



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **220/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de julio de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 5 de agosto de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, por los daños sufridos como consecuencia del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **238/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 2 de noviembre de 2013 x presenta ante el registro del Servicio Murciano de Salud (SMS), reclamación patrimonial por la que considera una deficiente asistencia prestada por los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Según la interesada los hechos ocurrieron del siguiente modo:

- El día 12 de noviembre de 2012 fue intervenida de un fibroma blando de mordida en semimucosa del labio inferior, por una facultativa del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM), sintiendo un dolor punzante en el momento de serle administrada la anestesia, y aunque trasladó tal circunstancia al personal sanitario presente, no sólo no atendieron su queja sino que mostraron hacia ella "un trato condescendiente y denigrante".

- Al darle el alta no se le informó sobre los pasos a seguir en el postoperatorio; solamente se la derivó al médico de cabecera y a un dentista, tampoco se le dio cita para revisión por la Dra. x, la facultativa que la había intervenido.

- Tres días después del alta, ante el dolor, la tumefacción y el eritema que presentaba en la zona operada, acudió a su doctora de cabecera que, ante la sospecha de infección, le prescribió antibióticos y antiinflamatorios. A la semana no sólo no había mejorado sino que había empeorado, por lo que visitó de nuevo a dicha facultativa que le indicó que continuara con el mismo tratamiento durante cuatro días más.

- Ante el empeoramiento que presentaba acudió al servicio de urgencias del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), donde una cirujana de maxilofacial le diagnosticó de "herida necrótica en labio inferior 1/3 derecho, próxima a comisura y de unos 2 cm de diámetro, con esfacelos y maloliente". Se le realizó una limpieza

quirúrgica con desbridamiento. A los pocos días acudió de nuevo a dicho servicio de maxilofacial donde se le curó la herida, se hizo constar que la misma estaba mejor y no olía, se continuó el desbridamiento hasta llegar a la zona sana y se prosiguió con el tratamiento antibiótico.

- El resultado final de todo este proceso ha sido la pérdida parcial del labio inferior derecho, con el consecuente trauma estético y emocional que ello le supone, siendo posible, además, que deba someterse a una intervención de cirugía estética.

- Como consecuencia de lo anterior la interesada presentó una reclamación ante el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Morales Meseguer, que fue contestada el 8 de abril de 2013, en los términos que se recogen al folio 8 del expediente.

Para la reclamante la deficiente administración de la anestesia, la defectuosa asepsia en la intervención y el nulo control postoperatorio, retrasaron la aplicación del tratamiento correcto lo que tuvo como consecuencia el agravamiento de la infección y la necrosis sufrida, por lo que solicita que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración y se le indemnice por los días de incapacidad temporal y secuelas con la cantidad de 18.290,20 euros, cifra que obtiene de aplicar analógicamente el sistema para la valoración de los daños corporales sufridos con ocasión de accidentes de circulación.

Como medios de prueba propone documental consistente en las historias clínicas y los informes de los facultativos que le atendieron en los Hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca, así como en el Centro de Salud de Vista Alegre.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y notificado ello tanto a la interesada como a la compañía de seguros del SMS, la instrucción requiere a los centros sanitarios en los que fue atendida la paciente el envío de sus historias clínicas, así como informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

TERCERO.- Los centros sanitarios antes indicados cumplimentan el requerimiento con el envío de las historias clínicas de la paciente e informes de los siguientes facultativos:

a) De la Dra. x, del servicio de dermatología del HUMM, del siguiente tenor:

"El fibroma es la neoplasia mesenquimal benigna que aparece con mayor frecuencia en la cavidad bucal. El fibroma traumático, también llamado hiperplasia fibrosa o cicatriz hiperplásica, surge como respuesta del tejido conjuntivo a una agresión o injuria crónica tales como el mordisqueo del carrillo, queilofagia, borde afilado dentario o irritación por prótesis u ortodoncias. El tratamiento de elección para el fibroma es la extirpación quirúrgica y la eliminación del irritante.

La Mepivacaína es un anestésico local sintético de acción intermedia que pertenece al grupo de las amidas. Todos los anestésicos locales sintéticos son vasodilatadores. Su periodo de inducción es corto, con escasas

complicaciones alérgicas y se usa en dilución al 3%. Su inyección subcutánea con aguja de insulina es bien tolerada, produciendo al inicio una ligera sensación de ardor-quemazón que en pocos segundos (cuando realiza su efecto anestésico) desaparece.

