

Dictamen Núm. 119/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 26 de mayo de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 18 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una cirugía del cóndilo mandibular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 29 de diciembre de 2020 un abogado, que indica actuar en representación de la interesada, presenta a través del Sistema de Interconexión de Registros una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de una cirugía del cóndilo mandibular que le deparó un dolor facial crónico e invalidante.

Expone que el 14 de diciembre de 2009 tuvo “una pérdida de consciencia de probable causa sincopal como consecuencia del cual sufrió un traumatismo en la vía pública, siendo trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ (...), donde se le practicaron una serie de pruebas diagnósticas que no

evidenciaron ninguna alteración (...), determinándose como diagnóstico un traumatismo craneoencefálico por probable causa sincopal”.

Refiere que durante el ingreso hospitalario “presentó dolor en articulación temporomandibular izquierda, y tras el alta (...) por este proceso ingresó el 16-12-2009 ante la presencia de una cefalea persistente en el Servicio de Neurología (...), donde se le practicaron una serie de pruebas diagnósticas llegándose a la conclusión de cefalea secundaria a (traumatismo craneoencefálico), episodio de probable etiología sincopal (...). Solicitada una consulta con Cirugía Maxilofacial (...), el 31-01-2012 se llegó a una impresión diagnóstica de hiperplasia condílea izquierda, para lo cual se solicitó una gammagrafía con el fin de determinar la existencia o no de actividad a dicho nivel, informándose de un ligero aumento de la actividad de captación en el cóndilo mandibular izquierdo, determinándose hiperplasia condílea en fase activa (...). Con esta impresión diagnóstica (...) fue intervenida quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía Maxilofacial con fecha 01-02-2012, programándose la realización de un afeitado o *shave* condilar izquierdo. Enviada la pieza del hallazgo quirúrgico a Anatomía Patológica, se informó de un tejido fibrocolágeno denso asociado a un foco de calcificación (...). Inicialmente la evolución del posoperatorio no presentó complicaciones, siendo dada de alta hospitalaria con fecha 04-02-2012”. A partir de entonces es revisada en varias ocasiones por Cirugía Maxilofacial y Neurología por dolores musculares y migrañas de difícil control, “estableciéndose pautas medicamentosas cada vez más agresivas pero que no terminaban por determinar una mejoría clínica de dicho proceso (...). Con fecha 20-08-2015, ante la presencia de un dolor hemifacial izquierdo intenso es valorada de nuevo por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial (...), donde se” aprecia “un dolor de tipo neurálgico, cefalea hemicraneal y otalgia izquierdas, continuando resistente a la medicación administrada hasta el momento (...). Se le practicó un nuevo estudio ortopantográfico donde se observaron elementos de densidad metal en la articulación temporomandibular izquierda, recomendándose la retirada de este material metálico”.

Indica que con fecha 2 de septiembre de 2016 “fue valorada por el Servicio de Neurología (...), presentando un cuadro de cefalea hemifacial muy severa y refractaria ante todo tipo de tratamiento tras la intervención quirúrgica, siendo tratada por parte del Servicio de Neurología (...). Con fecha 04-06-2017 (...) se sometió a nueva intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial, que se realizó el 30-06-2017 a fin de retirarle las partículas metálicas que se habían detectado como residuales de la primera intervención, disminuyendo los síntomas inflamatorios pero no el dolor ni las limitaciones (...). El 25-04-2018, y ante la persistencia de una desviación de la comisura bucal y pérdida de fuerza en miembros inferiores acudió a (...) Neurología (...), donde se hizo un repaso de su cuadro clínico (...), apreciándose en la exploración una asimetría facial con tumoración en sien izquierda, hiperestesias en esa zona y adormecimiento de la porción inferior (...). Tras las diferentes pruebas diagnósticas practicadas se le indicó que el cuadro clínico no parecía congruente con clara organicidad, decidiéndose observación en Urgencias, siendo dada de alta con un juicio diagnóstico de algias faciales en relación con fibrosis de área mandibular que engloba ramas del nervio auricular y facial, así como (...) un cuadro de dependencia a opiáceos (...). Con fecha 30-04-2018 la reclamante ingresó en el Hospital “Y”, en su Área de Salud Mental y en la Unidad de Desintoxicación, donde inició un periodo de abstinencia controlado con medicación por parte de dicho Servicio. Una vez conseguidos los objetivos del ingreso se decidió alta hospitalaria el 16-05-2018, estableciéndose un tratamiento e indicándole que debía contactar con la Unidad del Dolor (...). Controlada por (...) la Unidad del Dolor (...) desde finales año 2017 hasta mayo del 2019 con el fin de tratar de aliviar toda la sintomatología clínica dolorosa que presentaba, con fecha 05-03-2019 es nuevamente valorada por parte del Servicio de Neurología (...). Como alternativa a la solución de sus problemas, que no solo no mejoraban sino que paulatinamente se veían agravados (...), acudió” a un hospital privado “el 18-06-2019 donde fue valorada” por un neurocirujano. Este señala que “inicialmente presentó un dolor irritativo en el territorio correspondiente a la segunda rama del trigémino izdo. en probable relación con

