



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 5 / 2 0 2 3

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de marzo de 2023.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 42/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de fecha 26 de enero de 2023, con entrada en este Consejo Consultivo el día 27 de enero, se solicita por Excmo. Sr. Consejero de Sanidad dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización formulada por (...), por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que se considera por parte de la Administración sanitaria que la cuantía de la indemnización sería superior a los 6.000 euros en caso de ser estimada, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley

* Ponente: Sra. De Haro Brito.

11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa y, por ende, del derecho a reclamar del interesado al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamación se interpuso el día 14 de noviembre de 2019 relativa a un daño personal que quedó perfectamente determinado el 24 de mayo de 2019.

II

1. En cuanto a los antecedentes de hecho, se deduce del escrito de reclamación lo siguiente:

Que el día 2 de mayo de 2019 el interesado acudió al Servicio Canario de la Salud, a su ámbito de Atención Primaria por padecer dolor e inflamación en la zona submaxilar inferior derecha y presentar ligera febrícula, originada por tener en dicha zona una pieza dental cariada, la cual fue tratada inicialmente de forma

farmacológica. Los siguientes días siguió acudiendo a su Centro de Salud por el mismo motivo y el día 6 de mayo se le dio cita con el odontólogo.

En días posteriores continuó acudiendo a su Centro de Salud por el mismo motivo, hasta que el día 22 de mayo de 2019, cuando en el Centro de Salud de Barranco Grande fue atendido por la odontóloga (...), la cual le realizó un examen bucodental, sin efectuarle radiografías ni ningún otro tipo de estudio, y decidió tras ello extraerle una de sus piezas dentales, la que estaba cariada.

Ese mismo día, a las 16:30 horas, volvió a su Centro de Salud por presentar «inflamación en hemicara derecha, hinchazón y sensación de dificultad para tragar, también refiere falta de aire al intentar cogerlo por la boca» y se presentó otra vez en el mismo por continuar con tales síntomas a las 19:00 horas de dicho día, siendo remitido al Hospital Universitario de Canarias, en donde se le diagnosticó un edema de glotis.

El día 24 de mayo se le realizó un TAC que determinó que padecía angina de Ludwig, razón por la que fue intervenido quirúrgicamente de tal dolencia de forma urgente.

2. El interesado en un escrito de mejora alegó acerca del motivo exacto de su reclamación que «En cuanto al error que se atribuye consiste en la mala asistencia sanitaria prestada, que derivó en una angina de Ludwig, debido a la extracción con infección y sin la realización de las debidas pruebas complementarias»

3. Asimismo, los antecedentes expuestos deben completarse con lo manifestado al respecto por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el día 7 de septiembre de 2022, en el que consta:

«RELACION DE LOS HECHOS

1.- Según se describe en la historia clínica, el paciente, con fecha de nacimiento el 02/10/1986 (32 años), cuenta con antecedentes desde la infancia de trastorno del control de los impulsos y de regulación de las emociones. En tratamiento y seguimiento por Psiquiatría e incapacidad laboral prolongada, con inicio en marzo/2019 por Trastorno depresivo grave con síntomas de ansiedad, consumo intermitente de drogas e ideas autolíticas.

2.- En fecha 02/05/2019, acude a Urgencias de Atención Primaria por presentar desde la noche antes inflamación y dolor en la zona submaxilar-inferior derecha (en adelante submandibular derecha), además de febrícula no termometrada (sensación de fiebre ligera)

con escalofríos. En la exploración se describe molar inferior derecho con amplia carie, con signos de infección, y la presencia de dos adenopatías submandibulares movibles y dolorosas (dos ganglios inflamados). Los signos vitales, incluido la temperatura son normales.

3.- Tras la anamnesis y la exploración, ante la presencia de amplia carie con signos de infección, se inicia tratamiento con antibioterapia (amoxicilina clavulánico 875/125, fármacos de elección en procesos de esa naturaleza, incluso si se tratara de abscesos dentales), además de derivarlo para su atención por Odontología.

4.- Los días 3 y 5 siguientes, también acude a Urgencias del Centro de Salud por persistencia de dolor molar. En la exploración física no hay datos nuevos. Dado que tiene tratamiento con antibioterapia apropiada, se le administra analgesia y antiinflamatorio vía parenteral y se le añade dicho tratamiento vía oral para domicilio.

