



En Logroño, el 20 de junio de 2025, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras, D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

47/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria por mala praxis en cirugía bimaxilar (165.000 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 18 de abril de 2024 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja en la misma fecha, la representación letrada de la reclamante, expuso que:

-La reclamante sufría un problema de deficiente masticación. Tras visitar a varios especialistas le informaron que el problema, no era de origen dentario sino esquelético, deformidad dentofacial, puesto que tenía el paladar estrecho y a consecuencia de ello el maxilar superior no podía engranar con el inferior de forma adecuada además de provocarle apiñamiento dental.

-En 2020 contactó con una ortodoncista privada, especialista en ortopedia y ortodoncias complejas. La cual le dijo que tenía que ponerse en contacto con los cirujanos del Servicio de cirugía maxilofacial del Hospital San Millán-San Pedro (sic), con los que ella trabajaba y tenía confianza para explicarles el caso y la valoraran.



-Durante el año 2020 se le citó en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en dos ocasiones, el 30 de junio y el 10 de septiembre para extraerle las muelas del juicio. Posteriormente el 27 de octubre acudió nuevamente a la consulta de la ortodoncista para comenzar el tratamiento de ortodoncia con la colocación de *bracket*. En 2021 se dio inicio a las consultas de seguimiento con el Servicio de Cirugía Maxilofacial siendo citada los días 19 de enero y 22 de octubre de 2021. Igualmente sucedió en 2022, siendo citada el 22 de abril y el 21 de octubre. En el año 2023 tuvo una cita el día 14 de abril, donde se le hizo entrega para firmar, el consentimiento informado. Verbalmente, durante las citas de seguimiento se le indicó que sería una intervención monomaxilar, pero ciertamente el consentimiento no lo indicaba expresamente ya que se refería de forma genérica a la cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales.

-El estudio y plan quirúrgico de la cirugía ortognática y las férulas quirúrgicas, todo ello previo e indispensable para llevar a cabo la intervención, lo realizó el 17/04/2023 el Dr. de un laboratorio maxilofacial de Madrid, donde es externalizado este Servicio, y le fue remitido por correo postal a la reclamante, donde se le hizo entrega en el domicilio el 18/04/2023, pocas horas antes del ingreso hospitalario, siendo intervenida a primera hora de la mañana del día siguiente, día 19 de abril de 2023.

-En este plan quirúrgico se recogían todos los movimientos de la intervención tanto de mandíbula como de maxilar, esto es una cirugía bimaxilar.

-El diagnóstico era clase III dentoalveolar con mordida cruzada posterior bilateral y con mordida borde a borde, y para corregirlo se precisaba previamente de un tratamiento de ortodoncia prequirúrgica, seguido de un procedimiento quirúrgico y posteriormente más proceso de ortodoncia postquirúrgica.

-Como han dicho, aunque verbalmente en cada una de las citas de seguimiento maxilofacial se le dijo que la intervención sería monomaxilar, a última hora se cambió de criterio. Durante la intervención que efectuaron dos cirujanos maxilofaciales del Hospital San Pedro *"debieron ocurrir algunas incidencias de las que no se tiene constancia escrita porque la intervención que se realizó en realidad, no se corresponde con la cirugía prevista, puesto que se realizaron movimientos maxilares no sólo no planificados mediante el plan quirúrgico y estudio ortognático"*.

-Al actuar *"sobre la marcha"* se realizaron cortes y posicionamientos indeseados y que han dado lugar a los efectos secundarios y secuelas a los que se refiere más adelante.

-Todo ello se sabe por lo informado por diversos especialistas, que incluso han cuestionado la necesidad y/o conveniencia de la intervención quirúrgica, pero que acreditan más adelante, pues se precisa toda la información médica, mucha de la cual no ha sido facilitada a pesar de haberla requerido en varias ocasiones.

-Consta en el informe médico de alta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del 21 de abril de 2023 que en el postoperatorio inmediato presentó *"inflamación facial e inestabilidad hemodinámica con imagen radiológica que no descarta sangrado activo por lo que se decidió su revisión en quirófano sin observarse ninguna complicación"*. En el protocolo quirúrgico se hizo constar escuetamente *"Drenaje de hematoma, coagulación y colocación de surgicel fibrilar"*. sin hacer mención a ninguna de las complicaciones quirúrgicas o postquirúrgicas que sufrió la reclamante y sin referir reintervención quirúrgica alguna.



-Sin embargo, en el informe de radiología (TC maxilofacial) previo a esa segunda intervención se lee que *“se identifica en fase arterial un punto de extravasación de contraste en el margen lateral posterior y basal del maxilar superior derecho que aumenta en fase tardía, compatible con sangrado arterial activo que se acompaña de hematoma en dicha localización que se extiende hacia el tejido celular subcutáneo de la región maxilar contralateral y alcanza un espesor de 1,8 cms”*. Concluyendo *“hallazgos compatibles con sangrado arterial activo en el espesor del tejido celular subcutáneo de la región laterobasal maxilar derecho y hematoma en región premaxilar bilateral”*.