El Vicryl es una sutura sintética reabsorbible que se comercializa envasada de modo estéril con aguja incorporada.

En el Hospital Morales Meseguer las intervenciones de cirugía menor se llevan a cabo en un quirófano debidamente acondicionado. Todo el equipo viste pijama de quirófano, zuecos, gorro y mascarilla, y el personal que toma parte en la cirugía se lava las manos con una solución desinfectante. Al paciente se le proporcionan calzas, gorro y una bata. El cirujano, además, viste una bata desechable estéril y gafas de protección. El instrumental empleado, el hilo de sutura, las gasas, paños y guantes son estériles, así como la anestesia local, la aguja y la jeringa, que además son desechables, con lo que las condiciones de asepsia son óptimas y disminuyen al máximo el riesgo de infección intraoperatoria. Este protocolo se siguió rigurosamente en este caso. La inyección subcutánea de Mepivaína sin vasoconstrictor se realizó con aguja y jeringa de insulina, habiendo aspirado previamente y con un ritmo lento de infiltración.

Lo que efectivamente no es estéril es la cavidad oral, que está repleta de gérmenes y no puede ser esterilizada, por lo que este tipo de cirugía se considera limpia-contaminada. Cualquier inyección en una zona séptica, como la cavidad oral, puede llevar a la colonización por gérmenes, pero es excepcional una infección grave de los tejidos blandos en pacientes inmunocompetentes, dado la baja agresividad de los gérmenes y la escasa cantidad de ellos que pueden penetrar a través de una aguja de insulina. En cualquier caso, una limpieza bucal de la zona con antisépticos tipo Clorhexidina o Hexetidina, minimiza el riesgo. El Oraldine es un colutorio oral de uso diario compuesto por Hexetidina (compuesto antiséptico bacteriostático), alcohol, metil-salicilato, extractos de mentol, anís, eucalipto y aceite de la planta de clavo. Suele emplearse como colutorio postquirúrgico en procesos de cirugía menor que interesan a la mucosa oral y su función es higienizar dicha zona para disminuir el riesgo de infecciones.

Es muy poco frecuente que este tipo de intervenciones superficiales y de pequeño tamaño se infecten en pacientes inmunocompetentes, como es el caso, ya que se precisa de una gran cantidad de bacterias patógenas en la herida para producirlo. Éste es uno de los motivos por los que no se pauta antibioterapia profiláctica de rutina, ya que como se explicó previamente en la respuesta a la reclamación interpuesta, es mayor el riesgo de crear resistencias antibióticas y de producir efectos iatrogénicos. Por otro lado, la analgesia requerida para este tipo de procesos con riesgo de sangrado es moderada, siendo generalmente suficiente con 1 g de Paracetamol cada 8 horas.

La sutura empleada fue un Vicryl de 3/0, que es un material de sutura sintética reabsorbible de rápida absorción.

La pieza extirpada se envió a laboratorio de Anatomía Patológica con resultado de 'Hiperplasia epitelial sin atipia y fibrosis submucosa', confirmando así el diagnóstico de fibroma de mordida.

El seguimiento y control de este tipo de procesos benignos en cirugía menor lo lleva a cabo el médico de atención primaria, que es un especialista en Medicina familiar y comunitaria licenciado en Medicina y Cirugía, con conocimientos más que suficientes para el manejo posterior de estas pequeñas intervenciones. Además, a esta paciente con un fibroma autoprovocado se le recomendó que la siguiese también un dentista, dado su problema

dental, consejo que al parecer no siguió x. Hay que señalar que cualquier médico de atención primaria puede remitir a Urgencias o a las Consultas Externas Hospitalarias a un paciente cuyo manejo le desborde y huelga decir que un paciente puede, por sí mismo, acudir al Servicio de Urgencias de un Hospital. Por otro lado, ponemos de manifiesto que la paciente solicitó telefónicamente una cita de revisión en el Ambulatorio del Carmen, pero no acudió a la misma el día 17 de Enero del 2013. Por tanto, la paciente entendió perfectamente que podía solicitar un control postquirúrgico por el Servicio de Dermatología. Cabe destacar que desde el lunes 12 de Noviembre del 2012 en el que tuvo lugar la intervención quirúrgica, esta paciente no ha vuelto al Hospital Morales Meseguer o al Ambulatorio de Especialidades para ser valorada por ningún dermatólogo, por lo que no se pueden valorar los daños posteriores o secuelas, si los hubiere.