la alteración de las ramas tras la cirugía del cóndilo./ El dolor se ha ido transformando en neuropático y en la actualidad presenta hiperestesia-alodinia asociada a este componente, considerando que la técnica de Mullan fue una buena decisión, aunque un abordaje a través de la zona cicatricial hasta el agujero oval ha podido incrementar las molestias de la paciente, habiendo dado como resultado una hipoestesia en la tercera rama del trigémino izdo./ Le propone (...) la realización de radiocirugía con gammaknife sobre el nervio trigémino izdo. a fin de controlar el componente irritativo que aún le queda, refiriendo que a medio plazo, uno o dos años, se puede conseguir una cierta mejoría del dolor neuropático, siendo su experiencia muy positiva en esta técnica./ Se le explica a la paciente con mucha claridad la ausencia de garantía en este tratamiento, así como las posibles complicaciones que pueden derivarse del mismo”.

Manifiesta que el 27 de septiembre de 2019 fue revisada nuevamente por Neurología del Hospital “X”, observándose que “la paciente generó un trastorno adaptativo por miedo a represalias, dado que rechazó de momento la solución planteada por (el hospital privado), así como que debería continuar con revisiones de carácter periódico cada año (...). Ya el 05-06-2019, como continuación de su proceso de Salud Mental, se le apreció un bajo estado de ánimo, tristeza y llanto, con gran resonancia emocional, desesperanza, rabia y sentimiento de fracaso, con una mala calidad de vida que le afecta al sueño y ha truncado su futuro laboral, condicionando el funcionamiento cotidiano, la vida familiar y social, trastocando todos los proyectos futuros, etiquetándose el cuadro como reacción depresiva, iniciando tratamiento psicoterápico (...). Recientemente (...) se ha apreciado una asimetría facial bien evidente, con una pérdida de la oclusión bucal total en su parte izquierda y una hipersensibilidad a los intentos de palpación a nivel de su articulación temporomandibular y toda la región facial izquierda, observándose una resección parcial del cóndilo mandibular izquierdo”, y es destacable también la presencia de acúfenos a nivel de ambos oídos (...), continuando con revisiones de carácter periódico por parte

del Servicio de Salud Mental” y con “un cirujano maxilofacial, el cual con carácter privado ha estado efectuando (el) tratamiento oportuno”.

Concluye que “la intervención quirúrgica ha desencadenado una situación clínica con componentes funcionales y mentales de tal envergadura que tras múltiples intentos de solución no se ha conseguido una resolución de los mismos./ Asimismo, y puesto que persiste tras la cirugía un dolor neuropático con cierta hiperestesia alodinia (percepción anormal del dolor) y severas alteraciones funcionales en ambas articulaciones temporomandibulares, así como un síndrome ansioso reactivo, exigen controles por parte de Salud Mental y medicación./ Es asimismo destacable el ingreso que tuvo que efectuar (...) en Salud Mental del Hospital ‘Y’ para proceder a una desintoxicación de opiáceos que se le había generado con los múltiples tratamientos que (...) tuvo que soportar para intentar vencer este cuadro clínico./ En definitiva, si toda cirugía se realiza para solucionar un problema en el caso que nos ocupa son de tal magnitud las complicaciones que la misma ha desencadenado que deben de ser valoradas e indemnizadas, pues le han generado a la reclamante (...) severas alteraciones personales en su vida de relación y en su trabajo, no habiendo podido reincorporarse” a este.

Sostiene que “en el presente caso el resultado lesivo debe imputarse al incorrecto funcionamiento de los servicios prestados por la Consejería de Sanidad, al proporcionar a la paciente una atención que en lugar de resolver la situación que presentaba dio lugar a (...) consecuencias mucho más graves y negativas” debido a “la intervención sufrida y posteriores tratamientos ineficaces”.

Cuantifica la indemnización solicitada, “a título (...) meramente orientativo y a expensas de la prueba que haya de practicarse”, en doscientos veinticinco mil euros (225.000 €).

Interesa la incorporación al expediente de la historia clínica de la paciente.

2. Mediante escrito de 11 de enero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante que no

consta acreditada la representación que se dice ostentar, requiriendo la subsanación de dicho defecto, a lo que se procede a través de la comparecencia personal, tal y como consta en la diligencia extendida al efecto el 22 de enero de 2021.