-En el informe de alta del Servicio de Anestesia se lee *“Paciente de 34 años que ingresa procedente de quirófano tras reintervención urgente por hematoma maxilar y revisión quirúrgica de cirugía ortognática...”*

Paciente que fue intervenida de Cirugía ortognática, Presenta edema facial e inflamación postoperatoria y se le realiza un TAC urgente. Informe: hallazgos compatibles con sangrado arterial activo en el espesor del tejido celular subcutáneo de la región laterobasal maxilar derecha. Hematoma en región premaxilar bilateral. Se traslada a quirófano urgente para realizar drenaje de hematoma premaxilar y revisión quirúrgica”.

-Ello redundaba además en la idea de que algo no salió bien en la cirugía ortognática previa, que provocó un sangrado importante y que los Drs. que la llevaron a cabo intentaban ocultar o relativizar refiriéndose que se trataba de una simple revisión cuando en realidad se trató de una intervención quirúrgica urgente y posterior ingreso en la unidad de cuidados intensivos esa noche.

-El 2 de mayo de 2023 comenzó el tratamiento ortodóncico postquirúrgico acompañado de elásticos intermaxilares por parte de la ortodoncista privada, para el camuflaje óseo y dentario de los nefastos resultados quirúrgicos.

-La reclamante comenzó a notar muy prontamente que no estaba como antes ni tampoco mejor, sino que había empeorado y los resultados no hablan sido como se suponían que tenían que ser. Empezó a notar que la férula quirúrgica postoperatoria no le encajaba de manera correcta con los maxilares, distintos trastornos sensitivos maxilofaciales, insuficiencia respiratoria, desviación muy pronunciada del tabique nasal, inestabilidad, náuseas, bajadas tensionales muy bruscas, vómitos, confusión, mareos, hematomas e inflamación importante de larga duración... Más adelante comenzó a tener problemas de deglución, se dio cuenta que la mandíbula y el maxilar parecían no estar correctos (como luego finalmente se ha constatado), todo lo cual provoca mordida cruzada, problemas en la masticación, dolores mandibulares y articulares con clicks o chasquidos, perjuicio estético etc. No solamente no se ha corregido el problema inicial, sino que su salud se ha visto tremendamente y desproporcionadamente perjudicada a raíz de la intervención quirúrgica.

-Indica que, estas malas prácticas, lesiones y secuelas se han ido conociendo en diversas revisiones a las que ha acudido en la sanidad privada, pero que no pueden documentarse en tanto no tenga a su disposición toda la documentación médica de la intervención quirúrgica, de la que nunca se le ha hecho entrega completa. Es por ello que las lesiones y secuelas que ha referido no son una lista cerrada, sino una exposición de lo que hasta ahora se sabe.



-Estas secuelas no son efectos secundarios o complicaciones de la intervención quirúrgica, sino que tiene su causa en la realización de cortes y posicionamientos no previstos, indeseados y perjudiciales junto con la inadecuada atención médica. No sabe, por falta de información escrita y verbal de la intervención quirúrgica (protocolo de intervención, notas etc ...), por qué los cirujanos adoptaron estas decisiones en el transcurso de la intervención, pero dado que se trata de una cirugía de altísima precisión -el informe ortognático previo indica exactamente cuántos milímetros debe moverse cada pieza o elemento de la estructura maxilofacial- no puede admitirse la improvisación, sino que ante cualquier aspecto novedoso, no tenido en cuenta, peligroso o contraproducente para su salud, ha de suspenderse la intervención para preservar la seguridad de la intervención, salud y bienestar de la paciente.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, la reclamante entiende en su escrito, que:

“Todo ello ha provocado, además, ansiedad, estrés y depresión que incluso afecta al sueño y al descanso e impidiéndole llevar una vida completamente normal.

Por ello se considera que los profesionales sanitarios no han actuado correctamente, y con su negligencia han causado la actual situación que padece [...] y de ello debe responsabilizarse a la Administración titular del servicio sanitario y conjunta y solidariamente la ortodoncista [privada]”.

3. Respecto a la indemnización por el anormal funcionamiento del Servicio Riojano de Salud, la reclamante expresa en su escrito que aunque, *“no es definitiva”*, inicialmente se valora en la cantidad de 165.000 euros, añadiendo que, *“de no verse reconocida en vía administrativa podría verse incrementada si aparecieran nuevas secuelas o las existentes se agravasen”*.

4. A su reclamación la interesada acompañó la siguiente documentación:

- Historia clínica de la intervención de la ortodoncista privada.
- Informe médico ortognático del laboratorio Maxilofacial de Madrid de 17/04/2023.
- Consentimiento informado.
- Informe de alta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Informe de radiología previo a la 2ª intervención.
- Protocolo quirúrgico de la 2ª intervención.
- Informe de alta del Servicio de Anestesia de la 2ª intervención.
- Informe del Servicio de Urgencias del HSP de 19/05/2023.



- Informe de CEX ORL de 06/06/2023.
- Informe del Servicio de Urgencias del HSP de 21/06/2023.
- Derivación al Servicio de Psicología de 03/07/2023.
- Nota de CEX Neurología de 26/09/2023.
- Petición de documentación médica de 24/01/24.
- Petición de documentación médica de 19/03/24.