Los gérmenes de la cavidad oral normal se dividen en cocos (97%) y bacilos (< 4%). La mayoría de los Gram negativo son anaerobios estrictos (*Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacteria*) y entre los Gram positivo se encuentran anaerobios facultativos (*Streptococo viridans*) y estrictos (*Peptoestreptococos*). Si se sospecha infección en la cavidad oral se inicia tratamiento empírico con Penicilina o Clindamicina (en caso de alergia a beta-lactámicos). El amoxiclavulánico es un bacterida eficaz contra *S viridans*, *Peptoestreptococo*, *Prevotella* y *Fusobacterium*. La Clindamicina es activa frente a *S viridans* y anaerobios estrictos. Según nos hace constar, cuando x acudió a revisión el 15 de Noviembre del 2012, su médico de atención primaria le pautó Amoxicilina-Clavulánico 875 mg cada 8 horas por sospecha de una infección de la herida postquirúrgica, que no ha de sorprendernos dado el hábito irritativo de la zona que la paciente presentaba que fue lo que le originó el fibroma de mordida y para el cual no habría puesto presumiblemente remedio ella. Posteriormente, el 26 de Noviembre de 2012, según informes aportados, la paciente acudió a Cirugía Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca, donde pautaron Clindamicina y ácido fusídico, lo que asociado a una limpieza y desbridamiento quirúrgico controló el cuadro. La falta de repuesta a Amoxiclavulánico pero no a Clindamicina permite sospechar que el patógeno causante de la infección fue una *Porphyromona*, anaerobio estricto contenido únicamente en cavidad oral, tracto gastrointestinal y respiratorio, y no proveniente, como la demandante sostiene, del medio hospitalario.

Por tanto, las condiciones de asepsia con las que fue llevada la intervención, el uso de anestésico local y el manejo postoperatorio han sido los adecuados en este tipo de intervenciones y no justifican la infección ni la necrosis posterior de la zona. Pese a no tener cultivo del patógeno causante de la infección, la respuesta antibiótica empírica se consiguió con Clindamicina y Ácido Fusídico, sin haber remitido con Amoxiclavulánico, lo cual apunta claramente a un germen anaerobio estricto de la cavidad oral que haya penetrado en grandes cantidades en una herida reciente. Esto se podría explicar por una higiene oral deficiente asociada a la persistencia de x de su hábito irritativo (de mordida) sobre la herida. Es decir que ella misma se habría producido la infección anaeróbica sobre la herida a seguir mordiendo la zona. La necrosis se explicaría igualmente por dicho hábito (en la literatura médica hay numerosas referencias) o por una complicación de la infección.

En resumen tenemos una paciente inmunocompetente y sin alergias medicamentosas, conocidas, con un defecto dentario que le produce un roce persistente y un hábito de mordida en la zona, con la subsiguiente formación de un fibroma de mordida, que tras ser intervenida del mismo no arregla presumiblemente su problema dental, manteniéndose el traumatismo en la zona. Esto, unido a una higiene bucal deficiente le habría producido una infección de la herida por gérmenes anaerobios estrictos. La administración subcutánea con jeringa de insulina de Mepivacaína sin vasoconstrictor no produce fenómenos necróticos y menos en un lugar tan bien vascularizado como la mucosa oral. Además toda la intervención se realizó siguiendo escrupulosamente el protocolo quirúrgico de asepsia del Hospital Morales Meseguer que minimiza el riesgo de infección operatoria. En cualquier caso, x fue informada debidamente de la intervención quirúrgica en la visita que realizó en el Ambulatorio del Carmen, habiendo firmado el debido protocolo de consentimiento informado donde se describen los riesgos que, aunque poco frecuentes, supone la realización de intervención quirúrgica. Por tanto, x conocí dichos riesgos, los asumió y consintió libremente".