5.- En fecha 06/05/19, es valorado por Odontología (Dentista), constando en historial clínico e informe odontológico, una anamnesis y exploración donde se describen deficientes cuidados de salud oral. Presenta ausencia de piezas dentales 25 y 36, acúmulo de sarro dental y caries avanzada que se extiende a pulpa de la pieza dentaria 46 (molar localizado en la zona submandibular derecha). Dado que está adecuadamente tratado con antibioterapia y antiinflamatorios se le recomienda realizar tratamiento conservador, es decir, endodoncia para eliminación de la pulpa dental inflamada ("matar el nervio"), lo que le provocaría alivio del dolor, conservando y restaurando la pieza dental cariada. Procedimiento que debería realizar por Odontología privada, por no estar cubierto por el sistema público de salud.

6.- En fecha 08/05/19, su Médico de Atención Primaria, le hace seguimiento de la incapacidad temporal por su trastorno depresivo con síntomas de ansiedad. También le revisa el tratamiento pautado para la caries dental (antibioterapia y antiinflamatorios) y le añade tratamiento puntual parenteral (antiinflamatorio-analgésico).

7.- Los días 18,19 y 20 persiste dolor molar y en zona de adenopatía submandibular, a pesar de tratamiento con antibioterapia y analgesia-antiinflamatoria, por lo que se añade esta última de forma parenteral. El día 21, es visto en consulta por su Médico de Familia, por persistencia de dolor en molar cariado. En la exploración se describe presenta caries en dicho molar y adenopatía submandibular dolorosa del mismo lado (derecho). Se le administra tratamiento antiinflamatorio y analgésico parenteral. Continúa con pauta de tratamiento antibiótico prescrito. Se describe al día siguiente tiene prevista consulta con Odontología.

8.- El día 22/05/19, dado que no desea tratamiento conservador, acepta en consulta de odontología de Centro de Salud de Barranco Grande, se le realice exodoncia (extracción) de la pieza dental 46 por caries, constando tras examen bucodental se objetiva caries que se extiende a pulpa. Según historia e informe de Odontología se trata de un paciente fumador, con malos hábitos de higiene bucal, poco colaborador con la información que se le da. Consta en el momento de dicha consulta no presenta dolor ni inflamación. Tras el procedimiento se

le dan consejos de salud oral, consejos postexodoncia y de mantenimiento del tratamiento antibiótico y antiinflamatorio-analgésico ya pautado con anterioridad por Médico de Familia.

9.- Con posterioridad a la extracción (referido sobre las 16:00 horas), acude a Urgencias de Atención Primaria, sobre las 16:30-17:00 horas, por inflamación de hemicara derecha y dificultad para tragar. En la exploración se describe buen estado general y la saturación de oxígeno es normal, objetivándose hinchazón de hemicara y restos sanguíneos en la zona de la extracción molar (lo cual es común a la extracción). Se le administra antiinflamatorio parenteral y se le dan las recomendaciones sobre el tratamiento y signos de alarma. Horas más tarde, sobre las 19:00 horas vuelve a acudir a Urgencias de Atención Primaria por dolor e inflamación de hemicara derecha y notar que se le cierra la garganta. En la exploración se describe edema, inflamación e hiperemia de orofaringe, ya tratado antes con antiinflamatorio y analgesia parenteral, se remite para valoración en el hospital de referencia (CHUC).

10.- A las 21:56 horas, ya se encuentra ingresado en el CHUC. En la exploración se describe presenta buen estado general, con signos vitales normales. La auscultación cardiopulmonar es normal. En la exploración otorrinolaringológica (ORL) se objetiva edema de úvula e inflamación peribucal derecha. La analítica sérica muestra signos infección. Con el diagnóstico de Edema de glotis se inicia tratamiento antiinflamatorio parenteral inmediato para reducir el edema y mantener libre la vía respiratoria, así como resto de actuaciones terapéuticas y diagnósticas necesarias.

11.- En TAC realizado (24/05/19), se objetiva colección (absceso) que impresiona de infección por anaerobios (como las bacterias residentes habituales en la boca) en el espacio parafaríngeo y espacio sublingual adyacente, hallazgos que se corresponden con angina de Ludwig.

12.- Ese mismo día de forma urgente, se le realiza drenaje quirúrgico de absceso parafaríngeo, sin incidencias. Una vez drenado el absceso, es trasladado a Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), intubado conectado a ventilación mecánica dado edema importante de la orofaringe. El paciente se mantiene monitorizado y con los tratamientos, controles y cuidados adecuados, pudiendo ser extubado 72 horas más tarde, el 27/05/19.

13.- En evolutivo del día 28/05/19, se describe el paciente está estable a nivel respiratorio y hemodinámico; sin signos de infección en la analítica sérica de control, por lo que se da alta para su traslado a planta de cirugía maxilofacial.

14.- El día 29/05/19, se le realiza exploración, aspirado de pus y lavado de la zona y nuevos cultivos. Cultivos del día 24 y del 29, que fueron positivos a microorganismos pertenecientes a la flora de orofaringe (que son habituales de la zona).