Segundo

El 22 de abril de 2024, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 22 de abril de 2024, el Sr. Instructor del expediente comunica al reclamante el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada a la paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

3. También en el mismo día, el Instructor del expediente, requirió a la Dra. Ortononcista privada, la remisión de copia de la historia clínica de la paciente, relacionada con la asistencia prestada.

Cuarto

Con fecha 27 de mayo de 2024 se remite por la citada Área de Salud del HSP, la siguiente documentación que obra en el expediente:

- i) Copia de la historia clínica a la que se le incorporan determinados informes.



ii) Informe, firmado conjuntamente, por los dos cirujanos del Servicio de Cirugía Maxilofacial del HSP de Logroño, que la operaron, de fecha 09/05/2024, y que, entre otras cuestiones, expresa:

“La paciente acude a Consultas Externas de Cirugía Maxilofacial, para valoración de tratamiento de cirugía ortognática en 2016 siendo derivada al Hospital Miguel Servet.

El 30 de junio de 2020 vuelve a acudir remitida desde su ortodoncista para realizarse el tratamiento en el SERIS. Se le explica el protocolo de actuación y la cirugía ortognática de forma no específica. Tras la extracción de los cordales y un tratamiento de ortodoncia prequirúrgico se incluye en lista de espera.

Con referencia a la decisión quirúrgica final, no se realiza hasta la finalización del tratamiento ortodóncico y tras el estudio en un programa de planificación que se encuentra externalizado. Este protocolo quirúrgico final suele variar con respecto al inicial, y en ningún caso se le asegura a ningún paciente el tipo de cirugía que se va a realizar hasta este momento. Esto se puede verificar en la nota de visita realizada 21 de octubre de 2022, donde se refiere «posible cirugía monomaxilar».

El día 19 de abril de 2024 se realiza una cirugía bimaxilar consiguiéndose una oclusión estable, tomando como referencia las férulas quirúrgicas proporcionadas por el laboratorio [de Madrid]. Durante el procedimiento no se produce ninguna incidencia y se llevan a cabo los movimientos y cortes prescritos como se observa en los estudios radiológicos postquirúrgicos.

En el postoperatorio inmediato la paciente comienza con clínica ansiosa, sensación de mareo e inflamación. Acudimos a valorarla no observándose inflamación sugerente de sangrado importante que requiriese revisión quirúrgica en ese momento y recomendamos si la inflamación o sintomatología fuese en aumento, realización de TC con contraste que objetivase sangrado que en la exploración no pudiésemos descartar. El equipo de anestesia decide realizarle el TC por la sintomatología de la paciente y descartar un sangrado arterial con repercusión hemodinámica o un síncope vasovagal.

En el TC realizado el radiólogo informa de «Hallazgos compatibles con sangrado arterial activo en el espesor del tejido celular subcutáneo de la región laterobasal maxilar derecha. Hematoma en región premaxilar bilateral». Anestesia nos avisa del informe y nos solicita revisión en quirófano.

A nuestra llegada a quirófano objetivamos que no hay inflamación alarmante, pero decidimos revisión de la herida quirúrgica del maxilar superior descartándose sangrado. Se drena pequeño hematoma, que es lo habitual tras la intervención realizada, y se cierra sin ninguna incidencia. El hecho de que no hubiese un sangrado relevante, se puede verificar ante la ausencia de anemia significativa en las analíticas de control.

El seguimiento postoperatorio es satisfactorio, con una oclusión estable en la férula quirúrgica final y con recuperación paulatina de la sensibilidad como es habitual en esta intervención y como queda reflejado en las notas. La férula postoperatoria que refieren en la reclamación no existe, hay una férula intermedia que es para uso intraoperatorio y no se le dieron instrucciones de utilizarla.



Al mes de la intervención, comenta sintomatología de nueva aparición, como dificultad respiratoria y de problemas para la deglución. Esta sintomatología no se correspondía con la exploración ni con problemas derivados de la intervención, pero solicitamos interconsulta a ORL para valoración que descarta alteraciones funcionales.

La paciente solicita segunda opinión, no acudiendo a la cita.

Desde ese momento la paciente deja de acudir a sus revisiones en múltiples ocasiones, tanto con el equipo quirúrgico como la ortodoncista responsable. No pudiéndose valorar posibles complicaciones de la intervención que se hayan desarrollado posteriormente al no haberse llevado un control de la paciente. La ortodoncista dispone de registros que objetivan una oclusión favorable antes de perder el seguimiento”.

iii) Informe de una Doctora del Servicio de Otorrinolaringología del HSP de Logroño, de fecha 09/05/2024, que certifica:

“La paciente (..) fue operada de cirugía Ortognática bimaxilar 26.4.2023, acude a consulta de ORL el 06.06.2023 por empeoramiento de la respiración nasal en fosa nasal izda tras someterse a cirugía. La paciente refiere que previamente a la cirugía ya tenía obstrucción del lado izdo, pero ahora ha empeorado. No otros síntomas (cefalea, rinorrea...).

En la exploración se observó una desviación septal a la izda, con convexidad septal izda. En las IC de cuello realizada 04/03/2023 (previo a la cirugía): en imágenes se ve desviación septal condrosea a la izda.; y en la IC cuello post cirugía: se compara con las imágenes previas y apenas existen diferencias en la deformidad septal ya existente.

