

**Expediente:**38/2022

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

**Dictamen:** 41/2022, de 19 de diciembre

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 19 de diciembre de 2022,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein, y don José Iruretagoyena Aldaz Consejera y Consejeros

siendo ponente don José Luis Goñi Sein,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 28 de octubre de 2022 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada don..., doña..., doña... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

A la petición de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), desestimando la reclamación.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### **I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial**

Don..., su esposa doña..., y sus hijos doña... y don..., mediante escrito fechado el 30 de abril de 2020, presentaron ante el SNS-O una reclamación de responsabilidad patrimonial por los presuntos daños y perjuicios ocasionados al primero en la asistencia sanitaria prestada. En la reclamación se pone de manifiesto que:

1. Don... acudió el día 23 de agosto de 2019 al Servicio de Urgencias del... por presentar escozor y dolor perianal persistente de varios meses de evolución, refiriendo manchado de sangre desde hace unos días, siendo diagnosticado de úlcera perianal y remitido al Servicio de Cirugía General para el día 26 de agosto de 2019.

2. El día 13 de septiembre de 2019 fue intervenido por la Unidad de Cirugía Colorrectal y Proctológica, observándose tumoración ulcerada desde el canal anal lateral derecho hasta la piel del margen anal, siendo la conclusión de la biopsia carcinoma escamoso anal.

3. Realizado TAC el 24 de septiembre de 2019, se comprueba la existencia de adenopatías inguinales y lesión quística en mediastino posterior.

4. El 10 de octubre de 2019 se practica la RMN confirmándose la presencia de tumoración anal.

5. Realizado PET el 15 de octubre de 2019 se diagnostica neoplasia rectoanal con infiltración ganglionar pélvica.

6. Con fecha 31 de diciembre de 2019 se practica colostomía terminal urgente.

7. En el TAC realizado el 13 de enero de 2020 se objetivaron lesiones focales hepáticas, habiendo aumentado de tamaño la lesión perianal, módulo mesorrectal y conglomerado adenopático inguinal sin cambios, y

múltiples ganglios subpleurales de nueva aparición, así como nodulillo inespecífico en línula y derrame pericárdico.

8. Con fecha 22 de enero de 2020 se realizó nuevo PET, confirmando neoplasia de canal anal con hallazgos compatibles con progresión hepática, pulmonar, muscular y probablemente ósea.

9. En la reclamación se alude a que, con anterioridad a toda esta situación, el señor... acudió hasta en tres ocasiones a la Médica de Atención Primaria. En concreto:

- el 14 de mayo de 2019 «por molestias anales. En ese momento no se le hizo ninguna exploración, ni tan siquiera visual».

- el 9 de julio de 2019, acudió porque «no se le pasa lo del ano». «Tampoco se le hace ninguna exploración, ni visual. Le informa que le va a mandar a consulta de cirugía proctológica pero no le dieron cita».

- el 21 de agosto de 2019 acude nuevamente «por encontrarse peor». Se precisa que «para entonces había recibido una carta diciéndole que estaba en lista de espera para cirugía, pero tampoco esta última vez se le hizo ninguna exploración».

10. En la fundamentación jurídica de la reclamación se invoca lo dispuesto por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, y, en concreto, los requisitos que han de concurrir para que sea estimada la responsabilidad patrimonial de la administración, incidiendo en la efectividad del daño, su evaluación y su relación de causalidad, con cita de jurisprudencia que acota el contenido de estos. Entienden los reclamantes que en el presente supuesto concurren dichos requisitos, pues «a pesar de las sucesivas visitas a la médica de atención primaria refiriendo dolor perianal, ni siquiera se hizo exploración visual de la zona, lo que fácilmente pudiera haber determinado el diagnóstico, como de hecho se comprobó visualmente en el servicio de urgencias». Se abunda en este aspecto, indicando que existió una prestación irregular, por deficiente y tardía, del servicio sanitario, pues «a pesar de los dolores referidos por el paciente no se llevó a cabo exploración física ni visual».

La reclamación finaliza con la solicitud de la indemnización, fijándose en 240.000 euros, sin perjuicio de la liquidación definitiva una vez que se aporte la íntegra historia clínica del señor..., y según la evolución de su patología. Se solicita, además, una indemnización adicional para la esposa de 64.000 euros al objeto de paliar los daños psicológicos («y todo ello por no haber reaccionado a tiempo los servicios médicos del SNS»), y de 18.000 euros para cada uno de los dos hijos igualmente en concepto de daños psicológicos.

### **I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes**

Por Resolución 11/2020, de 4 de junio de 2020, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 23433/2020; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a los reclamantes de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 1 de junio de 2020, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución a la instructora del procedimiento y su notificación a los interesados.

Iniciada la instrucción, la instructora del expediente solicita del Servicio de Urgencias Generales del ..., de Atención Primaria, y del Servicio de Cirugía general informes sobre la atención sanitaria prestada a don....

#### **A) Informe emitido por el Jefe del Servicio de Urgencias Generales del...**

Con fecha 29 de junio de 2020, don..., Jefe del indicado Servicio de Urgencias emite informe sobre la atención sanitaria prestada a don.... En dicho informe, se refiere lo siguiente:

*«La atención producida en Urgencias del ... el pasado día 23 de agosto de 2019, donde se le aprecia una lesión anal, por lo que se le realiza una interconsulta urgente al Servicio de Cirugía General.*

*Se procede al alta de Urgencias con la indicación de acudir tres días después, el día 26 de agosto de 2019, a consultas de la especialidad de Cirugía Colorrectal y Proctología para completar estudio, la cual consta se produjo.*

#### **CONCLUSION**

*La actuación de los profesionales del Servicio de Urgencias puede considerarse correcta y sujeta a la Lex artis».*

#### **B) Informe de la Médico de Familia del Centro de Salud..., Servicio Navarro de Salud**

Con fecha 26 de junio de 2020 se emitió informe por doña..., Médico de Familia. En el mismo se detallan las siguientes actuaciones:

##### **«Visita en consulta de Atención Primaria (14 de mayo 2019):**

*Paciente valorado por molestias en región anal y perianal. No refiere ni síndrome constitucional ni rectorragia. Paciente con buen estado general.*

*Tras hacer una revisión de su historia clínica hospitalaria se observa:*

*La realización de colonoscopia (20-4-2018) con los siguientes hallazgos:*

*Colonoscopia: se introduce el endoscopio hasta ciego, identificando válvula ileocecal y orificio apendicular. No se han observado alteraciones significativas en el trayecto explorado. En retroversión, papilas hipertróficas y en retirada mínimas hemorroides en canal anal. Códigos endoscopia: hipertrofia de papilas hemorroides externas.*

*Y la valoración realizada en la consulta de Dermatología (24-9-2018):*

*Exploración física: En ingles y pliegue interglúteo dos lesiones eritematodescamativas*

*Diagnóstico: Psoriasis invertido.*

*Revisión: No necesita acudir a revisión por este motivo*

*Control: Será controlado por su Equipo de Atención Primaria, quien introducirá las modificaciones que considere oportunas*

*Ante estos datos en persona joven sana, sin antecedentes personales de enfermedad, sospecho que la clínica es debida a hemorroides y lesiones por psoriasis. Recomiendo medidas higiénico-dietéticas y observación y si empeoramiento volver.*

