



Dictamen nº **87/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de abril de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 8 de septiembre de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **206/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 11 de febrero de 2009, x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS). En síntesis, expone que el 17 de abril de 2008 fue intervenida de artroscopia de hombro derecho en el hospital "Mesa de Castillo", al que fue remitida por el Servicio de Traumatología del Hospital "Virgen de la Arrixaca" (en actuación concertada, se deduce).

Cuando despertó de la intervención observó que tenía el pie izquierdo vendado y que le habían dado tres puntos, sintiendo dolor y no pudiendo andar, y que los facultativos le explicaron que le habían hecho una extracción de sangre de las arterias en dicha zona, para su posterior infiltración en el hombro derecho, que le había provocado una flebitis. En fecha 18 de abril de 2008 fue dada de alta. Alega que las molestias en dicho pie y la cojera fueron acentuándose, por lo que el 12 de noviembre de 2008 se le realizó una electromiografía (EMG), que diagnosticó *"afectación del nervio tibial posterior (sensitivo) izquierdo importante"*, aconsejando nuevo estudio a los 6 meses.

A la vista de este resultado, se la remitió al Servicio de Rehabilitación del Hospital "Virgen de la Arrixaca", que la atendió el 30 de diciembre de 2008 y le prescribieron un nuevo EMG. A la fecha de la reclamación no presenta mejoría y las molestias siguen acentuándose, por lo que considera que existió un error en la intervención que se le practicó y que le lesionó el

nervio tibial, por lo que solicita la indemnización que corresponda por los días de baja, secuelas, gastos y demás perjuicios.

Adjunta diversa documentación: informe de alta de 18 de abril de 2008, EMG de 12 de noviembre de 2008, informe del Servicio de Traumatología del citado hospital de fecha 13 de diciembre de 2008 y hoja de interconsulta a su Servicio de Rehabilitación, de 30 de diciembre de 2008.

SEGUNDO.- Con fecha 16 de febrero de 2009 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a las partes interesadas. Asimismo se solicitó copia de la historia clínica e informe de los facultativos que atendieron a la paciente, al hospital "Virgen de la Arrixaca" y al hospital "Mesa del Castillo", solicitando del segundo que informase además si la paciente fue asistida por remisión del SMS y si el facultativo que la intervino pertenecía al mismo.

TERCERO.- Mediante oficios de 12 y 18 de marzo de 2009 el hospital "Mesa del Castillo" remitió copia de la historia clínica, donde consta que el médico que atendió a la paciente era del Servicio de Traumatología del hospital "Virgen de la Arrixaca" y la intervención fue por cuenta del SMS.

CUARTO.- Mediante oficio de 27 de marzo de 2009, el hospital "Virgen de la Arrixaca" remitió copia de la historia clínica e informe de 20 de marzo de 2009 del Dr. x sobre la asistencia prestada a la paciente, destacando del mismo, desde que acudió a consulta al Servicio de Traumatología del citado hospital en febrero de 2008, lo siguiente:

"En febrero de 2008 solicitó nueva consulta por persistencia del dolor, habiéndole rechazado para nuevo tratamiento por Rehabilitación, y persistencia de imágenes de tendinopatía crónica sin signos de rotura de supraespinoso; de acuerdo con la paciente se propuso nueva revisión artroscópica de hombro derecho, e infiltración intratendinosa con factores de crecimiento plasmáticos autólogos, procedimiento de uso no habitual, pero sobre el que ha ido apareciendo bibliografía reciente con resultados alentadores en casos como el que nos ocupa (y así se le informó expresamente a la paciente). Durante el procedimiento, que precisa de extracción de sangre de la paciente minutos antes de la infiltración, para ultracentrifugado y selección de la fracción del plasma adecuada, y por encontrarse en decúbito lateral izquierdo y con el brazo derecho incluido en el campo quirúrgico, no fue posible la extracción de la vía habilitada en m.s. izquierdo durante la preparación anestésica. Tras intentar el personal de enfermería canalizar otras vías periféricas en esa misma extremidad y en el dorso de ambos pies, y no obtener el volumen necesario, se solicitó al médico anestesista la posibilidad de obtener la sangre de otro vaso, considerando compleja la canalización de una

vía venosa central, y optando por la disección de vena tibial posterior, que fue nuevamente difícil, pero que permitió la extracción de un volumen mínimo para completar el procedimiento indicado a la paciente (durante la intervención se identificó una lesión de SLAP, reinsertada a glena escapular).

En revisión en consultas externas tras el alta hospitalaria de 23 de abril informé personalmente a la paciente del motivo de la herida en tobillo izquierdo, y postulando como origen del dolor un proceso inflamatorio alrededor de la herida quirúrgica, y en caso de irradiación del dolor, la irritación del nervio tibial posterior, por encontrarse situado junto a la vena y arteria del mismo nombre. Remitida a rehabilitación, y al no mostrar mejoría de la sintomatología, se optó por:

(...)