A la paciente se le recomienda una septoplastia para mejorar la obstrucción nasal, con inclusión en lista de espera para cirugía desde 06/06/2024”.

iv) Informe de una segunda Doctora del Servicio de Otorrinolaringología del HSP de Logroño, de fecha 09/05/2024, que expresa lo siguiente:

“La paciente (..) acude a la consulta de disfagia el día 9 de agosto de 2023 remitida desde el servicio de Cirugía Maxilofacial por síntomas de disfagia.

Se realiza una exploración de la cavidad oral y orofaringe y una nasofibroscopia sin visualizarse alteraciones. Se realiza una videoendoscopia de deglución en la que se observa un alargamiento de fase oral, sin apreciarse alteraciones en la eficacia ni seguridad de la deglución en toda la exploración.

La paciente es remitida a Logopedia para trabajar la fuerza de propulsión lingual y de los constrictores faríngeos y, posteriormente, es revisada el día 18 de octubre de 2023, observando en la videoendoscopia de deglución una deglución dentro de límites normales. Explicamos a la paciente que no requiere seguimiento en consulta de disfagia y proponemos seguimiento por Cirugía Maxilofacial, pero no lo desea”.



v) Informe de un Doctor del Servicio de Salud Mental del HSP de Logroño, de 08/05/2024, donde expresa:

“Paciente derivada a esta consulta de psicología clínica por su médico de atención primaria. Valorada por primera vez el día: 02/10/2023.

En la valoración se evidencia: ID Reacción adaptativa mixta ansioso/depresiva secundaria a problemática orgánica., Relata dificultades tras IQ que percibe imprevistas y invalidantes, con dificultad para el tragado, pérdida de sensibilidad y otras alteraciones. Sentimientos de culpa por la decisión de IQ, sentimientos de indefensión y duelo de pérdida de salud. Sueños traumáticos sobre la decisión de operarse, pensamientos invasivos de culpa y desesperanza. No ideación autolítica ni deseo de muerte.

Resto de EPP anodina. Riesgo de deriva a trastorno depresivo estructurado.

Explica incremento de aislamiento a nivel social, pérdida de seguridad y confianza... y restricción de actividades, así como pérdida de confianza e impulso para su proyecto laboral (terminó grado de finanzas y tenía trabajo tras las prácticas que explica no puede retomar proyecto por interferencia emocional).

Describe postura activa de afrontamiento, intenta forzarse para actividad cotidiana y relación pero con mucha dificultad. Acude a rehabilitación y mantiene esperanza de mejorar físicamente.

Tiene expectativa de recibir herramientas para afrontar tanto las emociones y pensamientos invasivos como para evitar «arrinconarse y aislarse».

Intervención. Valoración

Devolución y pedagogía del cuadro del cuadro adaptativo depresivo/ansioso. Recomendaciones en formato autoayuda en reacciones depresivas. Recomendación de entrenamiento en Schultz para mejora de calidad de descanso nocturno.

Tras valoración y intervención inicial, derivada a grupos terapéuticos para potenciar recursos de afrontamiento en la situación descrita.

Evolución

Tras paso por grupos terapéuticos explica una percepción positiva del tratamiento con avance parcial en la sintomatología en su vertiente ansiosa. Por otro lado mantiene síntomas depresivos y traumáticos clínicamente significativos, en relación con la IQ y sus consecuencias.

ID Actual.

ID Trastorno adaptativo mixta ansioso/depresiva crónica (> 6 meses) secundaria a problemática orgánica en actualidad con predominio de clínica depresiva.



Se establece encuadre psicoterapia individual de apoyo en esta consulta psicología. Acude puntualmente a las citas, Necesita continuidad de intervención”.

vi) Informe de una Doctora del Servicio de Salud Mental del HSP de Logroño, de 08/05/2024:

“-Que (la paciente), fue remitida con fecha 02/10/2023 por [...] psicólogo clínico desde el CSM Espartero, al PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL INTENSIVA de Salud Mental de La Rioja con indicación del «Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, Barlow». Siendo el diagnóstico de la paciente «reacción adaptativa mixta ansioso depresiva secundaria a problemática orgánica».

-Se realizó valoración de idoneidad para el programa y evaluación pre tratamiento el 11/10/2023. Comenzó el tratamiento grupal el día 08/11/2023, y finalizó el día 10/01/2024.

-Acudió a 7 de las 8 sesiones de la intervención grupal y a una sesión de seguimiento, siendo la falta justificada.

-Se pasaron escalas autoinformadas antes del tratamiento y en la última sesión, con los siguientes resultados:

•OASIS (Ansiedad). (Punto de corte clínico: 8): pre - 11 / post – 11

•ODSIS (Depresión) (Punto de corte clínico: 8): pre - 14/ post – 16

-Como puede apreciarse en los resultados de los test, la paciente empeoró en la medida de depresión y mejoró levemente en ansiedad”.

Quinto

Con fecha 29 de mayo de 2024, el Instructor del expediente, reitera a la Ortodoncista privada, escrito de petición de información remitido el día 2 de mayo de 2024.

A continuación, figura en el expediente, sin fecha ni firma, de “*Ortodoncia Ojanguren*” con la Historia médica solicitada.