Seguidamente, y en lo que se refiere a lo que la doctora informante denomina "aspecto humano de la

intervención", señala que la paciente se encontraba muy nerviosa ante lo que todo el equipo trató de tranquilizarla y animarla, actitud que x debió confundir con "condescendencia"

Finaliza resumiendo la asistencia prestada a la reclamante del siguiente modo:

"Esta paciente fue intervenida en un quirófano hospitalario cumpliendo las normas de asepsia establecidas, poniéndose todos los medios para minimizar los riesgos.

La cirugía de la mucosa oral se considera limpia-contaminada y según la respuesta antibiótica, el germen más probable causante de la infección fue un anaerobio estricto de la boca, no un contaminante externo.

La patología por la que x acudió a quirófano (fibroma) era autoinducida por una alteración dental presumiblemente no corregida y un hábito de mordida, y el defecto no fue corregido posteriormente, persistiendo la injuria sobre la herida.

Las pequeñas intervenciones orales en pacientes inmunocompetentes sólo requieren analgesia (Paracetamol) y antisepsia (Oraldine). No se recomienda rutinariamente el uso de antibióticos.

La infiltración subcutánea lenta y con aguja de insulina de Mepivacaína sin vasoconstrictor en la mucosa oral no produce necrosis.

La paciente fue informada de los riesgos de la intervención (entre los que se incluye la infección) y firmó un documento de consentimiento informado.

La paciente no acudió a la cita de revisión que solicitó en el Ambulatorio del Carmen y no ha vuelto a ser valorada por un Dermatólogo del Servicio de Dermatología del Hospital Morales Meseguer. Tampoco ha sido valorada por el Servicio de Urgencias de este Hospital por este motivo".

b) De la Dra. x, del servicio de cirugía oral y maxilofacial del HUVA, en el que se indica lo siguiente:

Paciente que acude a nuestro Servicio por Urgencias, por infección en herida quirúrgica tras haberle sido extirpado, según refiere, un "fibroma" en mucosa de labio inferior, por el Servicio de Dermatología del Hospital Morales Meseguer el 12-11-2012.

A la exploración se aprecia herida con necrosis en 1/3 derecho de labio inferior, próxima a comisura le retiraron los puntos, se desbridó la herida y se pautó tratamiento con Fucidine y Dalacin.

Sigue acudiendo a nuestra Consulta Externa donde se le van retirando esfacelos y curando la herida que va evolucionando satisfactoriamente.

La última vez que es revisada en Consulta Externa fue el 24-01-2013, apreciando buena cicatrización, pero con un poco de defecto en labio inferior y fibrosis importante".

CUARTO.- El 10 de marzo de 2014 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica).

QUINTO.- Obra en el expediente un informe médico emitido por la facultativa x, especialista en dermatología, aportado por la aseguradora del SMS, en el que se concluye lo siguiente:

"1. La intervención a la paciente se llevó a cabo en un quirófano, dotado con las medidas de asepsia exigibles para quirófanos de Cirugía Menor Ambulatoria.

2. La cirugía de la cavidad oral es una cirugía limpia-contaminada, ya que no se pueden erradicar los gérmenes propios de la cavidad oral.

3. Dado el bajo riesgo de infección en este tipo de cirugía, no está indicada la profilaxis antibiótica en la población general, aunque sí en pacientes muy concretos por el riesgo de desarrollar endocarditis, que no es el caso.

4. La necrosis no se ha producido por la inyección de anestésico en el labio.

5. Por la respuesta al segundo tratamiento antibiótico se deduce que el germen causante de la infección no proviene del quirófano, sino de la propia cavidad oral.

6. La infección postquirúrgica no guarda relación causal con las actuaciones médicas, que fueron en todo momento correctas y adecuadas a la Lex Artis".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a las partes (aseguradora del SMS y reclamante), ninguna de ellas hace uso del mismo al no comparecer ni presentar alegación alguna.

Seguidamente se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos que son jurídicamente necesarios para determinar la responsabilidad patrimonial de la

SÉPTIMO.- En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico.

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 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida en un centro sanitario dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

II. En lo que se refiere al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC.

III. En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe de la Inspección Médica en el plazo de los tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente*

existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos".