El día 28 de enero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 17 de febrero de 2021 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente y los informes elaborados por los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Neurología del Hospital "X".

El informe del Jefe del Servicio de Neurología de 11 de febrero de 2021 señala que "la causa del estado actual de la paciente se atribuye (...) a la primera intervención quirúrgica realizada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial en febrero de 2012, si bien se olvida que, según informe de este Servicio de fecha 23-12-2009, la paciente ya presentaba un mes antes del traumatismo craneoencefálico sufrido en 2009 dolor en la articulación temporomandibular, sin que pueda tampoco descartarse dicho traumatismo como origen de la patología, visto el episodio de cefalea persistente sufrido tras el mismo./ Desde ese año 2009 en que se inició la sintomatología dolorosa (...) ha sido valorada por diferentes (...) especialistas en cefaleas del Servicio de Neurología" del Hospital "X", "y ensayados múltiples tratamientos con fines analgésicos (...), sin objetivar suficiente respuesta que pudiera conducir a la resolución del cuadro doloroso. No obstante, todos esos tratamientos han sido utilizados en dosis terapéuticas o profilácticas adecuadas, y en ningún caso se pautaron opiáceos mayores que pudieran ser origen del cuadro de dependencia a opiáceos que la paciente presentó, de manera que los tratamientos medicamentosos pautados por este Servicio fueron en todo momento correctos y adecuados a la intensidad de la

sintomatología dolorosa que la paciente presentaba./ En consecuencia, del análisis de la historia clínica (...) no se observan actuaciones por parte de este Servicio fuera de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y sí un seguimiento estricto de las mismas, tanto en lo referente a las pruebas efectuadas y tratamientos pautados como al momento” en que estos se realizaron.

Por su parte, el informe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital “X” de 11 de febrero de 2021 indica que la “paciente (...) acudió a las consultas (...) el día 11-enero-2010./ Como antecedentes personales refirió una amigdalectomía y timpanoplastia izquierda./ El motivo de consulta fue dolor en la articulación temporomandibular derecha, agudizado tras un traumatismo, según refirió”. Tras describir la exploración clínica y las pruebas practicadas “se observó la presencia de una hiperplasia condilar izquierda./ Se propuso en ese momento no operar, realizar una férula de descarga oclusal y vigilancia ambulatoria./ El día 18-junio-2010 acudió a la consulta refiriendo un empeoramiento de la oclusión dentaria./ Se realizó una gammagrafía-SPECT mandibular./ El día 2-septiembre-2011 se le informó del resultado de la misma: hiperplasia condilar izquierda activa. Se le explicó que el tratamiento consistía en un *shave* condilar (...), la cirugía, sus riesgos y el posoperatorio verbalmente, y se entregó un consentimiento escrito./ La intervención se realizó el día 1-febrero-2012 sin complicaciones ni incidencias, y fue dada de alta el día 3-febrero-2012./ El día 17 de febrero-2012 se revisó a la paciente, dándole el resultado del estudio anatomopatológico. Se observó la persistencia del dolor miofascial (muscular), leve hipostesia geniana, edema poscirugía, mordida abierta izquierda y laterodesviación a la derecha de 2 mm, todo ello dentro de lo esperable en el posoperatorio. Se le indicó, de nuevo, que debía realizar una férula de descarga oclusal para tratar de controlar el dolor miofascial y valorar ortodoncia./ El día 20-marzo-2012 se revisó a la paciente que seguía sin disponer de una férula de descarga oclusal. Se pudo evidenciar mejoría de la mordida abierta, clic discreto en la articulación contralateral (derecha) y cicatriz imperceptible./ El día 28-septiembre-2012 seguía sin realizar la férula de descarga oclusal. La oclusión era