Sexto

Con fecha 13 de junio de 2024 el Instructor remite escrito a la Dirección General de prestaciones y Farmacia, para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre los aspectos esenciales de la reclamación para facilitar la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.



Séptimo

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 02/10/2023 por *CRITERIA* y, en particular, por una Doctora especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente establece las siguientes conclusiones:

“1.1 Las indicaciones del tipo de cirugía se deben realizar en base a una planificación una vez finalizada la fase de ortodoncia prequirúrgica. A la paciente se le comentó que sería una posible cirugía monomaxilar; pero tras la planificación virtual se recomendó cirugía bimaxilar y mentoplastia para resolver de forma correcta el caso. Por lo tanto, se han seguido los protocolos de diagnóstico y la indicación es correcta.

...

2. 1 La paciente acudió a quirófano tras la cirugía virtual realizada con unas férulas que llevan la información sobre los movimientos óseos a realizar. Estas férulas (intermedia que se usa en la cirugía antes de hacer el movimiento del maxilar en este caso) y final (se coloca al finalizar la cirugía y se deja colocada en el paciente) llevan la información de los milímetros que debe desplazarse el hueso de una forma precisa. Por lo tanto, con su uso se garantiza que los movimientos son los previamente planificados. Por lo tanto, no hay evidencias de que no se haya realizado correctamente la técnica.

...

3. 1 A la paciente, ante el aumento postoperatorio de la inflamación, se la llevó a realizar un TAC que sugería la presencia de una hemorragia activa por la fuga de contraste en una zona operada. Ante esta posibilidad, la paciente fue llevada a quirófano donde se revisó la zona alterada, se drenó el hematoma, se coagularon los vasos que había en la zona y se utilizó colágeno fibrilar para mejorar la formación de un nuevo coágulo y prevenir nuevos sangrados. Por otra parte, la hemorragia intra o postoperatoria es una complicación reflejada en la literatura y en el consentimiento informado de cirugía ortognática. Por lo tanto, tanto el diagnóstico como el manejo terapéutico de la complicación se han realizado conforme a los protocolos, sin que haya existido retraso ni dejación de cuidados.

...

4.1. La paciente ha manifestado diversas quejas o síntomas tras la cirugía, como son la dificultad respiratoria nasal, que existía previamente pero que había empeorado, para valorarlo se remitió a ORL, quien la incluyó en LE para cirugía. Las alteraciones de la sensibilidad, limitadas a la encía anterior, se valoraron por el neurólogo, descartando patología neurológica. Se incluyen dentro de las posibles complicaciones de la cirugía ortognática en el Cl.

4.2. Con relación a la disfagia que la paciente sufría fue valorada por ORL, consulta específica de disfagia, se han realizado sesiones de logopedia específicas y en la última revisión de ORL, a pesar de los síntomas que aquejaba la paciente, la función deglutoria se encontraba dentro de los límites funcionales. Por lo tanto, se han tomado todas las medidas posibles para tratar la complicación, y en las revisiones posteriores no es posible acreditar la complicación. Por lo tanto, no hay objetivamente ninguna complicación en este nivel.



4.3. A nivel de la oclusión, no se acreditan problemas oclusales en la demanda mediante informes de otros especialistas. La paciente no ha seguido revisiones en Cirugía Maxilofacial desde junio de 2023, a pesar de existir citas para agosto y septiembre. Por lo tanto, por parte de cirugía maxilofacial no ha sido posible saber la evolución postoperatoria ni los posibles problemas que hayan surgido tras la última revisión realizada”.

Octavo

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 31/10/2024, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

“1ª.- La indicación de cirugía ortognática bimaxilar, tal y como se recoge en la literatura médica, fue adecuada a la situación clínica que presentaba la paciente de deformidad dentofacial Clase III, con problemas de masticación.

2ª.- La planificación terapéutica establecida de ortodoncia prequirúrgica, cirugía y ortodoncia postquirúrgica, que se realizó de manera coordinada entre la ortodoncista y el cirujano maxilofacial, fue la correcta.

3ª.- Está justificado que inicialmente se planteara cirugía bimaxilar, tal y como consta en el documento de lista de espera quirúrgico, durante su seguimiento se valorara la posibilidad de cirugía monomaxilar y finalmente, y según la situación que presentaba tras el tratamiento ortodóncico prequirúrgico realizado y en función de los estudios de imagen pertinentes, se optara de nuevo por cirugía bimaxilar.

4ª.- Los dos tipos de intervención están indicados para la deformidad dentofacial que presentaba y su realización depende del grado de afectación. Tal y como queda descrito en la bibliografía, no se puede concretar qué tipo de tratamiento quirúrgico procede realizar hasta no haberse completado la ortodoncia prequirúrgica, en la que se remodelan estructuras dentales, y proceder a reevaluar la situación.

5ª.- La intervención fue realizada sin incidencias, según el protocolo establecido en el informe de planificación virtual elaborado previamente, adaptando las férulas quirúrgicas conforme al mismo y presentando una evolución radiológica satisfactoria.