*Realizo una interconsulta a Dermatología. Acude a revisión en Dermatología el 5 de julio de 2019. NO hay constancia de que el paciente haga referencia a su lesión perianal y pliegue intergluteo.*

***Visita en consulta de Atención Primaria (9 de julio 2019):***

*El paciente acude a la consulta por continuar con dolor anal. No síndrome constitucional ni rectorragia. Buen estado general.*

*A la exploración se palpa lesión nodular a nivel cervical. No está descrito en Historia clínica, pero creo inspeccionar la zona anal con sospecha de hemorroides y zona eritematosa perianal.*

*Ante este cuadro clínico de empeoramiento y sospechando posible lesión interna realizo interconsulta a Cirugía Proctológica que queda pendiente de cita y solicito una Ecografía cervical.*

*Se realiza la Ecografía de cuello (30-julio-19): con los siguientes hallazgos:*

*Casi simétricos ganglios en espacio graso posterior, algo mayores izquierdos.*

*En lado izquierdo, de 16,5 x 5,5 mm. En derecho de 16 x 5mm. Además, simétricos, más pequeños submandibulares y cadenas yugulares internas.*

*Tras el informe de la ecografía, el 9 de agosto hago una interconsulta a Medicina Interna Preferente.*

***Visita en consulta de Atención Primaria (21 de agosto 2019):***

*El paciente acude por empeoramiento del dolor, SIN clínica de sangrado ni síndrome constitucional, por lo que realizo una 2ª derivación a Cirugía Proctológica Preferente, recibiendo la cita para acudir a consulta de Cirugía Proctológica el 11 de septiembre 2019. Y valorando la posibilidad de acudir a urgencias ante el empeoramiento, como siempre les comento a los pacientes que acuden a mi consulta.*

*El paciente el día 23 de agosto acude al Servicio de Urgencias por manchado hemático además del dolor anal.*

*El diagnóstico en urgencias es de dos hemorroides y ulceración anal con sospecha de fisura con lo que se le realiza consulta al Servicio de Cirugía.*

*Tras ser valorado por cirujano de guardia le da cita en consulta de Cirugía Proctológica el día 26 de agosto, inicialmente el diagnóstico diferencial se realizó por ulcera anal, incluyendo en el diagnóstico la posibilidad de ser infecciosa y se realizó también la biopsia que dio el diagnóstico (CARCINOMA ESCAMOSO pobremente diferenciado).*

*La confirmación diagnóstica la dio la biopsia y no hubo sospecha de ello hasta ese momento ni por las características del paciente ni de la clínica. El diagnóstico en urgencias y en la consulta de Cirugía no es de neoplasia tras haber realizado la inspección anal, sino tras conocer el resultado anatomo- patológico.*

*La neoplasia se ha detectado en un tiempo razonable, pero ha sido un tumor de crecimiento rápido.*

*Transcurre un mes y medio desde que acude por primera vez a mi consulta hasta la derivación al especialista de Cirugía Proctológica, siendo esta derivación la 2º vez que acude a mi consulta.*

*Teniendo en cuenta que la primera vez hice una derivación a Dermatología y el paciente no hace mención de su lesión perianal.*

*Y hago una segunda derivación al especialista de cirugía Proctológica. la 3º vez que acude a mi consulta.*

*En este caso. la inspección anal no es concluyente ni diagnóstica; solo lo es la biopsia de diagnóstico hospitalario. Ni siquiera en la 2º visita (9 de julio) podía sospecharse una neoplasia y sin embargo realizo una interconsulta a Cirugía Proctológica porque el paciente continua con dolor anal sin otra clínica añadida.*

*Se realiza el estudio de extensión:*

*TAC toraco-abdomino-pelvico (24-sept-19) PET (15-10-19)*

*No se objetiva metastasis ni pulmonares ni hepáticas.*

*Pruebas de imagen durante el seguimiento:*

*TAC abdomino- pélvico (13-1-20) PET (22-1-20)*

*Se detectan metástasis pulmonares y hepáticas.*

*A pesar del tratamiento, la progresión y evolución de la neoplasia es muy rápida. En septiembre-19 no se ven metástasis torácicas ni hepáticas y en enero-20 si se confirman metástasis en el TAC y en el PET.*

*El 30 de enero realizamos visita conjunta con el Servicio de Paliativos que realizan los controles de seguimiento junto con el equipo de Atención Primaria hasta su fallecimiento el 1 de mayo-2020».*

### **C) Informe de Director del Área Clínica de Cirugía del...**

Con fecha 26 de junio de 2020 se emitió informe por don..., Director del Área Clínica de Cirugía del..., detallándose lo siguiente:

Don... es visto por primera vez en el Servicio de Cirugía General el 23 de agosto de 2019, cuando acude al servicio de urgencias por un cuadro de dolor anal/perianal de meses de evolución según manifestaba. En su exploración física se puso de manifiesto la existencia de una lesión ulcerada a nivel anal, y se citó al paciente a consultas externas para iniciar su estudio.

Tres días después, el 26 de agosto de 2019, el paciente es visto en la Consulta de Cirugía General donde se le plantea al paciente la necesidad de realizar una exploración anal bajo anestesia con toma de biopsias, para esclarecer la naturaleza de dicha lesión. Se cursa el estudio preoperatorio y se realiza consulta al Servicio de Anestesia.

El 13 de septiembre se realiza dicha exploración quirúrgica. Se constata la existencia de una tumoración ulcerada que abarca todo el lateral derecho del canal anal, extendiéndose hasta la piel perianal, y se toman muestras para estudio anatómo-patológico y microbiológico.

El informe del estudio anatómo-patológico concluye: «Fragmento de tejido conectivo infiltrado por un CARCINOMA ESCAMOSO pobremente diferenciado».

El 19 de septiembre de 2019 el paciente acude a revisión a Consulta de Cirugía General, donde se le explica que el resultado de las biopsias confirma el diagnóstico de un «carcinoma epidermoide de ano», y se solicitan las pruebas radiológicas pertinentes para poder estatificar la enfermedad. Paralelamente se realiza interconsulta a la Unidad del Dolor, dado el dolor intenso que el paciente presentaba y que no respondía a analgésicos comunes.

Como resultado de todo el estudio se concluye el diagnóstico de Carcinoma epidermoide de ano GIII, estadio cT4N1cM0. Tratado el caso en la Unidad Multidisciplinar de Cáncer Colorrectal, se decide iniciar tratamiento con radio- quimioterapia. Para ello es valorado por los servicios de Oncología Radioterápica y Oncología Médica los días 3 y 4 de octubre, y se programa el tratamiento con radioterapia externa a dosis de 54 Gy en 30 fracciones, y quimioterapia a base de Mitomicina C (12 mg/m<sup>2</sup>, día 1) y 5-



Flouracilo (1000 mg/m<sup>2</sup>, días 1-4 -1<sup>a</sup> semana- y días 29-32 -5<sup>a</sup> semana). Dicho tratamiento se inicia el 21 de octubre de 2019 y finaliza el 3 de diciembre de 2019.