En el supuesto sometido a consulta, los informes emitidos por los facultativos que intervinieron a lo largo del proceso asistencial prestado a la reclamante, junto con el informe pericial de la aseguradora, resultan suficientes para llevar a cabo una valoración técnica de la actuación médica, sin que, además, el contenido de dichas pericias haya sido cuestionada por la interesada en el correspondiente trámite de audiencia, de donde se deduce la procedencia de la continuación del procedimiento y de la emisión del Dictamen de este Órgano Consultivo.

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

I. 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 de la Constitución: *"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.

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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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. 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. La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, 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"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, 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, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, 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 administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una

intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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 intervinientes, 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.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

La reclamante sostiene que la asistencia sanitaria que se le prestó en el HUMM no fue adecuada, porque, a su juicio, no se le administró correctamente la anestesia ni se le pautó un seguimiento postoperatorio adecuado, lo que le provocó una infección cuya tórpida evolución desembocó en las secuelas descritas.

Sin embargo, no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del sistema sanitario regional, ni tampoco formuló alegaciones en el trámite de audiencia otorgado y, en cambio, los fundados informes médicos de los servicios de dermatología del HUMM y de cirugía oral y maxilofacial del HUCA y de la aseguradora del SMS, reseñados en los antecedentes, afirman unánimemente que la actuación sanitaria prestada a la paciente fue ajustada a normopraxis.

Así, según consta en los antecedentes médicos incorporados al expediente, la intervención resultaba adecuada, en el quirófano y en ella se cumplieron con los protocolos profiláctico de asepsia quirúrgica, y si no se prescribió terapia antibiótica en el inicio del postoperatorio fue porque el riesgo de infección es casi inexistente y el perjuicio de desarrollar resistencias al antibiótico supera al posible beneficio inmediato de la antibioterapia. Sin embargo, según estos informes, en el momento en el que los síntomas de la paciente apuntaron hacia una posible infección la actuación llevada a cabo fue adecuada: primero se le pautó un antibiótico específico para infecciones provocadas probablemente por gérmenes del entorno quirúrgico y, en segundo lugar, al no obtener un resultado positivo, se procedió a administrarle Clindamicina y Ácido fusídico, siendo en este caso el efecto satisfactorio, de donde cabe deducir que la infección que presentaba la reclamante fue provocada por un germen anaerobio propio de la cavidad oral de la propia paciente. No cabe obviar que este tipo de cirugía orales son de las denominadas limpia-contaminadas, pues la boca tiene su propia flora saprofita y se trata de una cavidad séptica que no se puede esterilizar. A lo anterior cabe adicionar que probablemente la propia paciente, de forma inconsciente, pudo contribuir a la aparición o empeoramiento de la infección, ya que siendo el origen de la lesión que en su momento presentaba una mala mordida y no constar que se llevase a cabo corrección dentaria alguna, es fácil suponer que se produjese un nuevo traumatismo sobre la herida quirúrgica, que secundariamente se infectó con gérmenes procedentes de la cavidad oral.

En lo que se refiere a la alegada incorrecta aplicación de la anestesia, ha quedado acreditado mediante los informes médicos citados, que el anestésico utilizado, la mepivacaína, tiene escasas reacciones alérgicas y, además, al haberse administrado sobre un tejido muy laxo, el labio, la distensión de la anestesia se produce sin alteraciones vasculares.

A lo anterior cabe añadir que el riesgo de infección, aunque pequeño (un 2%), viene recogido como tal en el consentimiento informado firmado por la interesada y que figura incorporado al expediente (folios 23 y 24), lo que evidencia que los riesgos de la intervención fueron comunicados a la paciente que prestó su conformidad y que, por lo tanto, no acreditada una infracción de la *lex artis*, no cabe trasladar a los facultativos intervinientes el resultado dañoso por el que se reclama, el cual, al carecer del necesario elemento de antijuridicidad, debe ser soportado por la paciente.

En definitiva, de acuerdo con la documentación que se ha incorporado al expediente, resulta que la infección es una complicación inherente a la intervención quirúrgica a la que se sometió la paciente, sin que ésta, como decíamos antes, haya aportado un informe pericial sobre cómo y en qué momento se cometió infracción de la *lex artis* que sustente las imputaciones que lleva a cabo.

Todo lo anterior, permite a este Consejo Jurídico concluir que, en el expediente sometido a consulta, procede la desestimación de la reclamación por falta de acreditación del nexo causal entre el daño invocado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

UNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.