aceptable, presentaba clics bilaterales y dolor en todos los músculos masticatorios. Ante la ausencia de la férula de descarga y, dado que tal y como le había indicado en varias ocasiones, era preceptiva para poder controlar el dolor miofascial y avanzar en el tratamiento fue dada de alta, ya que por parte del Servicio de Maxilofacial no se podía hacer más y se recomendó revisión por su dentista, encomiándole que se le confeccionase una férula oclusal./ La paciente acudió a nuestras consultas el día 14 de julio de 2013 refiriendo persistencia del dolor y chasquido en la articulación temporomandibular derecha. Se evidenció crepitación en la articulación derecha, mordida abierta posterior izquierda, línea media oclusal centrada y laterodesviación del mentón./ Se revisó, nuevamente, el día 26-julio-2013. La paciente refirió que disponía de férula de descarga oclusal, llevándola 24 horas al día durante 4 meses y, en ese momento, solo en la noche. La exploración evidenció dolor en los músculos temporales, maseteros, digástricos y trapecios de predominio izquierdo, clic en la articulación derecha, dolor a la palpación en la articulación izquierda, sin ruidos en articulación izquierda y maloclusión franca./ La paciente comentó haber recibido múltiples tratamientos contra el dolor sin efecto y haber sido diagnosticada de migraña por un neurólogo, sin que la medicación pautada hubiese sido efectiva (entre otros infiltraciones con Bótox, según refirió). Se recomendó continuar con la férula de descarga oclusal y valoración por un ortodoncista. Se solicitó consulta a la Unidad del Dolor, así como a Rehabilitación. Se solicitó un TC de control./ El día 6-septiembre-2013 desde la Unidad del Dolor se sugirió una consulta a Psiquiatría (...). El día 25-octubre-2013 el resultado del TC mostró displasia del cóndilo, disminución del espacio articular y geodas en la cabeza condilar. La paciente comenzó con rehabilitación y reevaluación por un ortodoncista. En opinión de este, se trataba de un síndrome miofascial crónico por bruxismo con importante componente psicológico en el dolor y recomendó una férula de descarga 24 horas al día. Se instauró un tratamiento con un corticoide oral (Urbasón 16 mg) durante 15 días./ Recomendé algún tipo de actividad para control del estrés a lo que la paciente reaccionó manifestando: `que no se hubiese operado y que se le

debería haber advertido de esta posibilidad'. Le recordé (...) que antes de la intervención se advirtió de los riesgos, con especial hincapié en la readaptación muscular y articular que tenía que pasar y, de hecho, se le insistió en la férula de descarga oclusal de forma temprana. Asimismo, se le recordaron las posibles secuelas de no intervenir una hiperplasia condilar activa. Se reflejó en la historia el constante hábito de apretamiento oclusal durante la entrevista médica./ El día 22-noviembre-2013 refirió mejoría con la medicación pautada y la rehabilitación (...). Por último, la paciente me mostró un informe de un cirujano maxilofacial privado donde figuraba que (...) requería ortodoncia y cirugía ortognática, hechos ya advertidos a la paciente con anterioridad por parte de este Servicio./ El día 20-diciembre-2013 refirió fiebre acompañada de cefalea, inflamación palpebral izquierda y dolor en el oído izquierdo. Ha dejado la férula de descarga oclusal por indicación del (...) especialista en dolor orofacial, según refirió (...), que también recomendó la exodoncia del 28 como forma de eliminar el cuadro clínico de la paciente. Me indicó que el citado doctor no la iba a seguir a pesar de establecer tratamientos fuera del criterio del Servicio. Por otro lado (...), el ortodoncista no quería tratarla (desconociendo el motivo, según refiere) (...). De plantearse ortodoncia, él opinó que sería mejor operar antes y realizar ortodoncia después, pero que debería tener una valoración psiquiátrica previa./ Se recomendó continuar con la férula de descarga oclusal (refirió que no lo iba a hacer) y se planteó la posibilidad de una artrocentesis de la articulación izquierda para lisis-lavado articular, advirtiéndole que en su caso el resultado era impredecible (no aceptó). Se aconsejó continuar con fisioterapia en rehabilitación./ Se evaluó, nuevamente el día 21-febrero-2014, refiriendo (...) seguir sin férula y que el proceso de masticación era más sencillo sin el 28 (...). El día 16-mayo-2014 refirió estar bien sin la férula, continuó con los TENS, estaba oclusalmente aceptable, no se detectaron contracturas musculares, dolor en el fascículo posterior del masetero izquierdo y leve en el derecho. Se solicitó una RM de control de las articulaciones y la paciente no acudió más a las citas./ El día 12-febrero-2015 consultó en este Servicio. Un nuevo facultativo (...) reflejó que la paciente acudió" a dos doctores y que uno de ellos le recomendó

