



Consejo Consultivo de Canarias

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

La Laguna, a 23 de marzo de 2000.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por E.M.L., como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dependientes del Servicio Canario de Salud (EXP. 32/2000 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El Excmo. Sr. Presidente del Gobierno solicita de este Consejo preceptivo Dictamen [al amparo de lo dispuesto en los arts. 10.6 de la Ley 4/1984, de 6 de julio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCC); 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado; y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/93, de 26 de marzo], por el procedimiento ordinario (art. 15.1 LCC) respecto de la Propuesta de Resolución (PR) que culmina un procedimiento de reclamación de indemnización incoado por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada a la ahora reclamante por Servicios dependientes del Servicio Canario de la Salud.

2. La mencionada PR culmina el procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos. A saber:

* PONENTE: Sr. Millán Hernández.

2.1. Legitimación. La reclamación ha sido formulada por la afectada por los daños, físicos y psíquicos, producidos a consecuencia de la prestación sanitaria de los Servicios dependientes del SCS (arts. 4.2, 2º párrafo y 6.1 RPAPRP).

2.2. Plazo. Se cumple con el plazo de un año que para interponer esta clase de reclamaciones dispone el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP. En este punto ha de consignarse que cuando de daños físicos y psíquicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas (art. 4.2, 2º párrafo RPAPRP).

2.3. Propuesta de Resolución. El expediente se acompaña con la Propuesta de Resolución, desestimatoria de las pretensiones de la reclamante, debidamente informada, sin reparos, por los Servicios Jurídicos.

2.4. Actos de instrucción. La reclamación (formulada como previa a la vía judicial laboral) fue calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP.

3. En el expediente consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP).

Se procedió al trámite de proposición de prueba, interesándose de la reclamante manifestación sobre si pretendía hacer uso de esa facultad y los medios de que pretendía valerse. La reclamante, en efecto, interesó la práctica de actividad probatoria solicitando tanto la emisión de informes de los distintos Servicios que intervinieron en el diagnóstico y tratamiento de la patología de la reclamante, como testifical. La no realización en plazo de toda la prueba propuesta determinó que la reclamante interesara la apertura de un período extraordinario, que fue concedido. También se interesó la realización de pericia por parte de un especialista oncológico del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas de Gran Canaria, pericia cuya emisión correspondió por sorteo al Dr. B.S., quien aceptó el encargo efectuado, que fue cumplimentando mediante informe de 30 de julio de 1999.

Obra en las actuaciones el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, si por tal se toma el informe del Dr. I., que fue quien intervino a la reclamante por primera vez. El informe debe emitirlo, no obstante, el Servicio, no uno de sus facultativos, menos aún el que intervino a la paciente.

Se procedió a la apertura del trámite de audiencia, en el que compareció la reclamante formulando las pertinentes alegaciones, en las que insiste en el error de diagnóstico inicial que fue la circunstancia que determinó un tratamiento quirúrgico tardío y, por ello, innecesariamente penoso tanto por su duración (tres intervenciones) como por sus secuelas.

II

Los hechos en que la reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria son los siguientes:

1. La posición de la reclamante. Hace 9 años, la reclamante notó un bulto en el lado derecho de su cara al que el cirujano Dr. J. no prestó importancia, aunque sugirió su intervención por razones estéticas. Por ese motivo, tardó cuatro años en tomar la decisión de solicitar la extirpación del bulto. El otorrino M.P. diagnosticó "quiste sebáceo" (no hace referencia a las pruebas diagnósticas realizadas), de forma que como la operación no era urgente pasó a lista de espera. Tras dos años de espera y varias visitas al Servicio de Otorrino, donde le indicaron que se pondrían en contacto con la reclamante, formuló reclamación comprobándose entonces que se había perdido el historial médico de la paciente. Tras nueva consulta con el médico de cabecera, fue remitida al cirujano Dr. Z., el cual, sin realizar prueba alguna, citó a la reclamante para el mes de mayo de 1997 a fin de realizar la intervención. Ésta fue realizada por el Dr. G., quien en el momento de la operación advirtió no sólo que el quiste a intervenir no era un quiste corriente, sino que se encontraba en la glándula parótida derecha, zona delicada para cuya intervención el cirujano manifestó no encontrarse capacitado, por lo que interrumpió la intervención sin extirpación y remitió a la reclamante al Servicio Maxilofacial del Hospital Nuestra Sra. del Pino de Las Palmas (el Hospital) con indicación de las pruebas a realizar. Realizadas nuevas pruebas, el Dr. I. diagnosticó "tumor benigno en la glándula parótida derecha" que debía ser extirpado. La intervención, que se realizó el 22 de enero de 1998, fue complicada y dañó el nervio facial, con parálisis en el lado derecho de la cara de la reclamante afectando el movimiento del ojo y de la boca. A los 7 días de la operación, el Dr. I. al conocer el resultado de la biopsia, siendo el tumor maligno, procedió a realizar una nueva intervención quirúrgica para limpiar la zona y evitar su extensión. Como la reclamante decidió cambiar de médico, fue intervenida por el Dr. Q. el 26 de febrero de 1998.