El 19 de diciembre de 2019 el paciente ingresa en el servicio de Oncología Radioterápica por mal control del dolor. Con sospecha de posible complicación en forma de progresión, sobreinfección o abscesificación del tumor, el 23 de diciembre se realiza una TC tóraco-abdominal que informa de la posible existencia de un absceso perianal como complicación del proceso. Con esta sospecha se decide exploración quirúrgica urgente, aunque en dicha exploración no se confirma la sospecha de abscesificación.

Ante el cuadro de dolor persistente, el 27 de diciembre se realiza una Resonancia Magnética con resultado de:

*«Se compara con la RM previa del 10-10-2019 apreciándose el aumento de la masa en el canal anal, circunferencial de predominio derecho, con componente exofítico, de unos 38 x 39 x 85 mm en los ejes AP xTxCC. La masa se extiende desde el canal anal hacia recto inferior (15 mm), al esfínter interno y externo, espacio interesfinteriano y espacio puborrectal de predominio derecho, fistulizado hasta la piel de la región interglútea y perineal. La lesión es predominantemente sólida con alguna burbuja aérea. Muestra importante realce parietal con escasa densificación de la grasa adyacente y restringe a la difusión. Todo ello sugiere más una masa anal con discreta necrosis y fistulización a piel que un componente de abscesificación. Adenopatía mesorectal derecha de 11 mm y adenopatías inguinales bilaterales de predominio derecho».*

Dada la progresión tumoral y el mal control de dolor, se plantea la opción de realizar una colostomía con el objeto de mejorar los síntomas del paciente. Se realiza dicha intervención el día 31 de diciembre, cursando sin incidentes. Se inicia también tratamiento antibiótico de amplio espectro, dadas las posibilidades de sobreinfección de la necrosis tumoral.

Muy lentamente, el cuadro clínico de dolor va mejorando, aunque en los días sucesivos el paciente desarrolla un cuadro de edemas importantes en extremidades inferiores, motivo por el que el 13 de enero de 2020 se realiza nuevo estudio con TC tóraco-abdominal para descartar nuevas complicaciones. En dicha TC se pone de manifiesto una marcada progresión

tumoral, con presencia de lesiones focales hepáticas de nueva aparición sugestivas de metástasis, y múltiples ganglios subpleurales en ambas bases, también de nueva aparición.

Esta progresión tumoral se corrobora en una nueva Tomografía por Emisión de Positrones (PET) que se realiza el día 22 de enero:

*«Se compara con estudio previo realizado el 15/10/2019. Se aprecia una pequeña lesión pseudonodular en LSD de localización subpleural y baja actividad metabólica (SUVmax=0,8), no presente previamente. No se identifican nódulos hipermetabólicos en el resto del parénquima pulmonar compatibles con enfermedad tumoral. No se observan adenopatías hipercaptantes en hilios pulmonares, mediastino ni huecos supraclaviculares. Persiste un depósito de elevada actividad localizado en la porción inferior del recto, con extensión hacia el canal anal (SUVmax= 7,9), compatible con tumoración primaria. Presenta captación en la región perineal e interglútea, probablemente secundario a sobreinfección conocida. Crecimiento del implante tumoral en el músculo isquio-coccígeo derecho (SUVmax= 6,6), con lesiones tumorales de nueva aparición en el glúteo mayor derecho (SUVmax= 6,3) y entre los vientres de los músculos obturadores derechos. Infiltración tumoral ganglionar inguinal bilateral de mayor tamaño en el lado derecho (SUVmax= 7), con área ametabólica central secundario a necrosis tumoral, existe también una adenopatía en la grasa pararectal derecha ya presente previamente. Hígado con dos lesiones hipermetabólicas de aspecto metastásico localizadas en los segmentos IV (SUVmax= 7,3) y VI (SUVmax= 8,3). Foco de captación en la rama isquiopúbica derecha (SUVmax= 3,7), sin alteraciones estructurales en la imagen TC, de aspecto sospechoso.*

Juicio diagnóstico:

*Neoplasia de canal anal con hallazgos compatibles con progresión hepática, muscular y probable ósea. Lesión pseudonodular subpleural en LSD con captación de baja intensidad, a controlar radiológicamente.»*

Muy lentamente el cuadro de dolor y edemas del paciente va mejorando, permitiéndole progresivamente la deambulacion. Informados el paciente y la familia de los resultados de PET, y conscientes de la progresión tumoral, del contexto paliativo de la situación, y la no indicación de tratamiento quimioterápico dado el gran deterioro clínico y funcional del paciente durante el ingreso, y el riesgo de toxicidad severa dentro de un

objetivo de tratamiento no curativo, el paciente fue dado de alta el día 29 de enero, quedando a cargo de la Unidad de Cuidados Paliativos.

El informe concluye señalando que, según consta en Historia Clínica, el paciente fallece el 1 de mayo de 2020.

### **C) Informe Médico Pericial emitido por especialistas de «...» (...)**

Consta en el expediente un informe pericial emitido por la doctora..., Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultativo Especialista de Área de Urgencias.

En el informe, de fecha 23 de marzo de 2021, suscrito por la referida médica-especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso y analizándose la praxis seguida en relación con la asistencia prestada a don... por el Servicio Navarro de Salud.

La pericial describe los antecedentes personales del reclamante, poniendo de manifestó que se trata de:

*«Varón de 56 años de edad en el momento de los acontecimientos, fecha de nacimiento 23/03/1963, con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad de reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal, apendicectomía y tabique nasal. Como antecedentes familiares de interés, madre con cáncer de colon a los 59 años. En colonoscopia del 20/04/2018 se diagnóstica de mínimas hemorroides en canal anal.*

*Acude en tres ocasiones a su Médico de Atención Primaria en relación a molestias en zona anal: (...)*

*El 23/08/2019 acude al Servicio de Urgencias del..., del ..., por presentar “dolor y escozor anal, al defecar, de dos meses de evolución, y sangrado de la zona desde hace una semana”. En la exploración se observan dos hemorroides y úlcera con eritema perilesional e induración. Se plantean como diagnóstico fisura anal. Se realiza una interconsulta a la Unidad de Cirugía General de Urgencias, del..., diagnosticándose de úlcera perianal. Se deriva al Servicio de Cirugía General, del ..., el 26/08/2019, donde se indica exploración bajo anestesia para toma de biopsias.»*

A continuación, va detallando todas y cada una de las actuaciones médicas desarrolladas en el periodo objeto de análisis hasta el 1 de mayo de 2020 en que fallece. En las consideraciones médicas, se destaca que la patología anorrectal benigna es una patología de elevada prevalencia en la población general, que en la mayoría de ocasiones es atendida, en primer lugar, por especialistas en medicina familiar y comunitaria, los cuales derivan al especialista a los pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento inicial o en los cuales existen dudas diagnósticas. El informe continúa indicando que:

*«Un alto porcentaje de pacientes podrán ser diagnosticados en la consulta y en otros serán precisas pruebas complementarias. La mayoría podrán ser tratados de forma conservadora. En otros casos se hará preciso un tratamiento quirúrgico. En cualquier caso, se hace necesario un diagnóstico temprano y certero, así como un alto grado de sospecha que obligue a que algunas patologías tengan que ser remitidas desde Atención Primaria al especialista.*