fisioterapia y el otro apuntó a que la sintomatología podría deberse a los clips de ligadura vascular. Reseña que en la exploración se evidenció "asimetría facial sin desviación de la línea media, grado de apertura oral en rango de normalidad con laterodesviación izquierda, sin ruidos, pero es posible que el menisco derecho estuviese algo adelantado, dolor a la palpación de la articulación izquierda y dolor al palpar la musculatura masticatoria izquierda. Se realizó bloqueo anestésico desapareciendo el dolor. Se solicitó ortopantomografía y se pautó una revisión en 15 días./ El día 26-febrero-2015 manifestó que la sintomatología había reaparecido a las dos horas de la anestesia local. La exploración constató la presencia de un síndrome de dolor-disfunción de predominio miógeno (muscular) y un posible síndrome de Frey. Se le indicó que la retirada del material radiodenso no garantizaría una mejoría clínica, y se recomendó una férula (de) descarga oclusal, fisioterapia y realizar un CBCT./ El día 3-marzo-2015 fue remitida desde el Servicio de Urgencias por la misma sintomatología. Aportó un informe (...) en el que detallaba el tratamiento que le aplicó, sin mejoría. Parece que la única mejoría fue con el Tegretol. Se decidió llevar el caso a una sesión clínica. Fue vista por (un especialista maxilofacial privado) que recomendó cirugía abierta aunque fuese con una finalidad exploratoria./ Su caso fue visto en una sesión clínica el 18-septiembre-2015 y se planteó: solicitar SPECT de ATM, valoración por Neurocirugía y Psiquiatría./ La paciente fue vista e informada de la decisión de la sesión clínica el día 24-septiembre-2015 (...). Aceptó las tres recomendaciones./ El día 3-marzo-2016 refirió estar siendo valorada (...) en Barcelona (...) por varios especialistas en articulación temporomandibular mediante el uso de gammagrafía TC 99 con resultado de inflamación crónica cóndilo izquierdo. Refirió que le habían realizado infiltraciones en la zona, aunque no aportó informe alguno. Refirió que todas las infiltraciones hechas en Neurología y Barcelona no le habían servido y que le incrementaron el dolor. Refirió estar pendiente de conclusión diagnóstica en Barcelona. Se acordó con la paciente pedir una RM preferente y volver a evaluarla. En caso de que existiese mínima duda de que los clips vasculares justificasen su sintomatología sería operada. Entendió que podía no mejorar y

aun así aceptó./ La paciente informó telefónicamente que realizaría la RM de forma privada y se anuló la petición en el (Hospital `X´), según figura en curso clínico del día 30-marzo-2016./ El último curso clínico en este Servicio data del día 13-enero-2017, donde se reflejó que (...) había sido intervenida en otro centro. Su cirujano informó que la sospecha era una algia vascular, recomendando valoración por el servicio de Medicina Interna. Ese día se solicitó consulta con Medicina Interna, no teniendo más constancia en este Servicio de la paciente”.

4. Con fecha 12 de mayo de 2021, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Cirugía Oral y Maxilofacial y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él describen minuciosamente las sucesivas asistencias, diagnósticos, pruebas y tratamientos pautados por los diferentes servicios sanitarios, concluyendo que “no se puede hablar en ningún caso de negligencia, culpa y/o mala praxis (...), sin haber existido una falta del deber de cuidado puesto que en todo momento” ha habido “un seguimiento continuo y estrecho de la paciente y de la sintomatología que manifestaba (...). Consta acreditado que los dos perjuicios reclamados (cefalea y dolor en la articulación temporomandibular) son previos a la cirugía reclamada (*shave* del cóndilo mandibular izquierdo) de fecha 1 de febrero del 2012. Ya en la primera consulta de Cirugía Maxilofacial del 11 de enero del 2010 se señala que la paciente presenta dolor en la articulación temporomandibular de años de evolución (...). El síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular (...) es un síndrome muy complejo y heterogéneo que afecta de forma muy distinta a diferentes pacientes. En el caso que nos ocupa la paciente ya presentaba una sintomatología compatible con este síndrome de disfunción temporomandibular a una edad temprana, previo a la intervención quirúrgica. Parece congruente pensar que los antecedentes de (traumatismo craneoencefálico) y la posterior hiperplasia condílea no hicieron sino agravar esta disfunción de la articulación./ La evolución tórpida de su síndrome de disfunción (...) temporomandibular con dolor crónico no puede ni

debe atribuirse al procedimiento realizado, dado que este ya estaba presente antes de la intervención./ Por otro lado, la cefalea y migraña está relacionada con el traumatismo craneoencefálico de diciembre del 2009, según consta totalmente acreditado por parte del Servicio de Neurología. Por lo tanto, los dos perjuicios reclamados son preexistentes y en modo alguno se puede establecer ningún nexo causal cierto, directo y total con los actos médicos reclamados (...). Los síndromes de disfunción temporomandibular debido a su etiología multifactorial, a su compleja etiopatogenia aún no elucidada y a la ausencia de tratamientos disponibles totalmente curativos a largo plazo hace que en la práctica totalidad de casos no se produzca la curación del paciente, existiendo casos tan desafortunados” como el presente, “que son progresivamente incapacitantes y resistentes a cualquier opción terapéutica conocida”.