2. Los daños y el "petitum". El rostro de la reclamante lleva una cicatriz que deforma su rostro y una parálisis aún mayor en el lado derecho de la cara que afecta a ojo, nariz y boca, con la posibilidad, reconocida por el Dr. Q., de metástasis en los pulmones o en los huesos. Todo ello ha afectado a la reclamante anímica y físicamente y en sus relaciones con los demás. La duración del proceso médico le ha ocasionado perjuicios económicos en su actividad profesional. Conceptos todos ellos por los que solicita una cantidad alzada de 20 millones de pesetas.

3. La actuación de los Servicios médicos. Del Informe que emite el Servicio de Inspección se desprenden los siguientes hechos y actuaciones:

El 28 de enero de 1993 la reclamante fue vista por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Lanzarote por presentar "desde hacía cuatro años bultoma en rama ascendente mandibular derecha, no adherido a planos profundos ni superficiales", aconsejándose "exéresis bajo anestesia local". El 21 de mayo de 1997 el Servicio de Cirugía del mismo Hospital efectúa "biopsia de parótida", siendo el resultado anatómo-patológico el de "inflamación crónica con predominio de fibrosis", de lo que se informó a la paciente el 3 de junio de 1997.

Ante el cuadro de "procesos inflamatorios recidivantes en región parótida derecha y a tenor del resultado anatómo-patológico, el 10 de junio de 1997 el mencionado Servicio de Cirugía solicita del Servicio de Radiodiagnóstico "sialografía por posible sialadenitis parótida", informándose el 12 de junio de 1997 que "no se aprecian signos sugestivos de litiasis salivar o sialoectasia". En la misma fecha, el Servicio de Cirugía (Dr. G.) efectúa propuesta de atención con carácter preferente al Hospital Nuestra Sra. del Pino, de Las Palmas de Gran Canaria, bajo el diagnóstico "tumoración en profundidad en región facial. Paciente con procesos inflamatorios recidivantes en región parótida derecha desde hace 8 - 9 años".

Vista el 28 de julio de 1997, la exploración advierte la presencia de "nódulo rodadero de 2 cm. de diámetro de superficie, lisa, remitente, no doloroso. No alteraciones del nervio facial". Se solicita PAAF (Punción-aspiración con aguja fina), que es informado el 31/7/97 como "compatible con axenoma pleomorfo: tumor epitelial de glándula salivar con degeneración quística. Se observan abundantes células epiteliales y escaso componente estromal junto con áreas de aspecto cilindromatoso. Aunque la imagen parece corresponder a un tumor mixto de predominio epitelial, no se puede descartar un carcinoma adenoide quístico". La recomendación fue la de "biopsia-extirpación". Solicitado TAC (Tomografía axial

computerizada), se informa el 4 de agosto de 1997 con la conclusión de "nódulo de 2.1 cm. en parótida derecha compatible con adenoma pleomorfo".

A la vista de los resultados, se incluye a la paciente/reclamante en lista de espera el 17 de septiembre de 1997 para efectuar una "parotidectomía suprafacial bajo anestesia general". La paciente firma el consentimiento informado para "cirugía de las glándulas salivares", informándosele de que "la cirugía parótida está íntimamente condicionada por la complejidad anatómica de esta región de la cara y muy especialmente por su relación con el nervio facial", así como de las complicaciones y secuelas postoperatorias habituales y/o inevitables (cicatrices externas; hipoestesia de la zona operatoria; paresia de algunas o todas las ramas del nervio facial; parálisis parcial o total del nervio facial).

El 22 de enero de 1998 se efectúa la intervención bajo anestesia general "parotidectomía suprafacial conservadora". El informe de alta expresa que se observa "paresia de las ramas marginal y medial en fase de recuperación".

El informe anatómico patológico de la pieza extraída de 5.2 x 3.6 x 2 cm. señala "carcinoma adenoide quístico de glándula salival que forma una masa de 3 x 2.5 x 1.2 cm. que infiltra el borde quirúrgico". Se trata de un "ganglio linfático intraparotídeo sin evidencia de metástasis", no apreciándose "invasión vascular por el tumor". En vista de ello, el 2 de febrero de 1998 se propone nueva intervención para "extirpar el resto de la glándula y rama medial del facial".

Es observada nuevamente el 11 de febrero de 1998, solicitando ser operada por el Dr. Q., facultativo que recomienda "ampliación de márgenes cutáneo-profundo y cicatriz y parotidectomía total, firmando la paciente el consentimiento informado y pasando a lista de espera. Tras el preoperatorio [febrero de 1998] ingresa en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital del 25 de febrero al 2 de marzo. El 26 de febrero de 1998, bajo anestesia general, se le realiza: A) Extirpación de cicatriz previa y p. (parotidectomía) cutánea de la mejilla de la zona intervenida; B) Extirpación del resto de la glándula parótida; C) separación de las ramas (nerviosas) marginal y orbitaria, resto en monobloque con la pieza de resección".