*El médico de Atención Primaria juega un papel central en la valoración y tratamiento de los pacientes con enfermedades proctológicas y tiene capacidad para resolver la mayoría de las patologías que se le presenten. Los médicos especialistas en Cirugía General y Digestiva tenemos la obligación de compartir información y mejorar la capacidad resolutoria de nuestros compañeros de Atención Primaria.*

*Los síntomas más habituales en patología anorrectal son rectorragia, dolor, emisión de secreciones por el ano, tumoraciones o masas, alteración del ritmo intestinal, tenesmo rectal (necesidad persistente de hacer deposición), prolapso, incontinencia y urgencia defecatoria.*

*La patología anal más relevante se encuentran las hemorroides, fisura anal, fístula anal, absceso, neoplasias.*

*La incidencia de cáncer en la región anal es baja y representa entre un 2 y un 5% de los cánceres colorrectales. De aparición preferente en la sexta década de la vida, muestra preferencia por el sexo masculino (3:1) en margen anal y por el femenino (4:1) en el canal anal.*

*La baja incidencia, unida a una clínica poco expresiva, hace que el diagnóstico, en ocasiones, se alargue en exceso, empeorando los resultados.*

*La sintomatología suele ser inespecífica en el 70-80% de los casos siendo los síntomas más frecuentes sangrado, dolor o tenesmo rectal por lo que hay que sospecharla y realizar siempre una adecuada inspección y exploración anal. Estos síntomas no son específicos de la afección, ya que resultan comunes a otras lesiones no malignas como*

*fisuras, fístulas o hemorroides. Es frecuente la asociación de cáncer de ano con lesiones benignas de la región anal y muchas veces el diagnóstico de neoplasia se ve demorado por atribuirse sus manifestaciones a esas lesiones benignas. El 30% de las lesiones presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico y tienen como característica común que su diseminación ganglionar se produce tanto a nivel retroperitoneal (cadenas iliacas) como a nivel inguinal, aunque suelen ser tardías en dependencia del estadio.*

*El diagnóstico definitivo de carcinoma anal se establece mediante una biopsia que confirma la naturaleza de la lesión».*

En cuanto a la valoración de la práctica médica, precisa el informe que:

*«El paciente acude a su Médico de Atención Primaria, Dra... el 14/05/2019 por molestias en región anal y perianal. Según refiere la Dra... en el informe de respuesta a la reclamación, elaborado el 26/06/2020, el paciente no refiere ni síndrome constitucional, ni rectorragia, presentando buen estado general.*

*Dado que el paciente estaba diagnosticado de hemorroides externas, el 20/04/2018, y de psoriasis invertido en región inguinal y pliegue interglúteo, el 24/09/2018, sospecha la doctora que la clínica es debida a ambos diagnósticos. Recomienda medidas higiénico-dietéticas, observación y, si empeoramiento, volver.*

*Realiza una interconsulta a Dermatología, siendo valorado el paciente el 05/07/2019, sin que haya constancia de la lesión perianal y pliegue interglúteo.*

*El paciente vuelve consultar el 09/07/2019 por continuar con dolor anal. No refiere síndrome constitucional ni rectorragia y presenta buen estado general. A la exploración se palpa lesión nodular a nivel cervical. No está reflejado en la Historia Clínica pero, según consta en el informe realizado por la Dra..., "cree inspeccionar la zona anal con sospecha de hemorroides y zona eritematosa perianal". Ante ese cuadro de empeoramiento la doctora realiza interconsulta a Cirugía Proctológica. Respecto al nódulo cervical solicita una ecografía en la que se observan adenopatías casi simétricas en espacio graso posterior de 16.5 X 5.5 mm, en el lado izquierdo, y de 16 X 5 mm, en el derecho. El 09/08/2019 realiza una interconsulta a Medicina Interna Preferente, dado el resultado de la ecografía.*

*El 21/09/2019 el paciente acude de nuevo a la consulta por empeoramiento del dolor, sin clínica de sangrado ni síndrome constitucional, según se refleja en el informe realizado por la Dra..., el 26/06/2020, por lo que realiza una segunda Interconsulta a Cirugía Proctológica Preferente. Al recibir cita para el 11/09/2019, se valora la*

*posibilidad de acudir a Urgencias, ante el empeoramiento, “como siempre les comenta a los pacientes que acuden a su consulta”.*

*En la primera consulta, dados los antecedentes y las características del paciente, y la clínica que presenta, es correcto sospechar que las molestias anales, que refiere, sean debidas a las hemorroides y la psoriasis en dicha zona. Se dan las recomendaciones adecuadas y se recomienda acudir de nuevo si empeoramiento.*

*La Dra... actúa correctamente al derivar al paciente, desde la segunda vez que acude el paciente a su consulta, por persistencia de la clínica, e insistir de nuevo en la derivación, en la tercera consulta.*

*El 23/08/2019 acude al Servicio de Urgencias del..., del..., donde se observan dos hemorroides y úlcera con eritema perilesional e induración, planteándose como diagnóstico fisura anal. Ante la persistencia del cuadro y para esclarecer el diagnóstico, se realiza una interconsulta a la Unidad de Cirugía General de Urgencias, del..., diagnosticándose de úlcera perianal y derivándose al Servicio de Cirugía General, del Centro..., el 26/08/2019. Finalmente, el 13/09/2019 es intervenido por la Unidad de Cirugía Colorrectal y Proctología, siendo el diagnóstico, tras realización de biopsia, de carcinoma escamoso anal.*

*Mediante la anamnesis y la exploración física podemos sospechar varias posibilidades diagnósticas entre las que se encuentra el carcinoma anal, cuyo diagnóstico se confirma mediante la realización de una biopsia de la lesión.*

*Por ello, considero correcta la actuación de la Médico de Familia, Dra..., en cuanto a la derivación al especialista, y la recomendación de acudir al Servicio de Urgencias*

*Tras el estudio de extensión se diagnostica de neoplasia rectoanal con infiltración ganglionar en región pélvica. Realiza tratamiento con quimiorradioterapia concomitante desde el 21/10/2019 hasta el 03/12/2019, presentando mala evolución. El 22/01/2020 se diagnostica de carcinoma anal con progresión local y sistémica con metástasis ganglionares, hepáticas, subcutáneas y posibles óseas y pulmonares. Fallece el 01/05/2020.*

*La evolución desfavorable y el final nefasto, es debido a la agresividad del tumor y a la ausencia de respuesta terapéutica».*

En sus conclusiones generales, el informe médico de ... recoge lo siguiente:

*«1. D. ... consultó por molestias en región anal en Mayo de 2019, siendo diagnosticado de carcinoma anal en Septiembre de 2019.*

2. *La derivación al especialista por parte de la Médico de Familia fue adecuada. Por lo que se puede considerar que la actuación global por parte de la Dra... se ajusta a la lex artis ad hoc.*
3. *La actuación por parte del Servicio de Urgencias del ... y de la Unidad de Cirugía General de Urgencias del ..., del ..., en cuanto al manejo y diagnóstico de la lesión anal fue adecuada.*
4. *El diagnóstico definitivo, el estudio de extensión y el inicio del tratamiento, se llevaron a cabo con la mayor prontitud posible, a pesar de lo cual, fallece el 01/05/2020 debido a la agresividad tumoral y la escasa respuesta al tratamiento de dicho tumor».*

En su conclusión final, el informe señala que: «1. *La actuación por parte de los sanitarios y el funcionamiento del Sistema Navarro de Salud respecto al manejo de la lesión presentada por D... se ajusta a la lex artis ad hoc; 2. La actitud global de la Dra..., respecto a dicho proceso, fue correcta según la lex artis ad hoc».*

### **Trámite de audiencia y alegaciones**

Mediante escrito de fecha 26 de marzo de 2021, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a los interesados por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimaran pertinentes. Asimismo, se les dio copia de los informes médicos facilitados por el Jefe de los Servicios de Urgencias Generales del ..., el Director del Área Clínica de Cirugía del ..., además de la historia clínica remitida por el Gerente del... y del informe médico pericial emitido por especialistas de «...» (...).