5. El día 29 de julio de 2021, se recibe en la Administración del Principado de Asturias un escrito de la compañía aseguradora. En él se indica que “en el presente caso, y sin entrar a valorar la corrección o no de la praxis médica, consideramos que la reclamación (...) estaría prescrita por haber” sido presentada “trascurrido más de 1 año desde que la lesión se debe entender estabilizada (...). Atendiendo al relato de la sintomatología que fue manifestando y los distintos tratamientos que se le administraron podemos considerar que en noviembre de 2015 la secuela se encontraría ya estabilizada, siendo todos los tratamientos que se le fueron aplicando (infiltraciones en 2015, microcompresión de nervio trigémino en 2017, propuesta de gammaknife en 2019) paliativos dirigidos a reducir en la medida de lo posible el dolor crónico que presentaba (...). Por tanto, podemos concluir que (...) estaría prescrita al poder considerar como fecha de estabilización de las secuelas la de noviembre de 2015 y ser presentada la reclamación (...) el 29 de diciembre de 2020, habiendo trascurrido más de 1 año en el ejercicio” de la acción.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 24 de agosto de 2021, la Jefa de la Sección de Apoyo le comunica la apertura del trámite de audiencia por un

plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 15 de septiembre de 2021, presenta esta un escrito de alegaciones en el que reitera el contenido de su reclamación y señala que “se ha recabado el auxilio de un especialista en Valoración del Daño Corporal que, tras examinar a la paciente, tiene pendiente (...) el informe solicitado, que no le ha sido posible concluir debido a la premura del plazo de alegaciones conferido y a la compleja documentación que ha de examinar y ahora se nos facilita./ En consecuencia (...), interesamos razonable prórroga del plazo a efectos de aportar al expediente el informe (...), una vez concluido, que permita valorar detalladamente el importe de la reclamación”. El escrito se presenta sin firmar.

Con fecha 17 de septiembre de 2021, la Jefa de la Sección de Apoyo pone en conocimiento de la interesada que las “alegaciones carecen de firma, por lo que deberá remitirlas correctamente firmadas”, para lo que le otorga un plazo de diez días.

A tenor de la documentación obrante en el expediente, tal requerimiento de subsanación no fue atendido.

7. Con fecha 27 de octubre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “en el presente caso la reclamación podría considerarse extemporánea respecto a los daños físicos reclamados, a tenor de lo dispuesto en el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que es en el mes de noviembre de 2015 en el que la paciente es valorada en Barcelona por varios especialistas en Cirugía Maxilofacial. A partir de ese momento todos los tratamientos que se le aplican son meramente paliativos, dirigidos a mitigar el dolor que presentaba. Dado que la reclamación fue presentada con fecha 29 de diciembre de 2020, ha transcurrido más de un año que es el plazo legal establecido”.

En cuanto a la asistencia prestada, afirma que “ha sido conforme a la *lex artis*. Los perjuicios que reclama la interesada (cefalea y dolor en la articulación temporomandibular) son anteriores a la intervención quirúrgica y de años de evolución previa. El dolor que (...) presentó tras la intervención quirúrgica constituyó la materialización de uno de los riesgos típicos de este tipo de procedimientos, que la paciente conocía ya que consta en el documento de consentimiento informado firmado por ella, sin que quepa descartar que guarde relación con el bruxismo que padecía. Tardó un año en colocarse la férula de descarga que se le había prescrito. Se pusieron a disposición de la paciente todos los medios para tratar de solucionar su problema y se negó a someterse a una segunda intervención de la inflamación crónica del cóndilo”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2022, 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 Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

CUARTA.- 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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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 concurran, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Al examinar los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración se impone verificar si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto; aspecto este en el que justamente, y como primer motivo, la propuesta que se somete a nuestra consideración justifica su sentido desestimatorio. Al respecto, se razona en ella que la consolidación secuelar se produce “en el mes de noviembre de 2015, en el que la paciente es valorada en Barcelona por varios especialistas en Cirugía Maxilofacial”, puesto que “a partir de ese momento todos los tratamientos que se le aplican son meramente paliativos, dirigidos a mitigar el dolor que presentaba”. De esta forma, la propuesta de resolución concluye que, “dado que la reclamación fue presentada con fecha 29 de diciembre de 2020, ha transcurrido más de un año que es el plazo legal establecido”.

Este Consejo coincide con el sentido de la misma, toda vez que de la documentación incorporada al expediente se desprende que la reclamación ha sido presentada fuera del plazo legalmente determinado. Y ello con base en el artículo 67.1 de la LPAC, según el cual “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”.

Dicha documentación pone de manifiesto que la reclamación se centra en las consecuencias que se habrían derivado de la intervención quirúrgica practicada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital “X” con fecha 1 de febrero de 2012, que la interesada considera “ha desencadenado una situación clínica con componentes funcionales y mentales de tal envergadura que tras múltiples intentos de solución no se ha conseguido una resolución de los mismos”.