Efectuado nuevo informe anatómico-patológico el 2 de marzo de 1998, se concluye en "estado post-tumorectomía sin evidencia de tumor residual". Pasó nuevas consultas de revisión los días 11 de marzo, 8 de mayo; 13 de julio; 8 de septiembre;

16 de octubre y 18 de diciembre, no encontrándose signos de recidiva y observándose mejoría en la paresia facial. En informe de 15 de septiembre de 1998, el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Lanzarote expresa que "en la última exploración de 8 de julio de 1998, la oclusión palpebral es total. La cicatriz está menos adherida y el buccinador presenta actividad escasa. El signo de Pitres sigue siendo positivo; se insiste en la necesidad de continuar con el programa de ejercicios.

III

1. En consonancia con lo expuesto, procede determinar si la atención sanitaria prestada a la paciente en función de la sintomatología que presentaba y de la preparación científica y técnica del personal sanitario fue o no conforme con la "lex artis ad hoc".

La reclamante padece un bulto en el lado derecho de la cara desde el año 1992, que fue tratado inicialmente, como quiste graso, siendo remitida a consultas especializadas.

En 1997 se le realiza el primer intento quirúrgico, en Lanzarote, sin extirpación al observar el facultativo que no se trataba de un mero quiste sebáceo, tomándose una muestra para biopsia de parótida.

Se remite a Las Palmas, donde se le practica citología por PAF, barajándose la posibilidad de un carcinoma adenoide quístico. Aún así, es intervenida por el Servicio Maxilo-facial que le genera paresia facial y, tras nuevo análisis de A.P., se confirma el diagnóstico con aplicación de la extirpación anterior.

2. Del análisis de los antecedentes, se obtiene que el diagnóstico dado a la dolencia de la reclamante no fue el adecuado, como se acredita por las dos intervenciones quirúrgicas realizadas, la primera sin extirpación y cierre de la incisión con la toma de una muestra de tejido (biopsia excrética), que, por error en la elección del lugar de la toma o por cualquier otra circunstancia, dio como resultado tejido con inflamación crónica y predominio de fibrosis. No se realizaron exploraciones complementarias u otras que pudieran determinar el alcance de la dolencia. En la segunda intervención, a pesar de haberse examinado punción con resultado de tumor epitelial con degeneración quística, aunque sin descartar un carcinoma adenoide quístico, se le realiza extirpación parcial conservadora, originándole una parálisis facial.

El estudio posterior de la masa extraída confirma la naturaleza del tumor, carcinoma adenoide quístico, por lo que, de nuevo, es intervenida (por tercera vez) para ampliar la extirpación.

Todo ello pone de relieve que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue lenta, deficiente e inadecuada.

Hasta después de realizar la segunda intervención quirúrgica, no se llega al diagnóstico correcto del padecimiento por omisión de un análisis profundo y adecuado, con carácter previo. Ni en la 1ª, ni en la 2ª intervención existe tal análisis, conforme con los medios que la ciencia exige, a pesar de la patología compleja que padecía la interesada.

Tampoco se barajan otras opciones terapéuticas de aplicación distinta a la de extirpación, ni se ponderó adecuadamente la idoneidad de las dos primeras intervenciones quirúrgicas, la segunda con secuelas físicas y psíquicas y la tercera innecesaria, cuando el resultado perseguido pudo haberse conseguido con una sola (y no con tres), de haberse realizado desde el principio un diagnóstico correcto.

Consecuencia de lo expuesto, concurre la necesaria relación de causalidad entre la prestación del servicio sanitario y la lesión finalmente sufrida, lo que permite declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

3. Para la determinación de la cuantía de la indemnización, procede aplicar analógicamente, como en otros casos similares, lo dispuesto en el art. 1.2 y el apartado 1.7 del Anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguros en la Circulación de Vehículos a Motor, LRCV (Texto refundido aprobado por el Decreto 632/1968, de 21 de marzo y modificado por las Leyes 30/1995, de 8 de noviembre y 50/1998, de 30 de diciembre, DD.AA. VIIIª y XVª respectivamente), atendiendo a la Tabla 3ª (indemnizaciones por lesiones permanentes) del Anexo de la Resolución de la Dirección General de Seguros, de 22 de febrero de 1999, tomando en consideración los adecuados factores de corrección.

4. La Propuesta de Resolución, consecuentemente, no se ajusta a Derecho, lo que comporta la eventual aplicación de lo establecido en el art. 20.k) de la Ley 9/1983, de 14 de abril, referido a las competencias del Gobierno.

CONCLUSIÓN

La PR que se dictamina no se ajusta a Derecho, al concurrir relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Público de Sanidad y la lesión producida, estimándose que la cuantía del daño causado deberá determinarse de acuerdo con los criterios legales pertinentes, tal como se razona en el Fundamento III de este Dictamen.