Con fecha 8 de abril de 2022, en el plazo concedido al efecto, los interesados presentan escrito de alegaciones, aportando al mismo tiempo varios manuales médicos sobre proctología y patología ano-rectal en Atención Primaria, así como artículos relacionados con el cáncer de ano. En dicho escrito los reclamantes reiteran los argumentos expuestos en su reclamación inicial, manifestando, con relación a la visita médica del paciente el día 9 de julio de 2019 que «no puede mantenerse válidamente, tal y como consta en el informe de la médico de familia que “cree inspeccionar la zona anal” desde el momento en que de haber sido así debería de haberse reflejado en la historia clínica y a mayor abundamiento

*de haberse llevado a cabo tal inspección visual, sin ningún género de dudas habría observado lo que el 23 de agosto de 2019 es calificado como úlcera anal de gran tamaño». Asimismo, se trae a colación el informe de ..., en el cual se señala que, a pesar de ser una sintomatología inespecífica, hay que sospecharla y realizar siempre una adecuada exploración e inspección anal, lo que, al decir de los reclamantes, «precisamente no se hizo». Se considera, por ello, que «existió una prestación irregular, por deficiente y tardía, del servicio sanitario, pues a pesar de los dolores y sintomatología referidos por el paciente como persistentes e incrementados con el tiempo, no se llevó a cabo exploración física ni visual, como puede comprobarse en el informe de visitas adjunto al elaborado por la médico de familia en ningún momento consta que realizase inspección visual en ninguna de las visitas desde el 14 de mayo, y ello a pesar de la persistencia e incremento del dolor, incluso acudiendo el 9 de agosto por adenopatía cervical y el 13 de agosto por presentar especialistas correspondientes (sic), todo este conjunto de síntomas tenían que haber hecho sospechar de que no se trataba de unas hemorroides (téngase en cuenta que el paciente tenía antecedentes directos –en concreto su madre- de cáncer de colon), para actuar lo antes posible y quizá así poder evitar el fatal desenlace».*

### **Propuesta de resolución**

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 20 de septiembre de 2022 de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., doña..., doña... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, por omisiones o demoras en el diagnóstico de la patología del paciente privándole de la posibilidad de recibir otro tratamiento más adecuado.

En la misma se analiza, fundamentalmente, si existió una prestación irregular del servicio sanitario por deficiente y tardía, lo que es rechazado por considerar que *«aun aceptando que en ninguna de las consultas de Atención Primaria se hubiera llevado a cabo exploración de la zona anal –que no es el caso, pues el informe de su Médico EAP apunta a que en la segunda visita, aunque no conste en la historia clínica, sí se realizó exploración de la zona-*



*esto no hubiera tenido incidencia en el desarrollo de la enfermedad por parte del Sr..., pues aunque sí se hubiera inspeccionado la zona, no habría sido posible objetivar la lesión del paciente», pues «fue únicamente la biopsia realizada la que permitió llegar al diagnóstico de carcinoma epidermoide». Añadiéndose, a continuación, que, «aunque en Atención Primaria se hubiera sospechado, tras una exhaustiva exploración de la zona anal de una lesión diferente de las hemorroides y la psoriasis, el siguiente paso debiera haber sido la derivación del paciente a Cirugía Proctológica, que es lo que efectivamente se hizo desde Atención primaria, ya en la segunda consulta de 9 de julio de 2019». Por otra parte, se señala que no puede hablarse de un retraso en el diagnóstico de la patología del Sr..., ni, por ende, de un retraso de diagnóstico que hubiera incidido en la desfavorable evolución del paciente.*

Respecto de las afirmaciones vertidas por los reclamantes en sus escritos acerca de la actuación médica omisiva por Atención Primaria, (las referidas exploración anal y sospecha temprana de proceso canceroso) a los que adjuntan, en el trámite de audiencia, artículos científicos y diversos manuales de proctología para el ámbito de la Atención Primaria, rechaza igualmente que tales afirmaciones se correspondan con la realidad, y recuerda que, en aplicación del principio general del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde a los reclamantes la carga de la prueba de la infracción de la *lex artis ad hoc*. A este respecto, se afirma que *«ni hubo omisiones o demoras con anterioridad al diagnóstico de la patología del Sr..., ni las hubo posteriormente, con ocasión del tratamiento. De lo primero dan buena cuenta los informes y la pericial obrantes en el expediente. Respecto a lo segundo, además del contenido de éstos, la propia parte reclamante lo reconoce en su escrito de alegaciones, al afirmar que “...esta parte no cuestiona en ningún momento la actuación médica seguida tras el diagnóstico de la enfermedad”»*.

En definitiva, a la vista de todas las consideraciones expuestas, se concluye que no concurren en el presente caso los elementos constitutivos del instituto de la responsabilidad patrimonial, por lo que se propone la

desestimación de la reclamación presentada y, por consiguiente, de la solicitud de indemnización pretendida.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen**

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., doña..., doña... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por el reclamante. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso se solicita una indemnización de trescientos cuarenta mil (340.000) euros, por lo que el presente dictamen se emite con carácter preceptivo.

### **II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento**

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención sanitaria prestada, obrando en el mismo el historial clínico remitido, los informes emitidos por los servicios médicos, así como el informe de la asesoría médica ... en relación con los hechos objeto de la reclamación.

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico obrante en el expediente, presentándose por los reclamantes las alegaciones que se han considerado convenientes y aportándose por su parte diversos manuales generales y artículos científicos, pero no informes que desvirtúen la conclusión a la que llegan los servicios médicos y el perito de ..., todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Con base en lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

### **II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones

públicas por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor *«los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley»*.

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (art. 34.1 de la LPJSP). No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos (artículo 34. 1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo [artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP)]. La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a

quien reclama la indemnización, y en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

#### **II.4ª. La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la *lex artis***

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 10/2017, de 27 de marzo, 9/2020, 26 de marzo, 16/2021, de 20 de mayo, o 1/22, de 11 de enero), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la «*lex artis*» como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la «lex artis», y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la «lex artis» es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida («lex artis»). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha «lex artis»; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la «lex artis» (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio

objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *«lex artis ad hoc»*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

En el presente caso, los reclamantes fundamentan la presunta responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria en la existencia de una deficiente y tardía prestación del servicio sanitario por la Médico de Atención Primaria, pues, a pesar de los dolores y sintomatología referidos por el paciente como persistentes e incrementados con el tiempo, no se llevó a cabo exploración alguna -física o visual- en ninguna de las visitas que realizó el 14 de mayo, 9 de agosto y 13 de agosto, debiendo haber sospechado que no se trataba de una hemorroides, habida cuenta que tenía antecedentes directos por parte de su madre (cáncer de colon), aunque consideran que «su actuación fue correcta al derivarle a los especialistas, correspondientes».