- En el caso del tobillo izquierdo, y pasados 6 meses de la intervención, con persistencia de dolor neuropático con parestesias y disestesias, se solicitó estudio de EMG, realizado en noviembre de 2008 e informado de afectación sensitiva de nervio tibial posterior de grado importante; recomendaba control con nueva EMG a los 6 meses para observar cambios evolutivos en la lesión.

Dada la situación, se informó a la paciente de la actitud expectante que consideraba adecuada en el caso (por la recomendación de nueva EMG pasados 6 meses, y la ausencia de lesiones motoras), ajustando el tratamiento (y recomendado solicitar nueva cita en Unidad del Dolor con esa intención), y emplazándola para nueva revisión en ese plazo para solicitar nueva EMG (y que al parecer desde el Servicio de Rehabilitación se le solicitó antes del plazo recomendado por la Especialista de Neurofisiología que realizó la primera prueba).

Expuesto todo lo anterior, y en relación a lo expresado por x en su Solicitud de Indemnización, creo que debo aclarar que:

- La paciente fue informada de la necesidad de extraer sangre de una vía periférica para realizar el procedimiento que se le indicó, y al que dio consentimiento previo, que al no poder extraer cantidad suficiente de las vías más accesibles, se decidió durante la intervención extraer de otra, en este caso la vena tibial posterior, y desde la primera revisión en consulta se le informó del motivo de dicha extracción y del posible origen del dolor en ese tobillo.

- Que la sintomatología del dolor fue monitorizada y tratada farmacológicamente durante el control evolutivo en consulta, y que al persistir en el tiempo le fue solicitada la EMG, de la misma manera que le fue solicitada para m.s.derecho en 2007 por sintomatología de posible origen neurológico.

- Que en efecto se remitió al Servicio de Rehabilitación, que decidió solicitar nuevo estudio de EMG en diciembre de 2008, antes del plazo de 6 meses aconsejado tras el estudio realizado en noviembre, para evaluar la evolución de la lesión.

- Que es completamente falso que no se le haya propuesto tratamiento, en la actualidad farmacológico y de rehabilitación, para el control de los síntomas, y que la actitud ante el tipo de lesión informado en la EMG considero que debe ser de observación, y de persistir sin mejoría tras este plazo, se podría considerar la exploración quirúrgica del nervio alrededor de la herida (opción explicada a la paciente en la última revisión), asignándole fecha de revisión para 27/05/09.

- Que considero la lesión del nervio tibial posterior una complicación de la extracción de sangre y no un error, que consideré justificada y solicité realizar para poder completar la intervención para la que la paciente se encontraba en ese momento en quirófano.

- Que la citada extracción se realizó bajo disección abierta, y no punción percutánea, precisamente para intentar evitar/minimizar el riesgo de lesión arterial o nerviosa.

- Que la paciente ha sido atendida informada y tratada cada vez que lo ha solicitado en nuestro Servicio durante los 3 últimos años, que se le han facilitado informes de evolución y/o situación cada vez que lo ha solicitado (hasta en 5 ocasiones, cuya copia se adjunta al presente informe, con fechas 26/02/2007, 3/06/2007, 10/12/2007, 20/02/2008 y 13/12/2008). Que incluso se remitió para una segunda opinión a otro cirujano de este Servicio de las posibilidades de tratamiento tras la persistencia de los síntomas en hombro derecho, y fue remitida a Rehabilitación y Unidad del Dolor en varias ocasiones para el control de los síntomas. (...)."

QUINTO.- Obra en el expediente dictamen médico presentado por la compañía aseguradora del SMS, de 11 de mayo de 2009, emitido por varios especialistas en Traumatología y Ortopedia, que concluye lo siguiente:

"1. El día 17 abril 2008 la paciente x es intervenida en el hospital Mesa del Castillo, realizándose una artroscopia de hombro derecho con infiltración tendinosa de factores de crecimiento. Esta intervención es a nuestro juicio indicada y acorde a lo descrito en la literatura para casos como el de la paciente.

2. Durante la intervención no fue posible obtener una vía adecuada para la extracción de los factores de crecimiento, debiendo obtenerse un acceso extraordinario en la zona retromaleolar. Esta incidencia fue de carácter intraoperatorio y por tanto no pudo señalarse en el consentimiento informado.

3. Según consta en el consentimiento, la paciente era conocedora de que podrían producirse circunstancias no previstas que modificasen la técnica planeada, accediendo a esta condición, según muestra su consentimiento.

4. El acceso realizado a nivel retromaleolar es el habitual en estos casos, siendo el tipo de exposición realizado, mediante disección quirúrgica, el más seguro y cuidadoso de los posibles, así como el de menor riesgo para la paciente.

