



Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia

Dictamen nº 212/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de septiembre de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 4 de abril de 2022 (COMINTER 101028 2022 04 04-11 22) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 5 de abril de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.<sup>a</sup> Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022\_118), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.** - Con fecha 24 de agosto de 2020, un abogado, en nombre y representación de D.<sup>a</sup> Y, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) en el Punto de Atención Continuada (PAC) de Algezares, en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Manga del Mar Menor (sic) y en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), durante los días 27 de agosto de 2019 y el 4 de septiembre de 2019.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

Que fue diagnosticada de neuralgia del trigémino en 2011 con resonancia magnética (RMN) cerebral normal; rediagnosticada en 2018 de neuralgia del trigémino atípica.

Que el día 27/08/2019, acudió al PAC de Algezares por dolor de la parte derecha de la cabeza, alcanzándose un diagnóstico de neuralgia del trigémino. Este mismo diagnóstico se alcanzó el 28/08/2019 en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Manga del Mar menor.

Que el 31 de agosto acude al Servicio de Urgencias del HUVA, donde se le diagnostica de algia facial atípica izquierda. Este mismo diagnóstico se le realiza los días 1 y 2 de septiembre de 2019.

Que el día 04/09/2019, acude de nuevo a Urgencias del HUVA, siendo diagnosticada de neuralgia de trigémino.

Tras recibir el alta, acude dicho día a la consulta privada del Dr. Z, especialista en Estomatología y Cirugía Maxilofacial, alcanzando el siguiente diagnóstico: *"A la exploración, absceso mandibular submandibular y cervical izquierdo que llega a fosa clavicular izquierda, no fluctúa. En ortopantomografía realizada el mismo día, reacción apical en 37 posiblemente causante del absceso. La paciente refiere disfagia y fiebre elevada. Envío al Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que cumple criterios de ingreso hospitalario urgente por infección odontógena grave".*

Ese mismo día acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUVA donde, con el diagnóstico anterior, fue

ingresada en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, donde le fueron practicadas pruebas complementarias, consistentes en 4 TACs los días 4, 12, 14 y 17 de septiembre de 2019.

El día 5 de septiembre de 2019 se le practicó una exodoncia de pieza 37; el día 13 se le realiza drenaje y traqueostomía; el día 18 se le realiza drenaje peritraqueal del absceso residual.

Por todo ello considera que: *“El paupérrimo manejo diagnóstico y terapéutico de un absceso odontógeno dejado a su evolución natural desde el día 27/08/2019 hasta el día 04/09/2019, se tradujo en una gran complicación perfectamente previsible y evitable con un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento médico-quirúrgico del mismo”.*

Acompaña a su reclamación informes de la medicina pública y el informe, de 3 de febrero de 2020, del Dr. Z.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita una indemnización de 250.000 euros, conforme al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

**SEGUNDO.** - Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 10 de septiembre de 2020, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I -HUVA-, a la Gerencia de Área de Salud II -Hospital General Universitario “Santa Lucía” (HSL) y a la correduría de seguros del SMS.

**TERCERO.** - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales han emitido informe:

1º. Del HUVA:

- Informe conjunto del Dr. D. Z, Jefe de Sección del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, y del Dr. D. P, facultativo de dicho Servicio, en el que se indica:

*“Paciente que acudió a Urgencias de este Hospital el día 4 de septiembre de 2019, remitida desde una consulta privada con el diagnóstico de “flemón dentario, Angina de Ludwig”, previamente no había sido atendida por ningún miembro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital. Al ingreso se instauró tratamiento antibiótico y antiinflamatorio por vía intravenosa, y se solicitó TAC urgente, el cual, confirmó la sospecha clínica de Angina de Ludwig de causa odontógena. Al día siguiente se practicó extracción de 37. Ante la evolución tórpida del cuadro se decidió drenaje quirúrgico y traqueotomía el 12 de septiembre de 2019, a partir de ese momento el cuadro mejora, tal y como refleja la Historia Clínica”.*

- De la Dra. Dª. Q, del Servicio de Urgencias, que indica:

*“Paciente con antecedente de neuralgia atípica de trigémino en 2018, que acude para valoración en nuestro servicio este día por referir dolor facial en región maxilar izquierda y edema de 7 días de evolución, similar a episodios previos. Afebril. No signos infecciosos.*