Entrando en detalle, argumentan que el señor... acudió a la médica de atención primaria el 4 de mayo de 2019 *«por molestias anales»* pero en ese momento la doctora no le hizo *«ninguna exploración ni tan siquiera visual»*. El 9 de julio de 2019, acude de nuevo por *«continuar con dolor anal»* y tampoco *«le hace ninguna exploración, ni visual»*, aunque *«le informa que le va a mandar a consulta de cirugía proctológica pero no le dieron cita»*. El 21 de agosto de 2019 acude nuevamente *«por encontrarse peor»*, aunque *«para entonces había recibido una carta diciéndole que estaba en lista de espera para cirugía, pero tampoco esta última vez se le hizo ninguna exploración»*. Añaden que *«teniendo en cuenta que cuando los síntomas, como es el caso, persisten o se agraven con el tiempo (consta en todos los informes médicos que la paciente presentaba dolor y escozor anal de meses de evolución), tendría que haber llevado a pensar en descartar un cáncer de ano»*.

De lo expuesto se infiere que el único motivo de funcionamiento anómalo o contrario a las normas más elementales de la *lex artis*, imputado a la Administración Sanitaria se contrae al hecho de no haber practicado la Médica de Atención Primaria la exploración clínica correcta en las primeras visitas médicas realizadas por el paciente con relación a las patologías manifestadas, y, en consecuencia, el haber privado al paciente de la posibilidad de recibir otros tratamientos más adecuados. Lo que determinaría



la posible existencia de un supuesto de pérdida de oportunidad para el paciente.

Siendo, así, se impone, en primer lugar, una referencia, a través de la información pericial y bibliografía médica disponible y aportada de parte, sobre los aspectos a considerar en el diagnóstico y manejo de la patología proctológica o las enfermedades del ano y del recto, señaladamente el tipo de exploración médica en la patología ano-rectal a realizar; en segundo lugar, un análisis individualizado de las circunstancias de la actuación médica con respecto a la exploración médica practicada al paciente; en tercer lugar, la trascendencia, en su caso, de la supuesta omisión de exploración médica en el diagnóstico y manejo de la patología proctológica en el paciente para comprobar si hubo efectivamente una incorrecta aplicación de la *lex artis* por tardía prestación del servicio sanitario por la Médico de Atención Primaria.

#### **A) La exploración médica en la patología ano-rectal**

Tanto el informe médico pericial de ... como los manuales generales sobre proctología en Atención Primaria traídos a colación por los reclamantes, señaladamente el “Manual AEC de Proctología para Atención Primaria”, coinciden en destacar el papel central del médico de Atención Primaria en la valoración y tratamiento de los pacientes con enfermedades proctológicas y su capacidad de resolver la mayoría de las patologías que se les presentan. Se considera que un gran porcentaje de pacientes que padecen dolor u otros síntomas a nivel anal únicamente van a requerir de un tratamiento médico conservador. Sin embargo, en otras ocasiones, el Médico de Atención Primaria se ve en la necesidad de derivar a estos pacientes a Atención Especializada porque los síntomas hacen sospechar la existencia de una patología grave subyacente.

Sobre la aparición del cáncer en la región anal, se comenta por la perito de ... que su incidencia es baja y representa entre un 2 y un 5 % de los cánceres colorrectales, y que *«la sintomatología suele ser inespecífica en el 70-80% de los casos, siendo los síntomas más frecuentes sangrado, dolor o tenesmo rectal por lo que hay que sospecharla y realizar siempre una*

*adecuada inspección y exploración anal». No obstante, se precisa que «estos síntomas no son específicos de la afección, ya que resultan comunes a otras lesiones no malignas como fisuras, fístulas o hemorroides», siendo «frecuente la asociación de cáncer de ano con lesiones benignas de la región anal y muchas veces el diagnóstico de neoplasia se ve demorado por atribuirse sus manifestaciones a lesiones benignas». «El diagnóstico definitivo de carcinoma anal se establece mediante una biopsia que confirma la naturaleza de la lesión».*

A propósito de la exploración clínica de las enfermedades ano-rectales, el “Manual AEC de Proctología para Atención Primaria”, recomienda explorar al paciente en posición Sims, decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas sobre el abdomen, en diagonal sobre la camilla, con el hombro derecho ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo, favoreciendo de este modo la exposición anal y perianal. Se añade que una correcta exploración clínica debe estar orientada, en primer lugar, a descartar la existencia de patología maligna como causa de los síntomas, en segundo lugar, se debe procurar un diagnóstico preciso para establecer un tratamiento adecuado o solicitar pruebas complementarias y la valoración por el especialista y, además, conseguir que la exploración sea bien tolerada e indolora. El proceso de exploración supone las siguientes fases:

- Inspección anal: se realiza una separación cuidadosa de ambas nalgas, lo cual permite identificar la porción escamosa del canal, la región perianal, genital, perineal y sacro-coccigea. Una exploración visual minuciosa nos ofrece información valiosa y así podremos valorar la presencia de secreciones anómalas, colgajos o «tags» perianales, hidrosadenitis o foliculitis perianal, hemorroides externas, fisuras, fístulas, prolapso mucoso, prolapso rectal, trombosis hemorroidal, tumoraciones o ulceraciones y erupciones o lesiones cutáneas. Se le puede pedir al paciente que realice una maniobra defecatoria suave lo cual pondrá de manifiesto lesiones que pueden pasar desapercibidas en reposo, pues de este modo se acentúan los prolapsos de lesiones de canal anal o de la propia pared rectal o se ponen de manifiesto problemas funcionales escapes o ensuciamientos y prolapso de otros órganos (colopocela).

- Palpación perianal, identificándose puntos dolorosos, induraciones, posibles trayectos fistulosos, masas.

- Examen ano-rectal digital, tacto rectal: permite identificar puntos dolorosos, masas, abscesos y comprobar el tono esfinteriano. Debe realizarse con sumo cuidado, lubricando el dedo índice enguantado, el cual presiona suavemente el orificio anal antes de introducirlo, venciendo de este modo la presión de reposo habitual que presenta. Además, se puede pedir al paciente que haga una maniobra defecatoria local que contribuye a la apertura del ano. Una vez introducido el dedo, se llega a la altura máxima para, en retirada, ir palpando toda la circunferencia ano-rectal. Así se explora la porción distal de la ampolla rectal, se valora si existe alguna lesión intraluminal o bien alguna tumoración o masa extra rectal que haga impronta sobre la pared rectal. Finalmente, tras su retirada se debe inspeccionar el guante para verificar la presencia de manchado patológico.