5. La paciente presentó una paresia del nervio tibial posterior posiblemente por la separación del mismo en la disección. Esta es una complicación posible y no indica a nuestro juicio una técnica inadecuada.

6. El tratamiento realizado de la complicación fue a nuestro juicio del todo correcto, siendo el indicado en la literatura en estos casos.

7. Según consta en la historia, la recuperación neurofisiológica de la lesión parece haber sido completa".

SÉPTIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, el 3 de junio de 2010 emitió informe, que concluye así:

"1. x, sufrió nueva recidiva de su omalgia derecha, y por el Servicio de Traumatología se programó tratamiento quirúrgico mediante artroscopia e infiltración de factores de crecimiento.

Actitud terapéutica acorde con la bibliografía médica consultada, según las consideraciones médicas expuestas.

2. La paciente firma el documento de Consentimiento Informado y es intervenida el 17 de abril de 2008 en el Hospital "Mesa del Castillo" por el facultativo del Servicio de Traumatología del HUVA Dr. x, durante la intervención no es posible la utilización de la vía programada en miembro superior izquierdo para obtención de factores de crecimiento, por lo que finalmente se decide realizar disección de vena tibial posterior para obtención de factores de crecimiento. Visto el contratiempo surgido con la vía programada y estando previsto en el documento de consentimiento informado posibles contingencias durante el acto intraoperatorio ("Si en algún momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada"), la actuación del Servicio de Traumatología es correcta y adecuada en cuanto a la elección de nueva vía y método (disección) para obtención de factores de crecimiento en cantidad suficiente necesarios a infiltrar en articulación.

3. La paciente fue informada en el postoperatorio de la obtención de los factores de crecimiento de la vena tibial posterior y relata molestias en pie y tobillo izquierdo de tipo sensitivo, la actitud del servicio es expectante y, al continuar las molestias, se solicita prueba diagnóstica EMG, que muestra alteración importante de tipo sensitivo del nervio tibial posterior, se valora el resultado de la prueba y se continúa con el tratamiento analgésico en espera de nueva prueba EMG en seis meses, para valoración de evolución, ya que el servicio, tras la disección de la vena tibial posterior, piensa en un trastorno de tipo neuroapraxia del nervio tibial posterior. La actuación del servicio de traumatología, tanto en el diagnóstico como en la actitud terapéutica es correcta y se ajusta a lo establecido en los protocolos para el diagnóstico y tratamiento de lesiones de nervios periféricos.

4. Desde el Servicio de Rehabilitación y a pesar de no haber transcurrido el tiempo indicado para nueva EMG, se solicita prueba diagnóstica, estando dentro de los límites de la normalidad, y en consulta del 20 de febrero se comunica a la paciente la normalidad del estudio EMG y se constata que la omalgia derecha continúa igual. Toda la actuación del Servicio de Rehabilitación es correcta, ajustándose el diagnóstico y tratamiento a los protocolos establecidos para la atención a las lesiones de nervios periféricos según la bibliografía médica actual.

5. No existió error en la intervención que se realizó a la paciente, sino una complicación tras la disección de la vena tibial posterior, que derivó en un trastorno sensitivo del nervio tibial posterior que se resolvió según resultado de EMG de fecha 13 de febrero de 2009. La actitud diagnóstica y terapéutica de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación es correcta según lo expuesto en las consideraciones médicas,

6. No hemos encontrado a lo largo del proceso estudiado funcionamiento anormal del Servicio Murciano de Salud o defectuosa asistencia médica, habiendo estado la misma ajustada a los protocolos vigentes para el diagnóstico y tratamiento de lesiones de nervios periféricos que afectaban a la paciente.

7. Toda la actuación médica es correcta y se ajusta a la "lex artis ad hoc".

OCTAVO.- Mediante oficio de 25 de junio de 2010 se acordó trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, sin que comparezca ninguno ni se formulen alegaciones.

NOVENO.- El 10 de agosto de 2010 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que, a la vista de los informes emitidos, no se ha acreditado la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial pretendida.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 RRP.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, por ser quien sufre los daños por los que reclama indemnización. La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SAN, Sección 4^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente*".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999,

entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la "*lex artis*", entre otros supuestos posibles.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Los daños por los que se reclama indemnización: examen. Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños a considerar. Inexistencia.

I. La reclamante imputa a los servicios sanitarios regionales un error en la intervención realizada por éstos el 17 de abril de 2008, por cuanto, al realizar la disección de la vena tibial posterior de su pierna izquierda para obtener sangre para procesarla y obtener de ella factores de crecimiento para su infiltración tendinosa en la artroscopia de hombro derecho a que se sometió en tal fecha, se le lesionó el nervio tibial posterior, causándole dolores en dicha pierna, que no han remitido con el tiempo. Su alegación sobre el daño causado se basa en el resultado de la EMG realizada el 12 de noviembre de 2008, que aporta, que diagnosticó "*afectación del nervio tibial posterior (sensitivo) izquierdo importante*", indicando estudio posterior a los seis meses para determinar la evolución de la lesión.