*Se realiza exploración completa de la paciente, sin objetivar alteraciones a nivel de cavidad oral o faríngea. Dolor a palpación de región mandibular izquierda arco cigomático, periocular y región frontal/parietal izq. Edema submandibular.*

*Paciente estable hemodinámicamente, normotensa, Afebril, con Sat O2 100% basal.*

*Tras administración de nolutil iv, paciente refiere gran mejoría clínica, por lo que, ante ausencia de signos de alerta, y de acuerdo con paciente, se decide alta con tratamiento domiciliario y estudio ambulatorio. Se explican signos de alarma por los que debería volver a consultar en caso necesario”.*

2º Del Área de Salud II (Cartagena):

-Del Dr. R, facultativo del Centro de Salud Costa Cálida, que indica:

*“El día 28/08/2019 en consulta médico desplazado Centro de Salud Costa Cálida La Manga, San Javier acudió la paciente Y, edad 59 años y ha solicitado calmante (le receté Zaldiar 37,5/325mg). Ella fue diagnosticada -por informe el día 08/08/2019- herida no complicada del 1-er dedo de mano derecha, que se refleja en historia clínica en OMI (08/08/2019). La paciente Y, edad 59 años, acudió al Centro de Salud Costa Cálida La Manga, San Javier para curar el 1-er dedo de mano derecha. Hace un mes se dio un golpe y se le desprendió la uña, en su Centro de Salud le recomendaron cura local y le dijeron que se caerá sola -no se ha caído-. Presenta signos de infección: enrojecimiento, inflamación y dolor a la palpación. Derivo al hospital para valoración de retirada de uña por el servicio de urgencia.*

*Acudirá por sus propios medios el día de hoy.*

*Cura local-limpieza: suero fisiológico+betadine+oclusión.*

*El día 28/08/2019 por molestia del 1-er dedo de mano derecha- que se refleja en historia clínica en OMI (28/08/2019) -administrado de medicación intramuscular:*

*Urbason 60 mg. I.M.+Diclofenaco I.M.*

*La paciente Y, edad 59 años no conoce alergias y otras contraindicaciones para administrar Zaldiar 37,5/325 mg, Diclofenaco I.M., Urbason 60 MG.L.M.*

*La paciente Y, edad 59 años, no acudió más al Centro de Salud Costa Cálida, La Manga, San Javier”.*

**CUARTO.** - Con fecha 26 de febrero de 2021 se solicita informe de la Inspección Médica, no constando que haya sido evacuado hasta la fecha.

**QUINTO.** - Con fecha 8 de julio de 2021, la compañía aseguradora del SMS, aporta informe médico-pericial definitivo, conjunto, de los Drs. D. S y D. T, especialistas en Medicina Interna, en el que se concluye que:

*“1. Dª Y consultó en Urgencias del HUVA en tres ocasiones con anterioridad al 4 de septiembre por un cuadro de dolor hemifacial.*

*2. La valoración de la paciente fue adecuada en nuestro criterio e incluyó la realización de anamnesis, exploración física, análisis, así como la participación de distintos especialistas entre los que se incluyeron los Médicos de Urgencias y los Neurólogos.*

*3. La orientación diagnóstica fue correcta en base a los datos de los que dispusieron los profesionales que prestaron la asistencia.*

*4. El 4 de septiembre fue diagnosticada de infección de estructuras profundas del cuello de origen odontógeno tras aparecer datos clínicos no presentes con anterioridad como febrícula-fiebre, dolor al tragar y trismus, y objetivarse la presencia de tumefacción no solo submandibular sino también laterocervical.*

*5. El curso evolutivo de la paciente ha sido favorable precisando tratamiento antibiótico sistémico y tratamiento quirúrgico con protección de la vía aérea mediante la realización de traqueostomía.*

*6. Incluso aunque el diagnóstico se hubiera podido adelantar en unas horas-días estos peritos entienden que en base a los datos aportados no se puede establecer que de este adelanto se hubiera derivado un cambio relevante en el pronóstico y opciones de tratamiento de la paciente.*

**VI.- CONCLUSIÓN FINAL**

*En nuestro criterio más que de demora diagnóstica habría que hablar de imposibilidad de alcanzar el diagnóstico con antelación por la propia dificultad que entraña el mismo y la coexistencia de patología previa que puede justificar la clínica relatada. En base a los datos aportados el tratamiento y curso evolutivo no depende de forma exclusiva y/o principal de la supuesta demora diagnóstica”.*