Por otra parte cabe recordar que la acción de responsabilidad debe ejercitarse, de conformidad con el principio de la *actio nata*, desde la fecha en la que haya quedado determinado el alcance de las secuelas, por cuanto la previsibilidad de la evolución permitiría proceder a la cuantificación del daño, con independencia de que en ese momento se hubiese o no recuperado la salud de la paciente. Al respecto, procede advertir que el Tribunal Supremo ha declarado

en su Sentencia de 24 de octubre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:7007- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª) que “el plazo no puede quedar eternamente abierto, de forma indefinida y al arbitrio de la parte, sino que ha de estarse al momento concreto en el que se determina el alcance de las secuelas, pues existen enfermedades que por su evolución unido a las propias características limitadas de la naturaleza humana van a impedir conocer las consecuencias exactas y definitivas”.

El supuesto ante el que nos encontramos resulta singularmente complejo, no solo desde el punto de vista clínico -lo que bien puede comprobarse a la vista del conjunto de informes médicos referidos en el expediente- sino también desde el punto de vista jurídico, dado que ambas esferas se hallan obviamente imbricadas.

Dicho esto, se considera acertada la conclusión efectuada en la propuesta de resolución de que a partir de noviembre de 2015 -cuando la reclamante es valorada en Barcelona por varios especialistas en Cirugía Maxilofacial- los tratamientos que se le aplican “son meramente paliativos, dirigidos a mitigar el dolor que presentaba”, siendo precisamente ese dolor cronificado (aspecto en el que coincide la documentación médica si bien -como refiere la pericial emitida a instancias de la entidad aseguradora- en la actualidad presenta un mejor control del dolor neuropático multifactorial, continuando en seguimiento por la Unidad del Dolor y Neurología) el daño por el que se reclama y que se atribuye a la intervención quirúrgica practicada. Ahora bien, procede subrayar que dicha referencia temporal ha de tomarse no porque a partir de 2015 la paciente tuviese conocimiento del diagnóstico de la patología en presencia, sino por la circunstancia de que efectivamente los informes médicos que obran en el expediente -único material probatorio sobre el cual puede resolver este órgano consultivo- son indicativos de que a partir de ese momento las secuelas de los daños eventualmente derivados de la intervención llevada a cabo en el año 2012 estarían determinadas en su alcance, aunque lamentablemente no se hubiese alcanzado la definitiva sanidad de aquella. Y solo podemos hablar de “eventualmente derivados” porque el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital

“X” advierte que en otro informe de la misma unidad de 23 de diciembre de 2009 consta que la paciente ya presentaba un mes antes del traumatismo craneoencefálico -padecido ese año- dolor en la articulación temporomandibular, sin que tampoco pudiese descartarse “dicho traumatismo como origen de la patología, visto el episodio de cefalea persistente sufrido tras el mismo”.

En estas condiciones, constando acreditado en el expediente que el proceso clínico cuestionado por la interesada quedó estabilizado ya en el mes de noviembre de 2015, resulta evidente que la reclamación formulada el 29 de diciembre de 2020 no puede ser atendida al haber sido presentada de manera extemporánea, en los términos de lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

En definitiva, y teniendo en cuenta la excepcionalidad que procede en aras de la seguridad jurídica en el cómputo de los plazos, este Consejo estima que la reclamación planteada por la interesada el 29 de diciembre de 2020 ha de ser desestimada por extemporánea, ya que en ella no se alegan ni prueban unos daños distintos de los inherentes a un episodio clínico ya estabilizado en noviembre de 2015, y que a partir de entonces es objeto de diversos tratamientos paliativos dirigidos a mitigar las dolencias y secuelas derivadas de la propia evolución de la compleja patología de base.

En cualquier caso, y prescindiendo de que no quepa más alternativa que considerar prescrita de la acción, la reclamación habría de desestimarse también por razones de fondo.

En efecto, la perjudicada fundamenta su pretensión indemnizatoria en el hecho de que tras la intervención quirúrgica llevada a cabo por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital “X” en febrero de 2012 persiste “un dolor neuropático con cierta hiperestesia alodinia (...) y severas alteraciones funcionales en ambas articulaciones temporomandibulares, así como un síndrome ansioso reactivo, (que) exigen controles por (...) Salud Mental y medicación”. Por otra parte, también advierte que es “destacable el ingreso que tuvo que efectuar (...) en Salud Mental del Hospital “Y” para proceder a una desintoxicación de opiáceos que se le había generado con los múltiples

tratamientos que (...) tuvo que soportar para intentar vencer este cuadro clínico”.