6ª.- En el postoperatorio inmediato presentó signos de posible hemorragia, por lo que se procedió a su reintervención de urgencia. Se realizó una revisión quirúrgica, sin apreciar sangrado en ese momento, aplicando tratamiento para el hematoma que presentaba, presentando evolución favorable y sin complicaciones posteriores.

7ª.- La posibilidad de presentar hematoma y hemorragia postquirúrgicos son inherentes a la cirugía y quedan recogidos en el propio consentimiento informado de la intervención firmado, habiendo sido tratados en tiempo y forma adecuados sin mayores consecuencias.



8ª.- Tal y como procedía, tras la intervención se continuó con la ortodoncia postquirúrgica que correspondía, hecho que no supone, tal y como se reclama, un intento de «camuflaje» óseo y dentario por nefastos resultados quirúrgicos.

9ª.- No se puede determinar el resultado del tratamiento realizado ya que la paciente dejó de acudir de manera voluntaria a los seguimientos de maxilofacial y de la ortodoncista que le atendían, sin completar el tratamiento. No se aportan otros informes posteriores sobre su evolución y situación actual.

10ª.- Tras la intervención la paciente presentó varios procesos sintomáticos, procediéndose a su adecuado estudio y seguimiento sin poderse atribuirse ninguno de ellos a una actuación contraria a la lex artis:

-Sensación de disfagia a alimentos sin presentar alteraciones funcionales de la deglución por las que requiera ningún tratamiento.

Sensación de falta de sensibilidad dental, que fue valorada por neurología sin apreciar afectación neurológica, y que queda recogida en el consentimiento informado como posible secuela de la propia intervención.

-Incremento de la insuficiencia respiratoria nasal, relacionada con una desviación de tabique que ya presentaba previamente y que apenas se ha visto modificada por la intervención, con indicación actual de tratamiento quirúrgico. La deformidad del tabique nasal también se recoge como posible compilación de la intervención.

-Trastorno adaptativo ansioso -depresivo relacionado con la intervención y sus consecuencias orgánicas, para el que sigue en tratamiento.

11ª.- Por lo expuesto, se puede considerar que la asistencia prestada ha sido adecuada y conforme a la lex artis en cada momento, pese que haya podido presentar complicaciones que, como ya se ha explicado, están relacionadas con el procedimiento quirúrgico realizado y no pueden atribuirse a una incorrección del mismo”.

Noveno

1. Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante, mediante escrito dirigido a su representante, con fecha 31/10/2024 y con acuse de recibo el 04/11/2024.

2. La reclamante solicitó el traslado de todo lo instruido en el expediente, a excepción de la reclamación inicial presentada por ella y su representante, pero no presentó escrito de alegaciones.



3. Con posterioridad, el 31 de marzo de 2025, figura escrito de la Dirección General de los Servicios Jurídicos (DGSSJJ), dirigido a la Secretaria General Técnica (SGT) de la Consejería de Salud y Políticas Sociales por el que pide que se proceda a notificar de inmediato a cuantos aparezcan interesados en el expediente a fin de cumplir con la citación del órgano judicial, adjuntando escrito de interposición de recurso contencioso administrativo, contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad interpuesta.

Se adjunta Oficio de emplazamiento a la Consejería de Salud y Políticas Sociales de 28 de marzo de 2025 de la Letrada de la Administración de Justicia, de la Sala CON/AD 001, TSJ de La Rioja.

4. Con fecha 31 de marzo de 2025 la SGT mencionada remite cédula de emplazamiento a la Aseguradora (*SHAM SOCIETE HOSPITALIERE DE ASSURANCE MUTUELLES SUC*).

5. La SGT actuante dirige escrito a la DGSSJJ con fecha 1 de abril de 2025, con la documentación requerida, para su remisión a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja.

Décimo

En fecha 1 de abril de 2025, se formula la Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación pues *“el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Undécimo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 17 de abril de 2025, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 13 de mayo de 2025.

Duodécimo

El transcurso de seis meses, desde el inicio del procedimiento (22 de abril de 2024) sin que haya recaído resolución expresa puede entenderse como contraria a la indemnización solicitada (artículo 91.3º de la LPACAP [Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas]).



En el presente caso, la petición de dictamen a este Consejo se formuló una vez expirado tal plazo de seis meses, e, incluso, después de interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta. En cualquier caso, no habría ninguna vinculación con el sentido desestimatorio por silencio, de suerte que la resolución final del procedimiento puede ser estimatoria, total o parcial, o desestimatoria (art. 24.3 LPACAP).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 14/05/2025, registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 15/05/2025, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 165.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y



régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la LPACAP; preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65, 67, 81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones



Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de la Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: *“...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”*.

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de 12 de septiembre, ECLI:ES:TSJLR:2008:292, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non eget probatione) y los



hechos negativos (negativa non sunt probanda).