15.- *En los días siguientes su evolución es satisfactoria, por lo que, realizados controles analíticos, cultivos y TAC evolutivo, y, objetivándose una exploración física sin disnea, sin disfga y sin edema, causa alta hospitalaria el 07/06/2019.*

16.- *No consta en historial clínico e informes facilitados por Médico de Familia, ninguna secuela relacionada con este proceso, si bien en febrero de 2020 todavía continuaba de baja por el proceso depresivo iniciado en marzo de 2019».*

III

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 14 de noviembre de 2019.

Posteriormente, el 18 de diciembre de 2019 se dictó la Resolución núm. 2.995/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP y con los preceptivos informes del Servicio actuante, en este caso, los informes de las dos odontólogas que trataron al interesado durante todo el proceso médico anteriormente expuesto.

Así mismo, se acordó al apertura del periodo probatorio no proponiéndose por el interesado la práctica de prueba alguna y, posteriormente, se le otorgó el trámite de vista y audiencia al interesado, quien no presentó escrito de alegaciones.

3. Por último, el día 24 de enero de 2023 se emitió Propuesta de Resolución definitiva, sin que se emitiera informe de la Asesoría jurídica departamental, manifestándose en dicha Propuesta de Resolución sobre tal omisión que:

«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

En este caso, no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que es de aplicación, lo dispuesto, entre otros, en su informe - AJS 40/17- C - que indica que ha de existir una necesaria relación causal a fin de poder reconocer responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), de aplicación en relación con lo establecido por la Disposición Transitoria Tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública. La Asesoría Jurídica en dicho informe trae a colación la STS Sala 3ª sección 6º de 21 de marzo

de 2006, que indica lo siguiente: “ no basta para dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende, sea consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.”».

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 137/2022, de 7 de abril, entre otros, se ha manifestado que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- 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 patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa 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».

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de*

los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes 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, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el

funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone, sin perjuicio del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)», esta doctrina resulta ser plenamente aplicable al presente asunto por la razones que se expondrán a continuación.

3. A la hora de entrar a resolver la cuestión de fondo del presente procedimiento, que se concreta en determinar si la actuación de la odontóloga efectuada el 22 de mayo de 2019 fue conforme a *lex artis*, se ha de tener en cuenta, en primer lugar, lo manifestado en los informes obrantes en el expediente.

Así, en el informe del SIP ya referido, se afirma que:

«1.- La aparición de una caries dental supone que se han destruido los tejidos dentales (esmalte y dentina) rompiéndose la integridad del diente afectado, de tal modo, que se produce una perforación del mismo, que alcanza a la pulpa; luego ésta se inflama, a lo que se denomina *pulpitis*.

2.- Se trata de una afección que tiene su origen en la actividad bacteriana que hay en la cavidad oral (bacterias cariogénicas). Estas bacterias producen un ácido a partir de los restos de los alimentos y éste ataca a los dientes ocasionando su desmineralización. Sin embargo, existen otros factores exógenos, la mayoría evitables, que potencian la actividad bacteriana y que, consecuentemente, favorecen la aparición de caries, factores entre los cuales figura de forma destacada la mala higiene bucal.

3.- Las caries se diagnostican habitualmente por exploración ocular, en ocasiones con ayuda de sonda dental o transiluminación y en caso de dudas con Rx intraoral (no se necesita una radiografía cuando el diagnóstico está claro). Una caries amplia significa que se ha destruido el tejido dental, es decir, hay un agujero en la zona que debería estar cubierta por esmalte y dentina, que puede estar asociado a acumulación de placa bacteriana y signos de infección (enrojecimiento, inflamación de la zona y/o de los ganglios cercanos). En estos casos con la exploración clínica es suficiente para llegar al diagnóstico.

4.- El tratamiento de la infección odontogénica (infección del diente o tejidos que lo rodean), se realiza de elección con tratamiento médico farmacológico empírico a base de

penicilina al ser sensibles a ella las bacterias aerobias grampositivas y los anaerobias habitualmente aisladas en la boca.

5.- La caries se trata eliminando el tejido dañado e infectado para después poder restaurar el diente con su forma adecuada. En muchas ocasiones también tendremos que proceder a efectuar un tratamiento de conductos o endodoncia (matar el nervio en vox-populis) para eliminar la infección que infiltra el tejido pulpar. Una vez finalizado el tratamiento endodóntico se procederá a su restauración. En el caso de que el paciente no lo desee, o por sus circunstancias no esté indicado, el tratamiento será la exodoncia.