### **B) Análisis de la exploración médica practicada al paciente**

Antes de nada, conviene precisar que, en el momento de los acontecimientos, el señor..., de 56 años de edad, contaba con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad de reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal, apendicectomía y tabique nasal, y con antecedentes familiares relevantes de madre con cáncer de colon a los 59 años. El 20 de abril de 2018 se sometió a una colonoscopia, en la que se objetivaron hemorroides externas en canal anal. Asimismo, en consulta con el Servicio de Dermatología de fecha 24 de septiembre de 2018, le fueron detectadas en las ingles y en el pliegue interglúteo dos lesiones eritematodescamativas.

Centrándonos ahora en lo que constituye el único objeto de análisis de la reclamación presentada, esto es, la actuación de la Médico de Atención Primaria, doctora..., consta en la historia clínica que el señor... acude en tres ocasiones a su Médico de cabecera con relación a molestias en zona anal:

- La primera, con fecha 14 de mayo de 2019, aquejado de molestias en la región anal y perianal. Según se indica en la reclamación, no se le realizó ninguna exploración de la zona afectada, «*ni tan siquiera visual*». En la historia clínica tan solo se refleja: «*Paciente con hemorroide externa que coincide con lesión psoriasis inversa anal. Le realizan colonoscopias por antec. familiares. Tto. higiénico-dietético*». En el informe de respuesta de 26 de junio de 2020, la doctora... manifiesta que el paciente «*no refiere ni síndrome constitucional ni rectorragia*», presenta «*buen estado general*», y que, tras revisar el historial médico y observar que se trata de «*persona joven sana, sin antecedentes personales de enfermedad, sospecho que la clínica es debida a hemorroides y lesiones por psoriasis*», y recomienda «*medidas higiénico-dietéticas y observación y si empeoramiento volver*». No obstante, «*realiza una interconsulta a Dermatología*», siendo valorado el paciente el 5 de julio de 2019, sin que haya «*constancia de que el paciente haga referencia a su lesión perianal y pliegue interglúteo*».

No se describe en la historia clínica del paciente la realización de ninguna de las actividades habituales de una exploración física para un adecuado conocimiento de la causa de la patología ano-rectal y, en consecuencia, para su diagnóstico y tratamiento (esto es, una inspección anal, una palpación perianal o un tracto rectal). La Médico de Atención Primaria que atendió al paciente tampoco afirma que se llevara a cabo la referida exploración física. Lo que aduce es que ante «*la valoración realizada en la consulta de Dermatología (24-9-2018): Exploración física: En ingles y pliegue interglúteo dos lesiones eritematodescamativas. Diagnóstico: Psoriasis invertido*», y tratándose de «*persona joven sana, sin antecedentes personales de enfermedad, sospecho que la clínica es debida a hemorroides y lesiones por psoriasis*». Todo parece indicar, por tanto, que no hubo exploración física, ni visual, tal y como se indica en la reclamación, sin perjuicio de que la clínica y las circunstancias del paciente hicieran sospechar de que era debida a ambos diagnósticos (una hemorroides o lesión dermatológica) y, por lo cual, realizara una interconsulta a Dermatología.

- La segunda consulta en Atención Primaria se produjo el 9 de julio de 2019, motivada porque el paciente continuaba con las molestias en la zona anal. Afirman los reclamantes, que el señor... acude en esta ocasión porque «no se le pasa lo del ano» y «Tampoco se le hace ninguna exploración, ni visual». si bien se le informa de que se le va a remitir a consulta de cirugía proctológica, «pero no le dieron cita». En la historia clínica solo consta: «Hemorroides externas. Int. Cirugía General». En el informe de Atención Primaria de 26 de junio de 2020, la doctora ... manifiesta que el

*«paciente acude a la consulta por continuar con dolor anal. No síndrome constitucional ni rectorragia. Buen estado general.*

*A la exploración se palpa lesión nodular a nivel cervical. No está descrito en Historia clínica, pero creo inspeccionar la zona anal con sospecha de hemorroides y zona eritematosa perianal.*

*Ante este cuadro clínico de empeoramiento y sospechando posible lesión interna realizo interconsulta a Cirugía Proctológica que queda pendiente de cita y solicito una Ecografía cervical».*

Tampoco en esta ocasión se refleja en la historia clínica del paciente la realización de actividad alguna de inspección anal, palpación perianal o tracto rectal, habituales en una exploración física, para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la causa de la patología ano-rectal. En su informe de contestación, la Médica de Atención Primaria que atendió al paciente, se expresa con cierta duda sobre la realización de dicha práctica al afirmar que «creo inspeccionar la zona anal con sospecha de hemorroides y zona eritematosa perianal». No existe certeza, por tanto, de que se realizara la exploración física o visual al paciente. No obstante, queda reflejado en la historia clínica que, ante el cuadro que presentaba el paciente, realizó una interconsulta a Cirugía Proctológica.

- La tercera consulta tiene lugar el 21 de agosto de 2019, a la que afirman los reclamantes acudió el paciente «por encontrarse peor». Se precisa que «para entonces había recibido una carta diciéndole que estaba en lista de espera para cirugía, pero tampoco esta última vez se le hizo ninguna exploración». En la ficha de la historia clínica correspondiente a dicha fecha solo se recoge una mención idéntica a la anterior consulta: «Hemorroides externas. Int. Cirugía General». Sobre esta tercera consulta,

la doctora ... comenta, en el informe de Atención Primaria de 26 de junio de 2020, que

*«El paciente acude por empeoramiento del dolor, SIN clínica de sangrado ni síndrome constitucional, por lo que realizo una 2ª derivación a Cirugía Proctológica Preferente, recibiendo la cita para acudir a consulta de Cirugía Proctológica el 11 de septiembre 2019. Y valorando la posibilidad de acudir a urgencias ante el empeoramiento, como siempre les comento a los pacientes que acuden a mi consulta».*

Tampoco en este caso, la historia clínica del paciente hace mención alguna a la realización de las actividades de inspección anal, palpación perianal o tracto rectal, habituales en una exploración física, para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la causa de la patología ano-rectal. La propia Médico de Atención Primaria omite, asimismo, en su informe de contestación, cualquier referencia al mismo. No es, por tanto, inverosímil que, como apuntan los reclamantes, tampoco en esta tercera ocasión se practicara exploración alguna por parte de la Médico de Atención Primaria.

En suma, no parece que en las tres consultas realizadas por el paciente, la Médico de Atención Primaria haya extremado su diligencia en la aplicación de los criterios que propugna la literatura médica en el diagnóstico y manejo de la patología proctológica, omitiendo supuestamente la exploración física y visual en el paciente, pese a los antecedentes previos familiares de madre con cáncer de colon.

### **C) La trascendencia de la supuesta omisión de exploración médica sobre la demora en la detección**

Interesa determinar, por último, si la posible omisión de exploración médica en el diagnóstico y manejo de la patología proctologica en el paciente ha podido contribuir a la tardía prestación del servicio sanitario por la Médico de Atención Primaria, lo que nos situaría ante la denominada pérdida de oportunidad merecedora de indemnización.

A este respecto, la jurisprudencia tiene declarado que, *«la caracterización de la pérdida de oportunidad se concreta en el grado de certidumbre que rodea a una determinada actuación médica para constatar*

*en qué medida se hubiera evitado un resultado lesivo, atendida la gravedad del daño, o se hubiera mejorada la situación del paciente de haberse tomado una decisión concreta» (STS de 26 de septiembre de 2014, Rec. núm. 3637/2012), como «la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo» (STS de 19 de octubre de 2011, Rec. núm. 5893/2006).*

Para dilucidar la cuestión planteada hemos de valorar, como bien indica la sentencia referida, en qué medida la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente.