En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En el presente supuesto, la reclamante afirma respecto a la intervención quirúrgica (IQ) realizada el 19 de abril de 2023 que:

- i) Pese a que “*se le dijo que la intervención sería monomaxilar, a última hora se cambió de criterio*”.
- ii) Durante la intervención “*debieron ocurrir algunas incidencias de las que no se tiene constancia escrita porque la intervención que se realizó en realidad, no se corresponde con la cirugía prevista, puesto que se realizaron movimientos maxilares no sólo no planificados mediante el plan quirúrgico y estudio ortognático*”.
- iii) “*Al actuar «sobre la marcha», se realizaron cortes y posicionamientos indeseados, que han dado lugar a efectos secundarios y secuelas*”.
- iv) De los informes postoperatorios y de la posterior intervención urgente se puede deducir, que “*algo no salió bien en la cirugía ortognática previa*” afirmando que los Doctores la “*intentaban ocultar o relativizar*”.
- v) “*Todo lo cual provoca mordida cruzada, problemas de masticación, dolores mandibulares y articulares con clicks o chasquidos, perjuicio estético*”, perjudicando tremendamente su salud debido a la indeseada intervención quirúrgica.



Concluyendo que, “no puede admitirse la improvisación ocurrido durante la IQ, sino que cualquier aspecto novedoso, no tenido en cuenta, peligroso o contraproducente para la salud del paciente ha de suspenderse la intervención para preservar la seguridad de la intervención, salud y bienestar de la paciente”. Afirmando que, como consecuencia de la actuación de los profesionales sanitarios y de su negligencia, le han provocado, además, ansiedad, estrés y depresión, afectando al sueño y al descanso e impidiéndole llevar una vida completamente normal.

2. En los diversos informes presentados por la administración sanitaria encontramos información sobre cada uno de los extremos objeto de la reclamación, respecto a **la asistencia sanitaria recibida por la reclamante y en especial de la intervención quirúrgica realizada el 19 de abril de 2023**, en el Complejo Hospitalario San Pedro de La Rioja, que refutan las afirmaciones de la reclamante.

A) Respecto a que se le comentó, en todo momento, que la técnica sería una cirugía monomaxilar y se cambió a última hora, encontramos lo siguiente:

-Informe conjunto de los cirujanos que la operaron: “Con referencia a la decisión quirúrgica final, no se realiza hasta la finalización del tratamiento ortodóncico y tras el estudio en un programa de planificación que se encuentra externalizado. Este protocolo quirúrgico final suele variar con respecto al inicial, y en ningún caso se le asegura a ningún paciente el tipo de cirugía que se va a realizar hasta este momento”.

-Informe pericial de CRITERIA: “Las indicaciones del tipo de cirugía se deben realizar en base a una planificación una vez finalizada la fase de ortodoncia prequirúrgica. A la paciente se le comentó que sería una posible cirugía monomaxilar, pero tras la planificación virtual se recomendó cirugía bimaxilar y mentoplastia para resolver de forma correcta el caso. Por lo tanto, se han seguido los protocolos de diagnóstico y la indicación es correcta”.

-Informe de la Inspección médica: “La planificación terapéutica establecida de ortodoncia prequirúrgica, cirugía y ortodoncia postquirúrgica, que se realizó de manera coordinada entre la ortodoncista y el cirujano maxilofacial, fue la correcta. (...) Está justificado que inicialmente se planteara cirugía bimaxilar, tal y como consta en el documento de lista de espera quirúrgico, durante su seguimiento se valorara la posibilidad de cirugía monomaxilar y finalmente, y según la situación que presentaba tras el tratamiento ortodóncico prequirúrgico realizado y en función de los estudios de imagen pertinentes, se optara de nuevo por cirugía bimaxilar”.

B) Respecto a que no existió una correcta realización técnica planificada y fue objeto de improvisación, se hace constar lo siguiente:



-Informe conjunto de los cirujanos que la operaron: *“El día 19 de abril de 2024 se realiza una cirugía bimaxilar consiguiéndose una oclusión estable, tomando como referencia las férulas quirúrgicas proporcionadas por el laboratorio [de Madrid]”.*

-Informe pericial de CRITERIA: *“La paciente acudió a quirófano tras la cirugía virtual realizada con unas férulas que llevan la información sobre los movimientos óseos a realizar. Estas férulas (intermedia que se usa en la cirugía antes de hacer el movimiento del maxilar en este caso) y final (se coloca al finalizar la cirugía y se deja colocada en el paciente) llevan la información de los milímetros que debe desplazarse el hueso de una forma precisa. Por lo tanto, con su uso se garantiza que los movimientos son los previamente planificados. Por lo tanto, no hay evidencias de que no se haya realizado correctamente la técnica”.*

-Informe de la Inspección médica: *“La intervención fue realizada sin incidencias, según el protocolo establecido en el informe de planificación virtual elaborado previamente, adaptando las férulas quirúrgicas conforme al mismo y presentando una evolución radiológica satisfactoria”.*

C) En relación a si se actuó correctamente en el manejo de la hemorragia que sufrió en el postoperatorio inmediato, encontramos lo siguiente:

-Informe conjunto de los cirujanos que la operaron: *“En el postoperatorio inmediato la paciente comienza con clínica ansiosa (...) El equipo de anestesia decide realizarle el Tc por la sintomatología de la paciente y descartar un sangrado arterial con repercusión hemodinámica o un síncope vasovagal. (...) En el TAC realizado el radiólogo informa de «Hallazgos compatibles con sangrado arterial activo en el espesor del tejido celular subcutáneo de la región laterobasal maxilar derecha. Hematoma en región premaxilar bilateral». Anestesia nos avisa del informe y nos solicita revisión en quirófano (...) A nuestra llegada a quirófano objetivamos que no hay inflamación alarmante, pero decidimos revisión de la herida quirúrgica del maxilar superior descartándose sangrado. Se drena pequeño hematoma, que es lo habitual tras la intervención realizada, y se cierra sin ninguna incidencia. (...) El hecho de que no hubiese un sangrado relevante, se puede verificar ante la ausencia de anemia significativa en las analíticas de control”.*