6.- La angina de Ludwig es una patología infrecuente de tejidos blandos, que puede ser causada por infecciones odontogénicas (desde el propio diente o tejidos que lo rodean por diseminación a espacios vecinos) o por otras causas como laceraciones de tejidos blandos orales, heridas en piso de boca e infecciones orales secundarias, etc. Dicha afección se caracteriza por celulitis (infección) de los espacios submandibular y sublingual por diseminación produciendo edema de dichos tejidos, de forma muy rápida, lo que puede comprometer estructuras vitales (laringe, glotis) desencadenando alto riesgo vital debido a la obstrucción de la vía aérea.

7.- El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico y, por lo tanto, el médico debe estar alerta, ya que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno resultan de vital importancia para asegurar la vida del paciente. La prueba de TAC está indicada para evaluar la extensión topográfica de la infección.

8.- El tratamiento de esta entidad incluye el manejo de la vía aérea y antibioterapia de amplio espectro (como la amoxicilina y el ácido clavulánico prescrito al paciente desde la consulta inicial) para alcanzar la eliminación del patógeno, pudiendo ser necesario el desbridamiento de la superficie radicular y extracción del diente infectado para controlar el foco principal.

CONCLUSIONES

1.- El paciente, desde el minuto uno estuvo adecuadamente diagnosticado, y su tratamiento desde entonces fue el correcto: con antibioterapia que incluía penicilina y betalactámico, además de tratamiento antiinflamatorio y analgésico. Asimismo, dado que el tratamiento era el pertinente se le recomendó por parte de Odontología, que continuara con el mismo, y se realizara endodoncia, por Odontología privada por ser este un procedimiento no cubierto por el sistema público de salud, con el objetivo de extraer la pulpa inflamada y conservar y restaurar la pieza dental cariada.

2.- Estando el paciente en todo momento adecuadamente diagnosticado y tratado, se le realizó posteriormente con aceptación del mismo, y debido a que no deseaba endodoncia, la extracción del molar cariado, con lo cual se esperaba resolver definitivamente el proceso, con la coadyuvancia de antibioterapia y medicación antiinflamatoria que siempre estuvo

prescrita, pero el paciente desarrolló por vecindad la diseminación de la infección a estructuras blandas vecinas, afección conocida como Angina de Ludwig. Proceso este que también estuvo sospechado desde que apareció la primera señal: el edema, y, adecuadamente diagnosticado y tratado, a pesar de ser una afección infrecuente».

Además, en el informe de la odontóloga que extrajo la pieza dental cariada el día 22 de mayo de 2019, se afirma que «Paciente (...), fumador, mala higiene bucal y malos hábitos de higiene, poco colaborador con la información que se le da, que está con tratamiento antibiótico desde el día 8 de mayo (primero con amoxicilina, ac clavulanico 875mg, 1 cada 8 horas y después se le indicó 1 gramo cada 8 horas por su familia). Acude a consulta odontológica sin dolor, ni inflamación y con tratamiento de antibiótico en ese momento se le realiza extracción dental del 46 porque no desea conservar el molar. Además, de estar tratado desde hacía muchos días con antibiótico, analgésicos y antiinflamatorios, se le dieron consejos de higiene bucal, consejos post exodoncia y se mantuvo el tratamiento indicado por su familia».

4. En segundo lugar, es preciso señalar que el interesado no ha aportado elemento probatorio alguno que permita considerar que la actuación de las odontólogas intervinientes haya sido inadecuado y, por ello, contraria a la *lex artis*, y por tanto, no puede sostenerse la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC].

5. Todo ello, permite concluir afirmando lo siguiente:

- Que durante todo el proceso médico se le prescribió al interesado el tratamiento farmacológico adecuado a su patología.

- Que el día 22 de mayo de 2019, después de haber sido tratada durante muchos días su infección e inflamación de la zona cariada, ya no presentaba dolor ni inflamación, estando indicada la exodoncia, tras efectuarle un exploración ocular que mostró sin duda alguna la presencia de caries en una piezas dentales, extremo este que no es negado por el interesado, exodoncia que se efectuó correctamente y tras su consentimiento.

- La angina de Ludwig, como consta en los informes, no se produjo por la exodoncia correctamente realizada, sino por la extensión de la propia infección que padecía el interesado, pese a que la misma se trató convenientemente como ya se ha afirmado.

Por todo ello, se considera que el interesado no ha demostrado debidamente la existencia de una actuación del SCS contraria a la *lex artis*, ni que se hubiera

incumplido en algún momento la obligación de medios que le es propia, razón por la que procede afirmar que no ha quedado probada la existencia de relación de causalidad entre el adecuado funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el interesado, por lo que, en consecuencia, procede considerar conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.