Analizada la argumentación de la reclamante, debemos subrayar que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo examinarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes y se dispensó la correcta asistencia en atención a la sintomatología presentada. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Sentado lo anterior, procede reparar en que la reclamación se limita a atribuir, en abstracto, el dolor crónico que padece la perjudicada a la intervención practicada en 2012, pero sin concretar un elemento del proceso asistencial en el que quepa encontrar una actuación contraria a la *lex artis* ni señalar qué decisiones de las adoptadas resultaban improcedentes.

Así, a tenor del informe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial y la pericial aportada por la compañía aseguradora, la intervención realizada se ajusta en cuanto a la técnica y procedimientos seguidos a la *lex artis*, y ello incluso teniendo en cuenta que habiendo sido dada de alta el día 3 de febrero de 2012 en la revisión efectuada el 17 de febrero de 2012 se comprueba la persistencia del dolor miofascial (dolor posoperatorio contemplado, por otro lado, en el consentimiento informado previo). Al respecto, venimos señalando (por todos, Dictamen Núm. 274/2021) que en la medicina, que no es una ciencia exacta, la mera corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, no conlleva en todo caso un resultado exitoso, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la reacción que cada paciente puede tener ante un mismo tratamiento. Este Consejo entiende la

postura de la reclamante de pretender una solución definitiva a su compleja situación, pero ello no permite inferir que del sistema público sanitario pueda exigirse una obligación de resultado, sino de medios; quedando acreditado en el expediente que en este caso se han empleado los posibles para atender su patología.

A ello debe añadirse la circunstancia de que el dolor padecido bien pudo tener un origen previo a la intervención practicada en 2012. En este sentido, el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital "X" advierte que, según consta en un informe de este mismo Servicio de 23 de diciembre de 2009, la paciente ya presentaba -un mes antes del traumatismo craneoencefálico sufrido ese mismo año- dolor en la articulación temporomandibular, habiendo sido valorada por diferentes especialistas en cefaleas del Servicio de Neurología y ensayados múltiples tratamientos con fines analgésicos. Sobre este extremo se pronuncia también el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, indicando que, en contra de lo manifestado en la reclamación, consta acreditado que la cefalea y/o migraña intensa es muy anterior a la cirugía practicada (más de 2 años), lo que pondría en duda la existencia de un nexo causal con la cirugía objeto de reclamación.

Por otra parte, resulta indubitado que para el éxito de un tratamiento no basta con la corrección en el desempeño por parte los facultativos actuantes, sino que se precisa además de la colaboración del paciente, algo que en este caso no se produjo. Al respecto, figura en el documento de consentimiento informado firmado el 2 de septiembre de 2011 la posibilidad de que fuese necesaria una férula en el periodo posoperatorio, lo que se le recordó a la paciente en la revisión del día 17 de febrero; no obstante, en las revisiones del 20 de marzo y 28 de septiembre de 2012 se pudo comprobar que aquella seguía sin realizar la férula de descarga oclusal.

En otro orden de cosas, y en relación con el ingreso de la paciente en el Hospital "Y" para proceder a una desintoxicación de opiáceos y que la reclamación sostiene se habría generado por los múltiples tratamientos que tuvo que soportar para intentar vencer este cuadro clínico, el informe del Jefe del

Servicio de Neurología del Hospital "X" señala que, efectivamente, desde el año 2009 aquella fue valorada por diferentes especialistas en cefaleas del Servicio de Neurología del Hospital "X" y ensayados múltiples tratamientos con fines analgésicos, pero que todos "han sido utilizados en dosis terapéuticas o profilácticas adecuadas, y en ningún caso se pautaron opiáceos mayores que pudieran ser origen del cuadro de dependencia (...) que la paciente presentó, de manera que los tratamientos medicamentosos pautados por este Servicio fueron en todo momento correctos y adecuados a la intensidad de la sintomatología dolorosa que la paciente presentaba".

No se objetiva, pues, negligencia alguna y la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a *la lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, que no han sido desvirtuados por la reclamante, la cual ni siquiera ha acudido al derecho que la ley le confiere a presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica ni ha contradicho tales informes en el trámite de audiencia. Los planteamientos de la interesada solo se sustentan en sus opiniones personales, muy respetables sin duda pero insuficientes para extraer de ellas conclusiones con entidad suficiente como para cuestionar la información vertida por los distintos especialistas que han intervenido a lo largo del procedimiento.

A la vista de ello, este Consejo entiende que la presente reclamación tampoco podría prosperar por razones de fondo.

En definitiva, a la conclusión antes alcanzada en orden a la extemporaneidad de la reclamación formulada, que de por sí ya ha de determinar su desestimación, lo señalado en los párrafos precedentes nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal alguno entre el daño cuya indemnización pretende la interesada y la asistencia que le fue prestada por los servicios del sistema sanitario público, por lo que debe ser desestimada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.