Sin embargo, la reclamante no espera dichos seis meses para, a la vista de la nueva EMG, verificar el estado del nervio afectado, limitándose a afirmar, sin soporte alguno más que su manifestación, que persisten los dolores y que la cojera es más evidente. Sin embargo, los informes emitidos ponen de manifiesto, en primer lugar, que la evolución de tal lesión nerviosa ha sido tan favorable que en la EMG realizada el 13 de febrero de 2009 (antes incluso de los aludidos seis meses), es decir, dos días después de presentarse la reclamación, se informa "*que se explora la VCS del territorio del tibial posterior en ambos miembros inferiores ?se adjuntan gráficas y valores*" y que "*no se obtienen diferencias significativas en la VCS ni en la amplitud de potenciales obtenidos en el estudio del tibial posterior*", por lo que "*el estudio VCS está dentro de los límites de la normalidad. La VCS en el nervio tibial anterior no está sistematizada ni existen valores claros de referencia. Sólo tiene algún valor la comparación entre ambos MMII en el caso de que aparezcan diferencias significativas*" (folio 54 exp.). De ello extraen los citados informes que la inicial lesión nerviosa ha ido desapareciendo, debido a la recuperación funcional espontánea de los tejidos, como es propio de esta clase de lesiones (neuroapraxia). En cualquier caso, no hay un diagnóstico final en el que se haya establecido como secuela una lesión irreversible y estabilizada del citado nervio tibial posterior. Por ello, en cuanto a los daños a considerar a efectos de la presente reclamación, sólo cabría plantearse un periodo de incapacidad asociado a la recuperación del nervio lesionado, periodo que, una vez determinado, sería susceptible de indemnización si existiese la responsabilidad patrimonial pretendida, que en el caso no concurre, según se razonará seguidamente.

II. En efecto, en primer lugar, debe señalarse que la reclamante no acredita en forma alguna que en el caso haya existido una infracción a la "*lex artis ad hoc*" en el sentido de que la decisión médica de proceder a la disección de la vena tibial posterior para obtener factores de crecimiento a infiltrar en su hombro derecho fuera inadecuada o incorrecta, ni que lo fuera la técnica empleada, para obtener la sangre necesaria para realizar dicho proceso, habiéndose limitado la interesada, como se dijo, a poner de manifiesto la existencia de la lesión nerviosa a que se refiere la EMG de noviembre de 2008, lo que, "*per se*", no es revelador de mala praxis alguna, según razonamos en la Consideración precedente. Ello ya sería suficiente para desestimar la reclamación.

Pero es que, además, los informes emitidos coinciden en la corrección de todo el proceso asistencial. Así, el informe de la Inspección Médica del SMS destaca, en primer lugar, que "*no fue posible realizar la extracción (de sangre) de la vía habilitada en el miembro superior izquierdo*", y ello por las detalladas razones expresadas por el cirujano en el informe reseñado en el Antecedente Cuarto, siendo esto una eventualidad advertida en el mismo acto operatorio, habiéndose previsto en el documento de consentimiento informado la posibilidad de tener que variar alguna de las técnicas quirúrgicas previstas cuando surjan imprevistos durante la intervención, como fue el caso.

A partir de lo anterior, dicho informe considera correcta la decisión y la técnica elegidas en relación con la vena tibial posterior izquierda. En este sentido, el informe de la aseguradora del SMS es especialmente explícito cuando expresa que "*el procedimiento utilizado en el acceso, la disección quirúrgica previa a la canalización, es a nuestro juicio igualmente correcto e incluso escrupuloso en el mismo, ya que esta zona permite un acceso percutáneo que puede realizarse de modo más rápido. El acceso quirúrgico de la vía permite, sin embargo, una disección cuidadosa evitando dañar de modo directo las estructuras que rodean los vasos tibiales posteriores*", razón por la que los citados informes consideran que la lesión nerviosa producida (resultado éste que no puede evitarse de modo absoluto, dadas las inevitables limitaciones de la ciencia y técnica médicas), fue lo suficientemente leve como para permitir la recuperación del nervio dañado, según las pruebas posteriormente realizadas, añadiendo el informe de la aseguradora que la decisión quirúrgica tomada fue "*del todo correcta y acorde con una práctica quirúrgica esmerada*".

Por todo ello, la falta de acreditación de una infracción a la "*lex artis ad hoc*" sanitaria conlleva en este caso a que no exista la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente adecuada y necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional. En consecuencia, procede desestimar la reclamación de referencia.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente adecuada y necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