Debemos partir de que la incidencia de cáncer en la región anal, es, como destaca el informe de ..., baja y representa entre un 2 y un 5 por cien de los cánceres colorrectales. Así lo corrobora también el estudio realizado por los doctores Misa Jilda y Martínez Láuz, sobre «Cancer de ano», Clínicas Quirúrgicas, Facultad de Medicina Universidad de la República Uruguay, 2018. La sintomatología suele ser inespecífica en el 70-80 % de los casos, y los síntomas más frecuentes son sangrado, dolor o tenesmo rectal. Insisten los referidos doctores que «toda lesión en canal o margen anal que no tenga características o evolución habitual, amerita consulta con el cirujano para realización de diagnóstico (por mayor experiencia y para realización de eventual biopsia)».

En el presente caso, la manifestación clínica que presenta el paciente en la primera consulta (14 de mayo de 2019) es únicamente dolor anal, como, por otra parte, se indica en la reclamación («molestias anales»). No refiere, según dice la Médico de Atención Primaria, ni síndrome constitucional, ni rectorragia, ni sangrado. Dados los antecedentes personales del paciente (hemorroides en canal anal), y las manifestaciones clínicas que presenta en la primera consulta (dolor), sin perjuicio de requerir un examen ano-rectal, era razonable sospechar que las molestias anales fuesen debidas, como indica el Informe de ..., a las hemorroides y la

psoriasis en la zona. Teniendo en cuenta, además, que la sintomatología inicial era poco específica y que los antecedentes personales estaban sobre todo relacionados con una hemorroides o lesión dermatológica, no es irrazonable que realizara una interconsulta a Dermatología para descartar lo que a priori presentaba una mayor probabilidad. Los síntomas no hacían sospechar la existencia de una patología grave subyacente, por lo que nada especial hacía ameritar una consulta con el cirujano para realización de diagnóstico.

En la segunda consulta (9 de julio de 2019), no consta que el paciente refiriera otra cosa que la señalada de que *«no se le pasa lo del ano»*; tampoco en la reclamación se aportan más manifestaciones clínicas del paciente. Es de destacar que, en este caso, aun admitiendo que no se realizara un correcto examen ano-rectal con inspección estática, dinámica y tacto rectal, sin embargo, la Médico de Atención Primaria adoptó la medida adecuada que podía tomar frente a una sintomatología persistente, que fue derivar al paciente a Cirugía Proctológica a pesar de tener aparentemente los caracteres de una patología anal benigna.

En la tercera consulta (21 de agosto de 2019), a la que acude el paciente por empeoramiento del dolor, no presenta clínica de sangrado ni síndrome constitucional, según refiere la doctora .... Tampoco parece que hubo exploración física del paciente. No obstante, la Médico de Atención Primaria vuelve a realizar una segunda interconsulta a Cirugía Proctológica Preferente, y comenta al paciente que acuda a urgencias ante el empeoramiento.

El paciente acude el 23 de agosto de 2019 al Servicio de Urgencias del ..., *«por escozor y dolor al defecar desde hace dos meses que se ha intensificado comenzando con sangrado en la última semana»* según el informe de impresión de fichas. En la exploración física, una vez realizado el tracto rectal, el diagnóstico es de dos hemorroides y ulceración anal con sospecha de fisura, con lo que se le realiza una interconsulta al Servicio de Cirugía General de Urgencias del ..., diagnosticándose de úlcera perianal y derivándose a consulta de Cirugía General del Centro ... para el 26 de agosto de 2019. En dicha consulta se decidió exploración bajo anestesia



para toma de biopsia. El 13 de septiembre de 2019 es intervenido por la Unidad de Cirugía Colorrectal y Proctología, presentando tumoración ulcerada desde el canal anal lateral derecho hasta la piel del margen anal, se toman muestras para anatomía patológica y microbiología, siendo el diagnóstico, carcinoma escamoso anal. Tras el estudio de extensión se diagnostica de neoplasia rectoanal con infiltración ganglionar en región pélvica. Realiza tratamiento con quimioterapia concomitante desde el 21 de octubre de 2019 hasta el 3 de diciembre de 2019, presentando mala evolución. El 22 de enero de 2020 se diagnostica de carcinoma anal con progresión local y sistémica con metástasis ganglionares, hepáticas, subcutáneas y posibles óseas y pulmonares. Fallece el 1 de mayo de 2020.

No parece que las posibles omisiones de exploración física por parte de la Médica de Atención Primaria hayan tenido una incidencia determinante en la evolución desfavorable y el final nefasto del paciente, porque, aun sin examen físico del paciente, adoptó, en función de la sintomatología que presentaba el paciente en cada momento de consulta, las derivaciones oportunas a la Atención Especializada. En ninguna de las tres consultas el paciente presentó síntomas que hicieran sospechar la existencia de una patología grave subyacente. A pesar de lo cual, en la primera visita el paciente fue derivado al Servicio de Dermatología y, a partir de la segunda visita, y ante la sospecha de una patología grave, fue derivado a la asistencia especializada representada en este caso en los servicios de Cirugía Proctológica, con la indicación, además, en la tercera consulta, de realización de una interconsulta a Cirugía Proctológica Preferente. No ha habido un retraso en el diagnóstico motivado por la ausencia de la exploración física, sino, al contrario, un correcto proceder porque la confirmación diagnóstica del cáncer ha venido precisamente a consecuencia de la derivación a la Atención Especializada que en todo momento realizó la Médica de Atención Primaria.

Es de observar, además, que, en el Servicio de Urgencias, tras haber realizado la inspección anal, el diagnóstico es de dos hemorroides y ulceración anal con sospecha de fisura; y asimismo, en la exploración física realizada al paciente en el Servicio de Cirugía General de Urgencias del...

se le diagnostica de úlcera perianal. La confirmación diagnóstica no se produce hasta la realización de una biopsia, de manera que, no hubo sospecha de ello hasta ese momento ni por las características del paciente ni de la clínica.

En suma, no se ha justificado la queja concreta relativa a la demora o falta de premura en la actuación médica motivada por la falta de exploración física y visual del paciente y cuya realización a tiempo hubiera permitido el diagnóstico clínico del paciente y evitado un resultado lesivo, atendida la gravedad del daño, o hubiera mejorado la situación del paciente. Antes bien, lo que se constata es que, aun cuando pudo no haberse observado la pauta habitual de exploración física en las enfermedades relacionadas con el ano-recto, hubo un reconocimiento del momento en que es necesario referir a un paciente con un padecimiento ano-rectal a un nivel más especializado y, por tanto, un adecuado manejo y diagnóstico de la lesión anal, por lo que se puede considerar que la actitud global y decisoria de la doctora... se ajustó a la Lex artis.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo estima que no concurre ninguno de los elementos constitutivos de responsabilidad patrimonial, y que procede la desestimación de la reclamación y de la consiguiente indemnización solicitada.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., doña..., doña... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, en relación con los daños y lesiones sufridos por don..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.