas dichas pruebas en el curso del procedimiento de responsabilidad patrimonial, el Servicio de Radiodiagnóstico ratifica el informe inicial realizado para descartar patología en protuberancia y trayecto intracraneal del nervio facial, y no aprecia alteraciones significativas en la región correspondiente a la glándula parótida.

Además, la especialista en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial informa sobre las dificultades de diagnóstico concurrentes en el caso, indicando que la parálisis facial de origen tumoral es muy infrecuente y que el carcinoma que se le diagnosticó a la interesada "es un tumor maligno (...) de baja incidencia" cuyo "pico (...) es en la quinta década de vida", subrayando el enmascaramiento del dolor producido por el crecimiento tumoral debido a varios episodios de otitis que la paciente presentó desde abril de 2011.

De hecho, en la consulta de 2 de diciembre de 2011 la paciente manifiesta que "en la privada le dijeron que no tenía nada" en la articulación temporomandibular, aunque en ese momento refería "no masticar" del lado izquierdo.

El 3 de febrero de 2012 acude al médico de Atención Primaria por dolor en el oído izquierdo y supuración al masticar, y este, tras la exploración, solicita interconsulta el Servicio de Otorrinolaringología. En lugar de ir al del Hospital "Z" va al del Hospital "X", que fue el que finalmente diagnosticó el tumor.

La especialista en Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial afirma que "el proceso diagnóstico a cargo de los diferentes servicios fue impecable y no se les puede achacar ninguna culpa", precisando que "en todo momento se actúa de acuerdo a *lex artis*".

En definitiva, no cabe apreciar relación de causalidad entre las secuelas por las que se reclama y la asistencia sanitaria dispensada a la interesada, al ser aquellas una consecuencia de la intervención quirúrgica que se le realizó y no existir otro tratamiento para el carcinoma de parótida, aunque el tumor fuera más pequeño en el momento de la intervención.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.