**SEXTO.** - Con fecha 9 de julio de 2021 se otorgó trámite de audiencia a la interesada, que presenta escrito de alegaciones con fecha 10 de diciembre de 2021, argumentando, en síntesis:

1. Que el diagnóstico de “flemón dentario, angina de Ludwig” pudo y debió haber sido alcanzado en las más de 4 visitas de la paciente al HUVA.
2. Que en ninguna de dichas visitas se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía Maxilofacial, que, de haberse realizado, el diagnóstico hubiese sido alcanzado de manera precoz, la paciente no se hubiese visto obligada a acudir a la sanidad privada y se hubiese pautado el tratamiento con mayor premura, lo que hubiese evitado la necesidad de extracción de la pieza 37, el drenaje quirúrgico y la traqueotomía finalmente efectuadas el 12/09/19.
3. Que ha existido una evidente demora diagnóstica fruto de la deficiente asistencia sanitaria prestada a esta paciente.
4. Que el daño causado era previsible y evitable de haber actuado con la diligencia debida: de haber efectuado una exploración correcta de la paciente (radiografía, ortopantomografía diagnóstica, interconsulta al Servicio de Cirugía Maxilofacial, análisis de sangre) se hubiese diagnosticado la infección con mayor antelación, lo que hubiese evitado la evolución natural durante más de dos semanas del proceso infeccioso, con las consecuencias ya conocidas (drenaje quirúrgico, traqueotomía, extracción de pieza dental, tratamiento antibiótico intravenoso a dosis altas durante un largo período de tiempo, etc.).

**SÉPTIMO.** - La propuesta de resolución, de 30 de marzo de 2022, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS, no existiendo elementos de juicio en el procedimiento que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso.

**OCTAVO.** - Con fecha 4 de abril de 2022 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

### **SEGUNDA.** - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escrito registrado con fecha 24 de agosto de 2020, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que “*el plazo*

*empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”. En el presente caso, el alta hospitalaria se produce el 2 de octubre de 2019, por lo que la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede del previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

### **TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.**

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP, son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado 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 (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. La “*lex artis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, *“debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*

*Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*”.*

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 (LEC)-, 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).

#### **CUARTA. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.**

Considera la reclamante que se ha producido un paupérrimo manejo diagnóstico y terapéutico del absceso odontógeno que sufría. Demora asistencial unida a una evidente falta de medios puestos a su disposición que permitió la evolución natural del absceso desde el día 27/08/19 hasta el día 4/09/19, lo que se tradujo en un daño desproporcionado, con necesidad de drenaje quirúrgico y traqueotomía de la paciente, perfectamente previsible y evitable con un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento médico-quirúrgico del mismo.

En el presente caso, no aporta la reclamante al expediente, ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, obligándole a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *“Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

Es por ello por lo que, para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis*, será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

Con base en dichos informes coincidimos con la propuesta de resolución en que la actuación de los profesionales implicados en el caso fue totalmente correcta, ajustándose al “estado del arte” de la medicina y cumpliendo en todo momento con la “*Lex Artis ad hoc*”.

En concreto, en el análisis de la práctica médica que realiza el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS, se indica:

*“En contra de lo señalado por los reclamantes, la primera ocasión en que nos consta que la paciente consulta por dolor facial izquierdo fue el 31 de agosto de 2019. No consta a estos peritos que la paciente consultara el día 27 de agosto en el PAC de Algezares por dolor de la parte derecha de la cabeza. La medicación que refiere que se le administró coincidiría con el documento 1 de los adjuntados por los reclamantes, pero en dicho documento no figura ni el lugar ni la fecha donde se presta la asistencia. En todo caso sería difícilmente relacionable una hemicránea derecha con la presencia de una infección odontogénica en la región mandibular izquierda.*

*Tampoco consta en la documentación aportada a estos peritos que el 28 de agosto consultara por este mismo motivo en el Hospital de la Manga del Mar Menor. En la documentación que se nos aporta consta que consultó ese día en relación con una patología de la uña del primer dedo de la mano derecha en el Centro de Salud Costa Cálida”.*

Considera el referido informe que en las asistencias prestadas con anterioridad al 4 de septiembre de 2019 fue coherente la orientación diagnóstica con los datos disponibles por los profesionales que las prestaron, puesto que:

*“La paciente consulta por un cuadro de dolor en hemicara izquierda. La valoración realizada es completa incluyendo una detallada anamnesis y exploración física, valoración multidisciplinar incluyendo la realizada por los Neurólogos y los médicos de Urgencias y realización de pruebas complementarias concretamente unos análisis.*

*En base a los datos aportados por la propia enferma y los objetivados en la valoración realizada resultaba razonable plantear un diagnóstico como el establecido, pues:*

*- El cuadro se describe por la paciente como igual al que ha presentado en otras ocasiones (concretamente al valorado en octubre de 2010 -doc nº 246 de la historia del HUVA- y en octubre de 2018 -doc nº 270-) y que ya había sido objeto de estudio por parte de Neurología.*

*- No se describe la presencia de desencadenantes que pudieran sugerir un origen odontogénico como la reproducción o empeoramiento del dolor con la masticación y/o con los cambios de temperatura. Pese a eso y con buen criterio ya se había recomendado a la paciente el mismo 31 de agosto cita con Cirugía Maxilofacial, que en todo caso ya había valorado a la paciente en el episodio de 2010...*

*-No se describe la presencia de fiebre ni otros síntomas presentes habitualmente en el diagnóstico finalmente alcanzado como podrían ser afectación del estado general, disfagia y odinofagia o trismus mandibular. La tumefacción facial había formado parte del complejo sintomático de los episodios previos como consta recogido en el informe de Neurología de octubre de 2018 y por tanto no resultaba un dato específico.*

*- Tampoco hay datos específicos en los análisis realizados el 31 de agosto que permitan sospechar la presencia de una complicación infecciosa de origen bacteriano...”.*

También se afirma en el informe que, en el caso de las infecciones de las estructuras profundas del cuello es habitual la demora en el diagnóstico, por lo que, según su criterio, “no se puede considerar una mala praxis una demora diagnóstica como la que los demandantes establecen en este caso, sino que hay que ponerla en relación con la dificultad propia del diagnóstico de esta patología a la que en este caso habría que añadir la dificultad añadida de la coexistencia de un diagnóstico previo (neuralgia del trigémino atípica) que permitía explicar la clínica

relatada por la enferma, sin que existieran datos específicos en la clínica y/o exploración física, ni siquiera en los análisis realizados que permitieran establecer la sospecha diagnóstica de infección de estructuras profundas de origen odontógeno con anterioridad al 4 de septiembre de 2019.

Por otro lado en la valoración realizada por el Cirujano Maxilofacial del HUVA en la tarde del 4 de septiembre se indica que el dolor facial es de semanas de evolución, no constando a estos peritos, en la documentación aportada, que las consultas por este motivo se iniciaran hasta el día 31 de agosto, es decir menos de una semana antes del diagnóstico, no pudiendo ser por tanto imputable al Servicio Sanitario el tiempo previo en el que al parecer la paciente permaneció sintomática sin haber solicitado asistencia aparentemente por este motivo”.

Para terminar, se indica que de haberse podido realizar el diagnóstico en alguna de las asistencias previas al 4 de septiembre de 2019, no está garantizado que el resultado hubiera sido distinto.

En efecto, porque este modo de proceder lo impide la “prohibición de regreso” elaborada por la jurisprudencia y recogida, entre otras muchas, con cita en otras anteriores, en el Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 1218/2017 de 11 julio, dictada en el recurso de casación núm. 1406/2015, cuando indica:

*“Expone la sentencia recurrida su valoración de la prueba pericial, razonando que «la prueba pericial de la parte actora sostiene sus conclusiones con la metodología consistente en la regresión desde el resultado final de la evolución de la paciente para, a su vista, cuestionar el diagnóstico inicial; es decir: a la vista del resultado -fallecimiento de la paciente por cáncer de pulmón-, se concluye que la realización de un TAC pudo haber permitido diagnosticarlo con anterioridad, pero lo cierto es que ningún síntoma de la paciente inducía a llevar a cabo dicha prueba diagnóstica. Este método de proceder, si bien puede ser de utilidad para analizar la asistencia prestada a un paciente desde perspectivas médicas, carece de validez jurídica para sustentar desde este ámbito un reproche a la asistencia proporcionada, pues vulnera la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/f febrero/2006, 7/mayo (RJ 2007, 3553) y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011 (RJ 2011, 4260), por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.*

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.** - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.