-Informe pericial de CRITERIA: *“A la paciente, ante el aumento postoperatorio de la inflamación, se la llevó a realizar un TAC que sugería la presencia de una hemorragia activa por la fuga de contraste en una zona operada. Ante esta posibilidad, la paciente fue llevada a quirófano donde se revisó la zona alterada, se drenó el hematoma, se*



coagularon los vasos que había en la zona y se utilizó colágeno fibrilar para mejorar la formación de un nuevo coágulo y prevenir nuevos sangrados. Por otra parte, la hemorragia intra o postoperatoria es una complicación reflejada en la literatura y en el consentimiento informado de cirugía ortognática. Por lo tanto, tanto el diagnóstico como el manejo terapéutico de la complicación se han realizado conforme a los protocolos, sin que haya existido retraso ni dejación de cuidados”.

D) Respecto a qué la paciente presenta importantes secuelas, tanto funcionales como psicológicas, consecuencia del mal resultado de la cirugía realizada, el informe pericial de *CRITERIA* hace la siguiente valoración:

- “La paciente ha manifestado diversas quejas o síntomas tras la cirugía, como son la dificultad respiratoria nasal, que existía previamente pero que había empeorado, para valorarlo se remitió a ORL, quien la incluyó en LE para cirugía. Las alteraciones de la sensibilidad, limitadas a la encía anterior, se valoraron por el neurólogo, descartando patología neurológica. Se incluyen dentro de las posibles complicaciones de la cirugía ortognática en el CI”.

- “Con relación a la disfagia que la paciente sufría fue valorada por ORL, consulta específica de disfagia, se han realizado sesiones de logopedia específicas y en la última revisión de ORL, a pesar de los síntomas que aquejaba la paciente, la función deglutoria se encontraba dentro de los límites funcionales. Por lo tanto, se han tomado todas las medidas posibles para tratar la complicación, y en las revisiones posteriores no es posible acreditar la complicación. Por lo tanto, no hay objetivamente ninguna complicación en este nivel.

- “A nivel de la oclusión, no se acreditan problemas oclusales en la demanda mediante informes de otros especialistas. La paciente no ha seguido revisiones en Cirugía Maxilofacial desde junio de 2023, a pesar de existir citas para agosto y septiembre. Por lo tanto, por parte de cirugía maxilofacial no ha sido posible saber la evolución postoperatoria ni los posibles problemas que hayan surgido tras la última revisión realizada”.

Por todo lo expuesto anteriormente, la conclusión de todos los informes contenidos en el expediente señala que la asistencia prestada ha sido adecuada y conforme a la *lex artis* en cada momento.

3. Criterio del Consejo

Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de



resolución, por cuanto, tal y como señalan, tanto los facultativos que intervinieron en la atención a la paciente, como el resto de los informes sanitarios y tal como hemos reflejado anteriormente, concluyen que, atendidas todas las circunstancias concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*.

Por otra parte, no hay relación causal, no hay daño antijurídico, se han rebatido punto por punto cada una de las apreciaciones descritas por la reclamante, y no aportando prueba alguna, solo puede considerarse el relato de los *“hechos”* como meras suposiciones subjetivas que no han soportado el contraste con la rigurosa información científica aportada por los informes sanitarios.

Así, frente a considerar la intervención por la reclamante como *“no prevista”* y en la que *“debieron ocurrir algunas incidencias”* por lo que *“se actuó sobre la marcha”* y en la *“se realizaron cortes o posicionamientos que han dado lugar a efectos secundarios”*, todos los informes coinciden, sin lugar a duda alguna como queda reflejado en este dictamen, que en la IQ:

- Se siguieron los protocolos de diagnóstico y la indicación correcta.

- Se realizó una cirugía bimaxilar, consiguiéndose una oclusión estable, tomando como referencia las férulas proporcionadas por el laboratorio de Madrid.

- Durante el procedimiento no se produce ninguna incidencia y se llevaron a cabo los movimientos y cortes prescritos, como se observa en los estudios radiológicos postquirúrgicos.

Por otra parte, en relación a las secuelas y su tratamiento, queda constancia que pasado algo más de un mes de la IQ, la paciente dejó de acudir a sus revisiones en múltiples ocasiones, tanto con el equipo quirúrgico como con la ortodoncista responsable, *“no pudiéndose valorar posibles complicaciones de la intervención que se hayan desarrollado posteriormente al no haberse llevado un control de la paciente”*. La ortodoncista dispone de registros que objetivan una oclusión favorable antes de perder el seguimiento.

Finalmente, la reclamante no formuló alegaciones. Interpuso recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, con fecha 24/03/2025, contra **la desestimación presunta** de la reclamación interpuesta con fecha 18 de abril de 2024 contra la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de La Rioja.



CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz

PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA