

Expediente: 5/2024

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

Dictamen: 8/2024, de 18 de marzo

DICTAMEN

En Pamplona, a 18 de marzo de 2024,

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

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 22 de enero de 2024 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de 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 por Don... por los presuntos daños producidos en relación con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

A la petición 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), desestimatoria de la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial

Don... presentó ante la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, con fecha 21 de junio de 2023, una reclamación de responsabilidad patrimonial por error en el diagnóstico y tratamiento, retraso en la atención y pérdida de oportunidad, padecidos en el proceso de asistencia sanitaria dispensado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, formulando las siguientes alegaciones:

Primera.- Con fecha 9 de mayo de 2022, sufrí un fuerte dolor abdominal y acudí a Urgencias del...; allí me diagnosticaron de estreñimiento y me aplicaron un enema.

Segunda.- Como continuaba con dolor, acudí al Ambulatorio, me realizaron prueba con tira reactiva de orina y se me suministró antibiótico (mourol).

Tercera.- Al persistir los síntomas, acudí a urgencias del Centro No advirtieron problemas, pues el antibiótico encubría la realidad; y me siguieron suministrando mourol.

Cuarta.- Al empeorar pedí asistencia al Médico de Cabecera, quien decidió suministrarme antibiótico de amplio espectro.

Quinta.- Como continué empeorando, acudí al Centro ..., donde me responden que no me encuentran nada y que no me pueden ayudar.

Sexta.- Ante la desatención, decidí acudir a urología de la Clínica Universitaria de Navarra. Tras el examen con ecógrafo, no se encuentra nada anormal en riñones, uréteres y vejiga, y manifiestan que debería acudir a Digestivo y realizar analíticas completas, tras esperar un mínimo de 8 días para evitar el falseamiento por antibiótico.

Séptima.- Como continué empeorando, volví a Urgencias del.... Tras realizarme un análisis de sangre, me indican que padezco de infección de orina. Se me suministra antibiótico y me manda a casa, señalándome que tardaré en mejorar por los antibióticos recetados.

Octava.- A los tres días (lunes) sufrí un ataque con convulsiones fuertes. Me comunico con mi novia y le indico que pida "ambulancia". Cuando llegó, las convulsiones se habían reducido, pero seguía teniendo 39,9 de fiebre, tras suministrarme por vía intravenosa una bolsa grande de paracetamol. En Urgencias pasé varias horas sin ser atendido, empezando a sufrir colapsos y desmayos. Ante ese cuadro y la insistencia de su novia, le hicieron una ecografía. A continuación, sin explicación y con urgencia se le hizo un scanner donde observaron un

divertículo explotado -según manifestó la cirujana de guardia-, con un trombo en el hígado seguido de un quiste e infección en la sangre.

Ante este cuadro se le hizo una intervención en el hígado y a los tres días se indica que fuera a casa con una vía en vena y una bolsa con antibiótico como tratamiento. Al responder que no firmaba el alta voluntaria, por considerar que no podía encontrarme en casa en esas condiciones, permanecí hospitalizado una semana.

Al darme el alta se me indica que, en 20 días máximo, se le daría cita en Medicina Interna para seguimiento. Como no se cumplió, llamé a los dos meses al Ambulatorio y me indicaron que interpusiera una queja; llegando a los tres días carta con la cita.

Novena.- Tras la retirada de la vía con antibiótico, empeoré, regresé a Urgencias del... y, tras el scanner, se me inicia de nuevo tratamiento antibiótico (vía oral) por 20 días, por volver aparentemente el problema en el hígado.

Décima.- Como seguía con fiebre y malestar, volví a Urgencias. En la radiografía no se observa nada reseñable, ni tampoco en la analítica de sangre al estar saturado de antibióticos; «volviendo a reiterar las actuaciones anteriores de no atención correcta, ya que se efectúa radiografía de tórax y analítica de sangre respecto de la que no se tiene en cuenta la ingesta de antibióticos».

Undécima.- La cita con Medicina Interna tuvo lugar en septiembre, donde decidieron no continuar con el tratamiento por remitir los síntomas, a pesar de seguir con febrícula y 820 de triglicéridos.

Duodécima.- Ante esta situación, decidí comprar DHA y encimas para el hígado, logrando reducir los triglicéridos a 120.

«**Decimotercera.-** En definitiva, desde el 9 de mayo de 2022 he estado acudiendo a los servicios médicos del SNS, donde inicialmente se limitaron a diagnosticarme un dolor abdominal, posteriormente infección de orina, etc.; pero sin hacerme pruebas que permitieran un diagnóstico correcto y con él su tratamiento.

Acudí a la ..., con un coste de 420 euros, según documento adjunto.

Al final, al sufrir fuertes convulsiones, ser trasladado a urgencias donde, tras varias horas, colapsos y desmayos, se me hizo ecografía de urgencia, y ante su resultado se empezó realmente el tratamiento de urgencia, se me diagnóstico de *diverticulitis aguda en la unión de soloigmoidea, complicada; Tromboplebitis séptica de rama de la vena suprahepática derecha (pileflebitis) con bacteriemia por Fusobacterium nucleatum secundario a lo anterior; Absceso hepático en segmento VII, secundario a lo anterior, con realización de drenaje percutáneo (07/06/22) y aislamiento de Fusobacterium nucleatum.*

En suma, pasé un mes acudiendo a los servicios médicos sin ser adecuadamente atendido, “pese a tener una grave patología que me causaba grandes dolores, diverticulitis que, además había reventado un divertículo y era complicada, pudiendo haber desarrollado en grave patología; la tromboflebitis séptica, que, además, de las complicaciones en la salud diaria pudo acarrear consecuencias fatales como el fallecimiento; y necesidad de operación de hígado”.

El 13 de julio de 2022 se me diagnóstica “ABSCESO HEPÁTICO EN RESOLUCIÓN TRAS DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA”.

Todo ello supone una desatención, un error de diagnóstico que pudo haber acarreado graves complicaciones en la salud e incluso el óbito; y retraso de un mes en el tratamiento.

Eso supone unos perjuicios que deben ser indemnizados.

Decimocuarta.- A efectos de cuantificar los perjuicios sufridos (un mes de asistencia a los servicios médicos, siendo totalmente desatendido, que supuso un agravamiento de salud, unos graves dolores, fiebre, exceso de antibióticos, tener que vivir con el divertículo reventado sin ser detectado con lo que ello supone de dolores, fiebre, exposición a complicaciones, etc.; la tromboflebitis séptica, con lo que supone obligar a convivir con ella y sus consecuencias que pudieron derivar en óbito; la lesión hepática que tampoco había sido detectada, etc.), y dados los graves quebrantos para la salud que supusieron, las graves preocupaciones ante el hecho de tener que acudir a los servicios médicos y, por una parte, estimar no ser atendido, y, por otra, no ser valorada la patología y tener tratamiento que no era para la enfermedades por no haber sido detectadas.

Decimoquinta.- Todo lo anterior supone una pérdida de oportunidad de una atención, diagnóstico y tratamientos correctos desde el principio (...).

Decimosexta.- Dados los meses de sufrimiento continuo, mala atención, errores en diagnóstico y un tratamiento a pesar de las graves patologías, practicamos una valoración de daños en la suma de QUINIENTOS MIL EUROS, así como también la suma de €420 satisfecha en la ...».

La reclamación finaliza con el suplico de que se estime la reclamación por mala praxis sanitaria y pérdida de oportunidad, solicitando la suma referida de 500.000 euros, más el reintegro de 420 euros.

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

Por Resolución 29/2023, de 31 de julio, 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 28206/2023; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar al interesado de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) informar al reclamante del plazo máximo para resolver y de la notificación de la resolución del procedimiento, seis meses a contar desde el 23 de junio de 2023, entendiéndose desestimada la solicitud si no hubiera recaído resolución expresa o se hubiera formalizado un acuerdo indemnizatorio; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y de su notificación a la parte interesada.

Por Resolución 35/2023, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se modificó la Resolución 29/2023, de 31 de julio, dictada en el expediente de responsabilidad patrimonial 28206/2023, nombrándose un nuevo instructor por reorganización del Servicio.

A) Informe del Director del Área de Cirugía General del... (en adelante, ...).

Iniciada la instrucción, el instructor del procedimiento solicitó informe al Área Clínica de Cirugía del En el informe realizado por el Director del Área, de fecha 20 de septiembre de 2023, se recoge lo siguiente:

«Nuestro primer registro de atención es el 6/6/2022 a las 18:44, en el que además de un resumen de la historia previa (ver registro), ya está incorporada la presunción diagnóstica del TC de “hallazgos radiológicos sugestivos de absceso hepático y pileflebitis (rama de la vena suprahepática derecha) como complicación de diverticulitis aguda en la unión colosigmoidea”. Es decir, en la primera atención por parte de Cirugía General ya existe un diagnóstico y un planteamiento terapéutico. El resto del ingreso se puede resumir con “varón de 43 años, con absceso hepático en contexto de diverticulitis, con cultivo positivo, tratado con drenaje percutáneo y antibióticos endovenosos que se completó en hospitalización domiciliaria.

El paciente estaba citado en revisión en la consulta de cirugía hepato-bilio-pancreático (4/7/2022). Para dicha cita se había hecho un TC de control con este diagnóstico: “evidente mejoría de la lesión del

segmento VII hepático. En la actualidad hay un área focal hipodensa (3,7 cm), sin claro contenido quístico en la actualidad. El resto de los hallazgos son conocidos y similares al estudio previo, destacando la diverticulosis del colon con un engrosamiento uniforme en un segmento largo del colon sigmoideo, aunque no vemos un absceso o extensión extraparietal". El paciente no acudió a esta consulta del 4/7/2022, y dado que tenía una cita en cirugía colorrectal para estudio y seguimiento de la diverticulitis, y que no precisaba otras medidas por parte de la unidad de cirugía hepato-bilio-pancreática, fue dado de alta de esta unidad.

Es valorado en nuestro servicio de nuevo el 13/7/2022 con el diagnóstico de "Absceso hepático en resolución tras diverticulitis aguda complicada", con un nuevo TC cuyo resumen es "Absceso hepático en seg VII con ligera disminución del tamaño del área hipodensa abscesificada valorada en el último estudio previo del día 28/6/2022, aunque se aprecia un hiperrealce del parénquima circundante de aspecto inflamatorio no presente en estudios previos". Se indicó antibioterapia oral y control en domicilio, con indicaciones de signos y síntomas de alarma.

Fue valorado el 29/7/2022 en la consulta de cirugía colorrectal, en la que se solicita una colonoscopia de control, que se realizó el 13/10/2022 con diagnóstico de 2 pólipos de colon extirpados y diverticulosis de colon izquierdo, con signos de diverticulitis residual.

Revisada la atención sanitaria a este paciente desde la óptica de cirugía general, no encuentro ningún motivo para pensar que la atención no ha sido la adecuada, sino todo lo contrario. La actuación por parte de cirugía general ha sido ajustada a la Lex Artis».

B) Informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna del

A solicitud del instructor del procedimiento se emitió informe, por el Jefe del Servicio de Medicina Interna del ..., en el que refieren los siguientes antecedentes del reclamante:

«D. Xabier, paciente de 44 años actualmente, tiene registrados los siguientes antecedentes personales:

- Dislipemia
- Neumotórax espontáneo (2015)
- Dos neumonías en la infancia
- Exfumador de 15c/d durante 19 años
- Posible fístula perianal (2019). Declina realización de rectosigmoidoscopia

- Nevus melanocítico. Léntigo solar».

En cuanto a la atención dispensada se reseña que:

«El servicio de Medicina Interna entra en contacto con D... el día 9 de junio de 2022, al ser consultados ese mismo día por el servicio de Cirugía (Sección Hepatobiliopancreática), comunicándonos que es un paciente con un absceso hepático por *Fusobacterium*, con buena evolución con el antibiótico prescrito. Se nos pide completar el tratamiento en su domicilio con la sección de Hospitalización a Domicilio. Inicialmente el paciente rechaza esta posibilidad, pero posteriormente modifica su opinión, produciéndose finalmente el ingreso el día 13 de junio de 2022. Resumiendo su proceso, se concluye que se trata de un paciente con un absceso hepático en el segmento VII, secundario a una diverticulitis aguda en la unión colosigmoidea, complicada con una tromboflebitis séptica de rama de la vena suprahepática derecha (pileflebitis) con bacteriemia por *Fusobacterium nucleatum* secundario a lo anterior.

Se realizó tratamiento antibiótico según estándares, y se programó anticoagulación durante tres meses. En lo referido al tratamiento antibiótico, el informe de alta expresa, literalmente “se realizó tratamiento antibiótico dirigido con Piperacilina-Tazobactam IV durante un total de 4 semanas (finalización el 30 de junio), con posterior secuenciación a vía oral con Amoxicilina-Clavulánico cada 8 horas hasta el 4 de julio (inclusive). El paciente presentó una adecuada evolución, haciéndose un control de TAC el 28/06 informándose como de buena evolución radiológica, persistiendo imagen focal hepática, pero sin claro absceso en la actualidad”.

Posteriormente, el paciente ha sido revisado en consultas externas de Medicina Interna, los días 3 de octubre de 2022, 7 de noviembre de 2022 y 16 de agosto de 2023, realizándose los procedimientos oportunos en dichas consultas».

En contestación a las alegaciones reseñadas en el escrito de reclamación se efectúan las siguientes apreciaciones.

«Alegación octava:

“Al responder que no iba a firmar el alta voluntaria, por considerar que no podía estar en casa en esas condiciones, estuve hospitalizado una semana”.

Evidentemente, a nadie se le obliga a firmar una alta voluntaria. Probablemente se refiere a la propuesta de finalizar el tratamiento con Hospitalización a Domicilio. Es una magnífica opción en situaciones como la suya, pues puede estar en su casa, bajo los cuidados de un

especialista de Medicina Interna, y con contacto directo con dicha sección. Esta opción es voluntaria y, ante su negativa, obviamente no se llevó a cabo en el momento de la propuesta. Asumimos que la atención recibida fue correcta, pues no hace mención a la misma.

- “Al darme el alta me dicen que en un máximo de 20 días me darían cita en medicina interna para hacerme seguimiento”.

No podemos corroborar ni desmentir esta afirmación, aunque sí opinar que es improbable una decisión de este tipo, teniendo en cuenta que a 20 días vista las agendas de consulta están cerradas, y que nuestra lista de espera está por encima de esa cifra. En el propio informe de alta está redactado, literalmente: “Recibirá un correo con la cita para acudir a consultas de Cirugía General (en el plazo aproximado de un mes) y de Medicina Interna (en el plazo aproximado de 2 meses)”. Por tanto, en su cita se siguió el plan previsto, independientemente de su percepción de que la fecha de la revisión fuera consecuencia de su reclamación.

Alegación novena:

- “Tras haberseme retirado la vía con el antibiótico, empeoro, por lo que vuelvo a Urgencias del..., y tras un scaner, deciden comenzar de nuevo el tratamiento de antibiótico (vía oral) por 20 días al ver que aparenta volver a reproducirse el problema del hígado”.

Como se ha expresado previamente, la antibioterapia intravenosa estaba planificada para un plazo definido, estando programado pasar posteriormente a antibioterapia por vía oral, motivo por el que se retira el acceso intravenoso.

Efectivamente, el día 13 de julio de 2022 acude a Urgencias por persistencia de febrícula. Como se expresa literalmente en la revisión realizada al día siguiente, “Ayer día 13 de julio acude a urgencias por febrícula de 37,5 máximo. Análítica normal sin elevación de parámetros inflamatorios. Le repiten el TC en urgencias y la zona hipodensa residual donde estuvo el absceso prácticamente ha desaparecido aunque describen una mínima zona de hiper reales periférico.” Es decir, no hay datos de actividad infecciosa. No fuimos consultados por este motivo, por lo que ignoramos la decisión de prolongar el tratamiento antibiótico. En cualquier caso, la febrícula no parecía de causa infecciosa y, el hecho de que casi un año después, en la revisión del 16 de agosto de 2023 conste “presenta, puntualmente, febrícula de hasta 37.2 vespertina” va en contra de que esa febrícula tenga relación directa con el absceso hepático tratado.

Alegación Undécima

- “La cita con Medicina Interna tuvo lugar en septiembre, donde decidieron no continuar con tratamiento porque van remitiendo los síntomas, a pesar de seguir con febrícula y 820 de triglicéridos”.

La decisión de no seguir con tratamiento (asumimos que se refiere a los antibióticos) es coherente con lo expresado en el punto anterior y, clínicamente, es una decisión correcta.

Ignoramos por qué mezcla esta decisión con la detección de unos niveles de triglicéridos de 820 mg/dl en la analítica efectuada el día 7 de octubre del 2022. Hay que reseñar que los niveles de triglicéridos en sangre son muy sensibles al tipo de dieta o a haber realizado un periodo de ayunas correcto. El profesional que atendió a D. Xabier ese día asumo que revisó el registro histórico de sus cifras de triglicéridos y decidió, con buen criterio, no tratar y ver la evolución. Viendo la siguiente gráfica con los datos históricos de esta determinación, se puede entender la decisión (...)

Aunque D... afirma que el descenso de sus triglicéridos se debió a las medidas terapéuticas que tomó por propia iniciativa, viendo su registro de análisis de laboratorio, vemos que las cifras de triglicéridos determinados, al menos 10 veces antes del 7 de octubre de 2022, se mueven en cifras similares a las 4 determinaciones posteriores, lo cual nos lleva a concluir que esa cifra elevada fue un epifenómeno en el que pudieron influir otros factores y, sobre todo, que la decisión clínica de no tratar momentáneamente fue adecuada».

La conclusión del informe es que «la actuación por parte del servicio de Medicina Interna fue correcta, adecuándose en todo momento al estado del arte, empleando las pruebas necesarias y, sobre todo, evitando las pruebas y tratamientos innecesarios. Lamentamos que ese esfuerzo, producto de mucho tiempo de estudio y de práctica clínica, haya sido percibido por D. Xabier como defectuoso».

El informe se finaliza con la siguiente opinión clínica, a la vista del historial del paciente, sobre el manejo inicial de su cuadro:

«detecto que ya se sabía que D... tenía divertículos y que ya había tenido algún episodio de diverticulitis. Concretamente en la historia de Atención Primaria, con fecha 21/12/2021 se anota: “Ha estado en Observación 1 día urgencias en Andalucía por dolor abdominal, le pusieron AB doxiciclina 100 y le Dx diverticulitis, hace 4 días tuvo el mismo dolor y está tomando ibuprofeno, y vuelto a tomar doxiciclina apreciando mejoría. No tiene fiebre”.

Cuando empieza el episodio actual, en la misma historia de Primaria se anota, con fecha 24/05/2022: “Acude a SUE por dolor hipogástrico y febrícula. Le han hecho analítica de orina esta mañana, estuvo con su MAP el día 23. En anteriores episodios de diverticulitis el dolor era localizado en flanco izquierdo”.

La lectura de estos comentarios demuestra que se pudo tener en cuenta su antecedente, pero la semiología del dolor y la presencia del sedimento urinario patológico, hacía más probable la presencia de una infección del tracto urinario, y así fue como se enfocó y trató su problema, de forma correcta, en mi opinión».

C) Informe del Jefe de Servicio de Urgencias Generales del ...

Igualmente, se solicitó informe por parte del Instructor del expediente, en relación con la atención dispensada a don..., al Jefe del Servicio de Urgencias del ..., que fue emitido con fecha 3 de septiembre de 2023.

En el informe se relatan las atenciones médicas dispensadas al paciente:

«Constan las siguientes atenciones producidas en Urgencias del ..., en relación con la reclamación presentada, los pasados días 9 de mayo, 3 y 6 de junio, 13 y 17 de julio de 2022. Además, hay episodio en Urgencias, el 16 de junio de 2022, sin constar atención en dicho servicio porque se deriva para valoración a la consulta de pluripatológico de Hospitalización a Domicilio.

La primera atención se produce el día 9 de mayo de 2022 por dolor abdominal localizado en hipogastrio desde hace dos días, sin náuseas ni vómitos, asociando estreñimiento. No presenta sensación febril ni síndrome miccional. Se le realizó una analítica de sangre y una radiografía de abdomen, y tras su atención, se le dio el alta con el diagnóstico de dolor abdominal con control por su médico de Atención Primaria.

La segunda atención se produce el 3 de junio de 2022 porque presenta picos de fiebre de hasta 38.9°C, sin presentar clínica digestiva. Refiere disuria leve, con episodios recientes de posible infección de orina, valorados en su Centro de Salud y en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, tratados con antibioterapia, pendiente de cita con Urología, y ha estado en urólogo privado (...). Se le realizó analítica de sangre y orina, hemocultivos y urocultivo (ambos sin crecimiento bacteriano), electrocardiograma y radiografía de tórax y abdomen. Se le administró antibioterapia intravenosa, y ante la estabilidad hemodinámica y el buen estado general, se decidió alta con el

diagnóstico de infección urinaria, manteniendo cita con Urología como tenía previsto.

La tercera atención se produce el 6 de junio de 2022 por persistencia de fiebre (39.9º C) y dolor en hipogastrio, con deposición verde oscura de consistencia normal, sin vómitos ni diarreas, asociando pérdida de peso. Los hemocultivos y el urocultivo del 3 de junio son negativos. Se le realizó una analítica de sangre, hemocultivos, electrocardiograma, radiografía de tórax, ecografía abdominal y TAC de abdomen, que es informado como hallazgos radiológicos sugestivos de absceso hepático y pyleflebitis (rama de la vena suprahepática derecha) como complicación de diverticulitis aguda en la unión colosigmoidea. Con los hallazgos de las pruebas realizadas se solicita interconsulta a Cirugía General, ingresando en su servicio. Al llegar el resultado del hemocultivo extraído el 6 de junio en Urgencias, éste es positivo y se aísla *fusobacterium nucleatum*.

La cuarta atención se produce el 13 de julio de 2022 por febrícula de 37.5º C de tres días de evolución, sudoración y tiritona vespertinas, con antecedente de drenaje percutáneo de absceso hepático en junio 2022 y molestias en la zona de punción. Deposiciones normales y ausencia de clínica miccional. Se le realizó analítica de sangre y orina, hemocultivos y urocultivo, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen y TAC de abdomen, que informado como absceso hepático en segmento VII con ligera disminución del tamaño del área hipodensa abscesificada valorada en el último estudio previo del día 28/6/2022, aunque se aprecia un hiperrealce del parénquima circundante de aspecto inflamatorio no presente en estudios previos. Se solicita interconsulta a Cirugía General, y tras su atención, es dado de alta con el diagnóstico de absceso hepático en resolución tras diverticulitis aguda complicada.

La quinta atención se produce el 17 de julio de 2022 por episodios de febrícula desde inicio del nuevo antibiótico el día 13 de julio, con dolor en zona lumbar, sin dolor abdominal ni náuseas ni vómitos, y deposición diarreica ayer. Apetito mantenido, con buena tolerancia a las ingestas. Se le realizó analítica de sangre y radiografía abdominal y de columna lumbar. Tras su atención, ante resultados de pruebas complementarias y buen estado general del paciente se decide alta, con el diagnóstico de febrícula sin datos de alarma, pendiente de consulta en Cirugía General como tenía previsto».

Por lo que se refiere a las consideraciones de la atención dispensada se indica que:

«En el primer contacto con el Urgencias en relación con el motivo de reclamación, el 9 de mayo, es valorado por dolor abdominal y estreñimiento. Ante los resultados de las pruebas complementarias,

con buen estado general y con constantes normales, incluida la temperatura, se decide darle el alta con tratamiento sintomático y control por su médico de Atención Primaria.

En la segunda atención en Urgencias, el 3 de junio, presenta fiebre con posible clínica urinaria y el antecedente de episodios recientes de posible infección de orina, sin presentar clínica digestiva, por lo que el posible foco de infección se orienta hacia un origen urológico, siendo dado de alta con antibioterapia.

Tres días después, el 6 de junio, al presentar una evolución desfavorable, se decide ampliar el estudio en la búsqueda de un diagnóstico diferencial, y ante los hallazgos de las pruebas complementarias, con el diagnóstico de diverticulitis aguda en la unión colosigmoidea complicada con absceso hepático y pyleflebitis de la rama de la vena suprahepática derecha, se solicita interconsulta a Cirugía e ingresa en su servicio.

En relación con la parte de la reclamación que hace referencia a que el 6 de junio pasó varias horas sin ser atendido, el tiempo de espera para ser valorado por el médico es el adecuado para la prioridad asignada, constando:

Registro Admisión: 11:14

Triaje: 11:17

Prioridad: 2 (circuito B)

Atención por médico: 11:25

Laboratorios: resultado: 12:57

Ecografía abdominal resultado: 15:29

TAC abdominal resultado: 17:34 (consta consentimiento informado)

Interconsulta Cirugía: 18:23

Registro alta Administrativa: 19:04 (ingreso en Observación)

En la cuarta atención en Urgencias, el 13 de julio, dados los antecedentes recientes del paciente y ante los hallazgos de las pruebas complementarias, se solicita interconsulta a Cirugía General, siendo dado de alta por dicho servicio tras su valoración».

D) Informe del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del SNS-O

En el citado informe, de 30 de agosto de 2023, se relata que el paciente acude al Servicio de Urgencias de ... el 24/05/2022 con dolor abdominal localizado en hipogastrio y febrícula.

Se indica que se «procede a la anamnesis del paciente y la toma de temperatura que en ese momento es de 37.6 temperatura ótica. El paciente presenta febrícula y refiere en la exploración dolor a nivel suprapúbico con molestias al orinar. Se procede a la consulta de la analítica realizada ese mismo día 24 en su centro de salud, el estudio semicuantitativo de orina presenta signos de probable infección urinaria, con presencia de proteínas y sangre en orina. En ese momento no se conoce el resultado del urocultivo que también se ha solicitado al paciente, ya que está en proceso».

Se le diagnostica «infección urinaria para la que se pauta el tratamiento correcto y establecido en todas las guías de tratamiento para una infección urinaria y concordante con la clínica que presenta el paciente».

Como conclusión se reseña que «En la atención realizada en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del...se contemplan los antecedentes de diverticulosis del paciente y se constata que el dolor es en una localización diferente y además se acompaña de signos y síntomas compatibles con una infección urinaria que es lo que se diagnostica y trata en ese momento».

E) Informe Médico Pericial emitido por la asesoría médica de ...

Consta en el expediente el informe pericial emitido por ... (en adelante, ...).

En el informe, de fecha 4 de octubre de 2023, suscrito por dos doctores en Medicina y Cirugía, médicos especialistas en Medicina Interna, Urgencias y Emergencias, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica desde la atención del 9 de mayo de 2022 hasta la efectuada el 29 de agosto 2023; realizándose diversas consideraciones médicas relativas al dolor abdominal agudo que se atiende en urgencias y la diverticulitis aguda.

En cuanto al dolor agudo que se trata en urgencias, se destaca, con carácter general, que el dolor abdominal agudo constituye una de las causas más frecuentes de atención urgente, debiéndose distinguir entre las situaciones de dolor abdominal con shock, en la que los diagnósticos a manejar serían sangrado intraabdominal, shock anafiláctico, patología

cardiaca y/o aórtica, isquemia mesentérica, tromboembolismo pulmonar, pancreatitis aguda y sepsis de origen abdominal, de aquellas otras en las que no se produce shock, así como de las que se presentan con rigidez abdominal que precisan de un manejo quirúrgico.

Por lo que se refiere al tratamiento de los segundos, se afirma que «En los casos estables hemodinámicamente y en los que no existe rigidez abdominal y el resultado de las exploraciones complementarias, cuando estas están indicadas, no muestran alteraciones o estas no son específicas, lo más razonable es la observación del paciente, ... se puede realizar en régimen hospitalario y/o domiciliario». También se advierte que «a pesar de un interrogatorio y examen físico completos, y en aquellos casos que lo precisen estudios de laboratorio y de imagen apropiados, en un gran número de pacientes (40%) no se establece un diagnóstico definitivo».

Con apoyo en bibliografía médica, se apunta que la creencia de que el uso de analgesia en el contexto de la asistencia al dolor abdominal agudo «puede enmascarar el cuadro clínico (,) ha sido claramente superada y de hecho en la actualidad no se considera ético no aplicar tratamiento analgésico a los pacientes con dolor abdominal agudo»; afirmándose, por el contrario, que «el alivio del dolor puede facilitar el diagnóstico del paciente que finalmente requiera cirugía».

En cuanto a la diverticulosis aguda se describe en qué consiste la patología, su tipología, la edad media de los pacientes, los factores de riesgos y la patogenia.

Por lo que se refiere a su sintomatología, se reseña que el dolor abdominal es el síntoma más frecuente, que se suele localizar en fosa iliaca izquierda como consecuencia de la afectación habitual del sigma. «Hay pacientes que pueden presentar dolor en hipogastrio o fosa iliaca derecha como consecuencia de la presencia de un sigma redundante y de forma menos frecuente por afectación diverticular en el colon derecho (más frecuente en pacientes asiáticos). El dolor suele ser constante y habitualmente es de varios días de evolución cuando el paciente consulta. El 50% de los pacientes han tenido uno o más episodios de dolor similar

previos. El 10-15% de los pacientes con diverticulitis aguda puede referir síntomas urinarios como urgencia miccional, aumento de la frecuencia miccional y/o disuria, lo que en muchas ocasiones dificulta el diagnóstico».

La manera de diagnosticar esta patología es la clínica, la exploración física y las pruebas de imagen. Resaltándose que la presencia de complicaciones es mucho más frecuente en el primer episodio de diverticulitis, y que la aparición de un absceso hepático es una complicación muy poco frecuente de una diverticulitis aguda.

También se destaca que la pyleflebitis es una tromboflebitis infecciosa de la vena porta; patología muy poco frecuente y de la que existen pocos datos. La pancreatitis, la apendicitis, la diverticulitis colónica y la enfermedad inflamatoria intestinal se consideran condiciones predisponentes. La presentación clínica es poco específica y el diagnóstico se puede retrasar por este motivo. Los principales síntomas son la presencia de astenia, fiebre en ocasiones con tiritona, náuseas y dolor en el hipocondrio derecho. No hay guías específicas de tratamiento y el mismo se basa en el uso de antibioterapia y, cuando es posible, el tratamiento anticoagulante durante un periodo que no está claramente establecido.

Se señala que los antibióticos han sido el eje del tratamiento de la diverticulitis aguda, aunque varios estudios han demostrado la ausencia de beneficio del uso de antibiótico en el tiempo para la resolución de los síntomas, en las complicaciones y/o en el riesgo de recurrencias en casos de diverticulitis no complicada. Para los casos de diverticulitis aguda complicada, que se presentan con perforación evidente y peritonitis, se requiere tratamiento quirúrgico urgente. En los casos de absceso que complica la diverticulitis (16-40% de los pacientes con diverticulitis complicada) el tratamiento suele basarse en el uso de antibióticos y drenaje percutáneo en aquellos 3-4 cm, que no se resuelven con antibiótico o que sufren deterioro clínico. El 80% se resuelven con este abordaje, el 20% requieren cirugía. El riesgo de recurrencia tras el manejo conservador de los abscesos por diverticulitis es del 15-25% y más elevado en los abscesos >5 cm. La decisión sobre si todos los pacientes con absceso deben ser sometidos a cirugía electiva de resección tras el tratamiento agudo es objeto

de controversia. Los criterios de alta en pacientes con diverticulitis no complicada en los que se opta por el ingreso serían la normalización de los signos vitales (resolución de fiebre alta, taquicardia o hipotensión), mejoría del dolor abdominal, descenso de la leucocitosis y tolerancia de dieta oral.

La mortalidad quirúrgica de la diverticulitis se sitúa en el 0,6-5% aunque sube hasta el 20% en los pacientes de diverticulitis perforada con peritonitis purulenta o fecal.

Tras estas consideraciones, el Informe de ... se centra en el análisis de práctica médica, valorando todos los episodios de la atención dispensada al reclamante, y afirma lo siguiente:

1º.- La actuación en el Servicio de Urgencias el 9 de mayo de 2022 resultó básicamente correcta por las razones siguientes:

«Ante la presencia de un cuadro de dolor abdominal agudo se realiza una aproximación clínica que establece la estabilidad hemodinámica del paciente y la ausencia de datos en la exploración física de una patología que requiera una actuación quirúrgica en ese momento.

Pese a que el paciente está estable hemodinámicamente y no presenta datos de defensa abdominal y/o peritonismo se solicita de forma extraordinariamente prudente un estudio analítico en el que no existen datos específicos, de hecho la leucocitosis y el incremento discreto de las cifras de proteína C reactiva (PCR) se pueden enmarcar en el contexto de la propia submaxilitis (proceso inflamatorio de la glándula submaxilar) y/o del tratamiento con esteroides que estaba realizando el paciente y una radiografía de abdomen que no describe la presencia de hallazgos relevantes (...)

(Estamos) ante un cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución de localización hipogástrica (y por tanto inicialmente en una localización no típica de diverticulitis) en un paciente que se mantiene afebril y con resultado de las pruebas complementarias que no resultan específicos y que pueden encontrar su explicación en la patología previa del paciente (submaxilitis). En base a todo ello la decisión tomada de control ambulatorio del paciente resulta en nuestro criterio ajustada a las guías de manejo de este tipo de situaciones».

A la pregunta de si una actuación distinta hubiera condicionado un curso evolutivo diferente y/o supuesto un tratamiento radicalmente distinto al planteado se contesta de forma negativa. De un lado, porque de haberse

realizado un análisis de orina, se hubiera pautado antibioterapia como se hizo al día siguiente en el centro de salud y orientado el cuadro como una infección urinaria. Y, de otro, porque el diagnóstico de diverticulitis en ese momento no habría supuesto una modificación sustancial del tratamiento, que se habría desarrollado en régimen ambulatorio y consistido en medidas dietéticas, cuyo valor no está sustentado en la evidencia, y probablemente en el uso de antibioterapia, aunque esta última indicación está discutida dentro de la comunidad científica. En todo caso, se afirma, que la diverticulitis no complicada no se enmascara por el uso de antibioterapia, de hecho es el tratamiento de elección. Se advierte, además, que en la TC del 6 de junio se comprueba que no existen datos de complicación a nivel local de la diverticulitis por lo que el uso de antibioterapia no ha supuesto un enmascaramiento de una evolución desfavorable de la diverticulitis pues la misma no se ha producido.

La dificultad de diagnóstico, dice el informe, ha dependido en este caso «de la propia localización de la enfermedad diverticular en contacto con la vejiga que hace que la localización inicial del dolor espontáneo no se localice en fosa iliaca izquierda (e incluso el hecho de que con posterioridad no fuera el dolor el motivo principal de consulta), que el paciente refiera con posterioridad a esta asistencia inicial clínica urinaria y alteraciones en el análisis de orina sugestivos de infección. Prueba de esta dificultad es el hecho de que tampoco el Urólogo de la ... es capaz de establecer la sospecha diagnóstica de esta entidad ni por la clínica ni por la exploración ecográfica realizada por su parte».

2º.- En cuanto a las actuaciones en atención primaria y/o en la Urgencia extrahospitalaria se indica que:

«parecen ajustadas a los datos disponibles en el momento de prestar la atención dado que la presencia de dolor en localización hipogástrica, febrícula y análisis de orina compatible con un proceso infeccioso son sugestivos en primer lugar efectivamente de un proceso infeccioso a nivel urinario. Consta que se pautó tratamiento antibiótico con fosfomicina inicial y posteriormente con ciprofloxacino ambos antibióticos con adecuada cobertura para procesos infecciosos de la vía urinaria, así como que se solicitó urocultivo resultando la actuación correcta en base al diagnóstico de presunción establecido».

3º.- Por lo que se refiere la asistencia prestada el 3 de junio de 2022 en el Servicio de Urgencias del ...:

«La actuación resulta coherente con los datos disponibles en ese momento. Recordemos que el motivo de consulta es fiebre, no constando que el paciente refiera dolor abdominal espontáneo, recordemos que el síntoma guía de la diverticulitis aguda es la presencia de dolor abdominal por lo que en ausencia de este resulta complejo plantear este diagnóstico. Como síntoma para explicar el origen de la fiebre lo que refiere el paciente es sintomatología urinaria. Se realizan análisis en los que destaca la presencia de reactantes de fase aguda y una mínima elevación de enzimas de citólisis hepática que resulta absolutamente inespecífico y puede explicarse por el tratamiento antibiótico que había recibido el paciente. En el análisis de orina podemos hablar de la presencia de piuria ... Dada la estabilidad del paciente y la ausencia de datos de alarma, tanto en la exploración como en las pruebas complementarias practicadas, la decisión de reiniciar el tratamiento antibiótico que el paciente había suspendido resulta razonable garantizando la continuidad asistencial del paciente tanto por parte de su médico de primaria como en la consulta de Urología que ya tenía citada, así como recomendando acudir de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento».

A la pregunta respecto de si una actuación distinta en este momento hubiera condicionado un curso evolutivo distinto y/o la posibilidad de un tratamiento distinto al realizado con posterioridad, se responde negativamente, ya que la presencia de la diverticulitis no justifica el cuadro febril prolongado que sí explica la presencia de un absceso hepático, y un diagnóstico el mismo día 3 no hubiera supuesto un cambio en el tratamiento aplicado (drenaje y antibioterapia), ni en el curso evolutivo que en este caso ha sido favorable.

«La asistencia prestada desde el 6 de junio es correcta alcanzando el diagnóstico de diverticulitis aguda y absceso hepático pese a que el paciente no refería dolor abdominal espontáneo y la exploración abdominal resultaba anodina. La decisión de ingreso e inicio de antibioterapia intravenosa es coherente con el diagnóstico de absceso hepático, la diverticulitis diagnosticada no muestra datos de complicación local, tampoco existen datos de perforación ni de obstrucción. El paciente ingresa de forma correcta en el Servicio de Cirugía y de forma también acertada se decide además de la administración de antibioterapia intravenosa el drenaje de la colección hepática de forma percutánea con excelente evolución clínica y analítica lo que permite mantener el tratamiento antibiótico en régimen

de hospitalización a domicilio y completarlo finalmente de forma oral los últimos días del plazo de tratamiento previsto. Con posterioridad se prolongaría unos días más ante la consulta el 17 de julio en Urgencias del ... por presencia de febrícula pese a la mejoría en la TC realizada de forma correcta. Desde entonces y pese a las repetidas referencias a persistencia de fiebre/febrícula por parte del paciente no ha sido posible objetivarla en ninguna de las valoraciones realizadas evolucionando las pruebas de imagen a la desaparición de la lesión hepática que de hecho no resulta visible en la última ecografía de la que se nos ha dado traslado.

Respecto a la hipertrigliceridemia la actuación es correcta. Ante una cifra puntualmente muy elevada se decide iniciar medidas dietéticas y repetir la determinación que demuestra un descenso significativo de los mismos sin criterio de tratamiento. La hipertrigliceridemia no tiene que ver con la diverticulitis y absceso hepático y sí con los hábitos y/o condiciones basales del paciente (obesidad, consumo de alcohol..) y la presencia de un síndrome metabólico en el que integrar todos esos datos y otros como el aumento del colesterol y especialmente de su fracción LDL, el aumento del ácido úrico y la esteatosis hepática. La actuación y seguimiento del paciente ha sido correcto».

Como conclusiones, el informe pericial de ..., establece las siguientes:

1. D... consultó en el Servicio de Urgencias del... el 9 de mayo de 2022 por un cuadro de dolor abdominal hipogástrico.
2. Dada la ausencia de hallazgos sugestivos de la presencia de un abdomen quirúrgico en la exploración física realizada, la inespecificidad de las pruebas complementarias realizadas y la mejoría con el tratamiento analgésico pautado se decidió el alta hospitalaria para seguimiento con carácter ambulatorio. Esta actuación es correcta y coherente con los datos disponibles en el momento de prestar la asistencia y los protocolos de manejo de dolor abdominal en Urgencias.
3. Según la documentación clínica del ... y el informe de D^a... el paciente fue atendido posteriormente en atención primaria y el Servicio de Urgencias de ... por molestias urinarias, febrícula y dolor hipogástrico con un sistemático de orina compatible con infección urinaria por lo que la asistencia con realización de cultivo de orina y tratamiento antibiótico con espectro adecuado para los gérmenes habitualmente implicados en este tipo de procesos resultaría correcto.
4. El 3 de junio consultó nuevamente en el ... por la presencia de fiebre sindolor abdominal espontáneo y con un análisis de orina que mostraba piuria y por tanto compatible con una infección de orina por lo que la decisión de reiniciar el antibiótico resulta correcta en nuestro criterio si bien el paciente requería continuar el estudio ante la presencia de un

resultado negativo en el urocultivo previo por lo que se indicó control por su médico de primaria, en consulta de Urología como tenía previsto y acudir de nuevo si empeoraba.

5. El 6 de junio ante la persistencia del cuadro febril y síntomas genitourinarios se realiza de forma correcta una ecografía abdominal, completada con una TC, que determina la presencia de una diverticulitis aguda sin datos de complicación local y un absceso hepático que ha condicionado la presencia de una trombosis suprahepática a la que se cataloga como pyleflebitis.

6. El tratamiento pautado (antibioterapia sistémica y drenaje percutáneo) es correcto y permite un curso evolutivo favorable clínico, analítico y desde el punto de vista de las pruebas de imagen.

7. El germen aislado es excepcional como causante de absceso hepático en el seno de una diverticulitis en paciente inmunocompetente (existiendo un solo caso descrito en la literatura revisada por estos peritos) y no podemos descartar que su origen no sea colónico sino de la esfera ORL en el contexto de la submaxilitis que presentó con anterioridad a su atención en mayo de 2022 en el Servicio de Urgencias del ...».

La pericial concluye afirmando que: «La actuación de los profesionales intervinientes, en base a la documentación aportada a estos peritos, resulta en nuestro criterio ajustada a los datos de los que fueron disponiendo. El diagnóstico de la diverticulitis en este caso se vio dificultado por la localización inicial del dolor y la posterior coexistencia de sintomatología urinaria junto con alteraciones en el análisis de orina sugestivos de la presencia de un proceso infeccioso urinario. Creemos que un diagnóstico anticipado de la diverticulitis aguda no hubiera supuesto un cambio relevante en el curso evolutivo del enfermo que ha sido favorable con resolución radiológica y analítica del absceso hepático y de la diverticulitis.».

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 2 de noviembre de 2023, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a la parte interesada por un periodo de quince días hábiles para la presentación de alegaciones, los documentos y las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la Historia Clínica objeto de reclamación, los informes médicos emitidos por la Jefa de la Sección de Urgencias Extrahospitalarias del Área de

Pamplona, Jefe del Servicio de Urgencias del ..., Jefe del Servicio de Medicina Interna del ..., Director del Área de Cirugía General del ..., y del informe médico pericial emitido por la asesoría de

Por escrito de 21 de noviembre de 2023, el reclamante presentó alegaciones en las que insiste que todo el tratamiento fue dirigido al absceso hepático, siendo el 4 de julio cuando se destaca la diverticulitis del colon y el 13 de julio cuando se habla de diverticulitis aguda. Se insiste que no se tuvo en cuenta los antecedentes de diverticulitis, que se ha padecido una diverticulitis aguda complicada y que los informes de Cirugía y Medicina Interna son contradictorios. Afirmándose que ninguno de los informes ni siquiera insinúa qué evolución hubiera podido tener de tratarse la diverticulitis desde el principio; y que hubo una mala praxis pues, si se hubiera tenido en cuenta desde el principio la diverticulitis, el resultado pudo y debió haber sido otro, sin las consecuencias habidas.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por Don..., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Tras referir los antecedentes de hecho, detallar el órgano competente para la resolución de la reclamación y la legitimación activa y pasiva, analiza en su fundamentación jurídica la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial, con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la *lex artis* en la determinación de una actuación médica correcta.

Sobre la base de los informes obrantes en el expediente, se analiza la reclamación que se sustenta en la consideración del reclamante de que la «atención, diagnóstico y tratamiento efectuados han sido incorrectos desde el principio, y que el retraso en el diagnóstico adecuado, con una grave patología (divertículo reventado, absceso hepático, tromboflebitis séptica, etc.), le ha obligado a convivir con esa patología sin tratar y su

agravamiento, que pudo acarrear su óbito, y ello supone una clara pérdida de oportunidad».

Reproduce la doctrina jurisprudencial sobre la «pérdida de oportunidad», recogida en la STS de 27/09/2011, y alude a los dos requisitos que han de concurrir para su apreciación, probabilidad suficiente de mejora o de curación del padecimiento en el supuesto de haberse realizado las pruebas correspondientes, e indicios de la mala praxis que permita fundar una alta probabilidad causal con la disminución de las posibilidades de curación; afirmándose que no concurren en el presente caso.

En relación con los informes médicos, pone de relieve que en la atención del día 9 de mayo de 2022 en el Servicio de Urgencias del ..., la decisión tomada de control ambulatorio del paciente es ajustada a las guías de manejo de este tipo de situaciones y conclusión que se recoge en el informe, en cuanto que el resultado hubiera sido el «pautado antibioterapia como se hizo al día siguiente en el centro de salud y orientado el cuadro como una infección urinaria». Se enfatiza que no consta que en la primera consulta el paciente refiriera los antecedentes de diverticulitis, que la diverticulitis no complicada no se enmascara con el antibiótico, así como que la dificultad del diagnóstico depende de la propia localización de la enfermedad diverticular, en contacto con la vejiga, que hace que la localización inicial del dolor espontáneo no se localice en fosa iliaca izquierda. Se reseña como prueba de esta dificultad el hecho de que tampoco el Urólogo de la ... fuera capaz de establecer la sospecha diagnóstica de esta entidad ni por la clínica ni por la exploración ecográfica realizada por su parte.

Respecto a la asistencia sanitaria realizada en el Servicio de Urgencias del ... el día 3 de junio de 2022, se alude al contenido del informe pericial en cuanto a que el motivo de la consulta es la fiebre, no constando que el paciente refiera dolor abdominal espontáneo, y sin que una actuación distinta hubiera condicionado un curso evolutivo distinto y/o la posibilidad de un tratamiento distinto al realizado con posterioridad.

Se señala que es en la «asistencia prestada el día 6 de junio de 2022, y no el 4 de julio como argumenta el recurrente en su escrito de alegaciones, cuando se objetiva y se alcanza el diagnóstico de diverticulitis aguda y absceso hepático», así como que no hay contradicción entre el informe emitido por el Servicio de Cirugía y el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna, como afirma el recurrente, «dado que este último informe lo que pone de manifiesto en su inciso final es que... de la historia clínica se desprende que el paciente tuvo un antecedente de diverticulitis valorado en Andalucía en el año 2017, pero que como se concluye en ese mismo informe “la semiología del dolor y la presencia del sedimento urinario patológico, hacía más probable la presencia de una infección del tracto urinario”, y así fue como se enfocó y trató el problema hasta que se objetiva la diverticulitis con fecha 6 de junio de 2022, a través de la realización del TAC que se le realiza al paciente en el Servicio de Urgencias Generales del..., previamente a su derivación al Servicio de Cirugía General del...».

También se hace referencia a las asistencias sanitarias posteriores y consideraciones del informe pericial de ... sobre la persistencia de fiebre/febrícula y la incidencia del germen aislado en la diverticulitis en paciente inmunocompetente, no descartando que su origen no sea colónico sino de la esfera ORL en el contexto de la submaxilitis que presentó el paciente con anterioridad a su atención en mayo de 2022 en el Servicio de Urgencias del

Todo ello lleva a considerar que la actuación sanitaria fue conforme a la «lex artis ad hoc», sin que exista una pérdida de oportunidad para el paciente, conforme se establece en la conclusión final del informe pericial de El diagnóstico de la diverticulitis en este caso se vio dificultado por la localización inicial del dolor y la posterior coexistencia de sintomatología urinaria junto con alteraciones en el análisis de orina sugestivos de la presencia de un proceso infeccioso urinario. Pero, incluso un diagnóstico anticipado de la diverticulitis aguda, se dice, no hubiera supuesto un cambio relevante en el curso evolutivo del enfermo que ha sido favorable con resolución radiológica y analítica del absceso hepático y de la diverticulitis.

Se apunta, con cita de la sentencia nº 925 de 19 de noviembre de 2008, del TSJ de Cataluña, que las actuaciones médicas no deben enjuiciarse ex post facto, sino ex ante, dados los síntomas y la clínica que presentaba el paciente en cada momento.

La Propuesta de Resolución finaliza aseverando que no se aprecia ni queda justificado que el retraso en el diagnóstico haya supuesto una pérdida de oportunidad para el paciente, así como que no hay en el expediente administrativo tramitado documento o informe que avale el relato de incumplimiento de la «lex artis» que el reclamante efectúa, cuando le corresponde la carga de la prueba sobre estas cuestiones. Por el contrario, se dice, los informes obrantes en el expediente acreditan que la asistencia sanitaria dispensada al Sr... ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, no habiendo lugar a atender la alegación de pérdida de oportunidad, dado que ésta no se ha producido.

En consecuencia, se señala que no hay un daño que tenga la consideración de antijurídico y que no concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial, razón por la cual se propone la desestimación de la reclamación formulada.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. 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.

El artículo 14.1 de la LFCN establece que el Consejo de Navarra deberá 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 por importe total de 500.420 euros (quinientos mil con cuatrocientos veinte euros), por lo que el presente dictamen se emite con carácter de preceptivo.

Por su parte, la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, dispone en el artículo 122, en relación con el artículo 58, 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 datos de la historia clínica necesarios para conocer las circunstancias de los hechos por los que se reclama, los informes emitidos por los servicios médicos afectados, así como un dictamen pericial a instancia de la compañía aseguradora de la responsabilidad de la Administración de la Comunidad Foral.

Una vez instruido el expediente se dio traslado a la reclamante para formular alegaciones y presentar los documentos que considerase oportunos. El expediente ha culminado con la propuesta de resolución que se nos somete a dictamen.

A la vista de todo ello, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como una institución de garantía de los ciudadanos.

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en la legislación sobre procedimiento administrativo y régimen jurídico de la Administración Pública, en la actualidad recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo,

LPACAP) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32 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 tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

Por su parte, el artículo 34.1 de la LRJSP establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley; no siendo indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran 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, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.

En los apartados 2, 3 y 4 del citado artículo 34, se establecen las pautas para la cuantificación de la indemnización con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, expropiatoria y demás normas que puedan ser de aplicación, ponderándose con las valoraciones predominantes en el mercado. Para 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 Seguridad Social. La cuantía indemnizatoria se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al expediente con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad y de los intereses que procedan por demora. La indemnización podrá sustituirse, con acuerdo del interesado, por una compensación en especie o abonarse mediante pagos periódicos si resulta más adecuada para lograr la recuperación debida y convenga, igualmente, al interés público.

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de 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 de causalidad (entre otras muchas, STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 23 mayo 2012, recurso de casación 6010/2010).

II.3ª. En particular, el cumplimiento de la *lex artis* y la antijuridicidad del daño

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 36/2015, de 1 de diciembre, 8/2016, de 25 de enero, 49/2016, de 21 de octubre, 10/2017, de 27 de marzo, o 39/2023, de 22 de diciembre de 2023), 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 la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todos los casos 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 mas 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 antijuricidad 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).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

Por otra parte, señala la STS de 3 de diciembre de 2012 que «La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo... configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente».

Para que dicho mecanismo resulte operativo es preciso, como se indicó en nuestro Dictamen 16/2021, 20 de mayo, que haya una alternativa que se estime fundada, seria y real, por lo que de no existir incertidumbre alguna

sobre la práctica médica realizada no cabrá valorar la existencia una pérdida de oportunidad; toda vez que, según se reseña en la STSJ de Madrid de 31 de enero de 2006, para la aplicación de esa doctrina se «exige que la oportunidad sea claramente determinante de un tratamiento distinto que hubiese puesto remedio a la situación del paciente».

En el presente caso, el recurrente fundamenta jurídicamente su reclamación de responsabilidad patrimonial en la existencia de una pérdida de oportunidad por retraso diagnóstico. Esta la sustenta en que la atención, diagnóstico y tratamiento dispensados por los Servicios Sanitarios fueron desde el principio incorrectos, ya que no se tuvo en cuenta su padecimiento de diverticulitis, lo que determinó «diagnósticos y tratamientos erróneos, retraso en el diagnóstico adecuado con una grave patología (divertículo reventado, absceso hepático, tromboflebitis séptica, etc.)», irrogándole como daño la convivencia «con esa patología sin tratar y su agravamiento», que pudo acarrearle el óbito.

Para la valoración de los motivos en los que se fundamenta la reclamación, y consideración de si media en el presente caso un retraso diagnóstico que dé lugar a la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria por pérdida de oportunidad indemnizable, ha de partirse de los informes que obran en el expediente, aportados por la Administración.

El primer aspecto que se desprende de esa documentación es que las atenciones dispensadas al reclamante en los servicios de Urgencias del ... de 9 de mayo, 3 y 6 de junio de 2022, fueron correctas y conformes a la «lex artis ad hoc», dados los síntomas y la clínica que presentaba en esos momentos el reclamante. Debiéndose tener en cuenta que, conforme se reconoce por reiterada jurisprudencia, entre otras la STS de Cataluña de 19 de noviembre de 2008, número 925, no puede proyectarse hacia el pasado un resultado diagnóstico correcto posterior fruto del curso de los acontecimientos, pues «lo que se debe valorar es si, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento, puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».

Así, respecto de la asistencia del día 9 de mayo de 2022, la pericia de ... afirma, indubitadamente, que ésta fue la pertinente:

«Ante la presencia de un cuadro de dolor abdominal agudo se realiza una aproximación clínica que establece la estabilidad hemodinámica del paciente y la ausencia de datos en la exploración física de una patología que requiera una actuación quirúrgica en ese momento.

Pese a que el paciente está estable hemodinámicamente y no presenta datos de defensa abdominal y/o peritonismo se solicita de forma extraordinariamente prudente un estudio analítico en el que no existen datos específicos, de hecho la leucocitosis y el incremento discreto de las cifras de proteína C reactiva (PCR) se pueden enmarcar en el contexto de la propia submaxilitis (proceso inflamatorio de la glándula submaxilar) y/o del tratamiento con esteroides que estaba realizando el paciente y una radiografía de abdomen que no describe la presencia de hallazgos relevantes...

nos encontramos ante un cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución de localización hipogástrica (y por tanto inicialmente en una localización no típica de diverticulitis) en un paciente que se mantiene afebril y con resultado de las pruebas complementarias que no resultan específicos y que pueden encontrar su explicación en la patología previa del paciente (submaxilitis). En base a todo ello la decisión tomada de control ambulatorio del paciente resulta en nuestro criterio ajustada a las guías de manejo de este tipo de situaciones».

Criterio que también se sostiene para la asistencia del 3 de junio de 2022 en el Servicio de Urgencias del ..., afirmándose su ajuste a la «lex artis ad hoc»:

«La actuación resulta coherente con los datos disponibles en ese momento. Recordemos que el motivo de consulta es fiebre, no constando que el paciente refiera dolor abdominal espontáneo, recordemos que el síntoma guía de la diverticulitis aguda es la presencia de dolor abdominal por lo que en ausencia de este resulta complejo plantear este diagnóstico. Como síntoma para explicar el origen de la fiebre lo que refiere el paciente es sintomatología urinaria. Se realizan análisis en los que destaca la presencia de reactantes de fase aguda y una mínima elevación de enzimas de citólisis hepática que resulta absolutamente inespecífico y puede explicarse por el tratamiento antibiótico que había recibido el paciente. En el análisis de orina podemos hablar de la presencia de piuria dado que en el sedimento se determina la presencia de 11 leucocitos por campo considerando como tal la presencia de leucocitos en la orina en concentración de más de 5 leucocitos/ campo en la orina centrifugada o

más de 10 leucocitos/campo en una muestra no centrifugada. Dada la estabilidad del paciente y la ausencia de datos de alarma, tanto en la exploración como en las pruebas complementarias practicadas, la decisión de reiniciar el tratamiento antibiótico que el paciente había suspendido resulta razonable garantizando la continuidad asistencial del paciente tanto por parte de su médico de primaria como en la consulta de Urología que ya tenía citada, así como recomendando acudir de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento».

La conclusión es semejante para la prestación asistencial del día 6 de junio de 2022, siendo en esa fecha en la que se alcanza el diagnóstico definitivo de «*diverticulitis aguda y absceso hepático, pese a que el paciente no refería dolor abdominal espontáneo y la exploración abdominal resultaba anodina*»; y aplicándose a estas patologías el tratamiento adecuado conforme a la «lex artis ad hoc»:

«La decisión de ingreso e inicio de antibioterapia intravenosa es coherente con el diagnóstico de absceso hepático, la diverticulitis diagnosticada no muestra datos de complicación local, tampoco existen datos de perforación ni de obstrucción. El paciente ingresa de forma correcta en el Servicio de Cirugía y de forma también acertada se decide además de la administración de antibioterapia intravenosa el drenaje de la colección hepática de forma percutánea con excelente evolución clínica y analítica lo que permite mantener el tratamiento antibiótico en régimen de hospitalización a domicilio y completarlo finalmente de forma oral los últimos días del plazo de tratamiento previsto. Con posterioridad se prolongaría unos días más ante la consulta el 17 de julio en Urgencias del ... por presencia de febrícula pese a la mejoría en la TC realizada de forma correcta. Desde entonces y pese a las repetidas referencias a persistencia de fiebre/febrícula por parte del paciente no ha sido posible objetivarla en ninguna de las valoraciones realizadas evolucionando las pruebas de imagen a la desaparición de la lesión hepática que de hecho no resulta visible en la última ecografía de la que se nos ha dado traslado»

A ello hay que añadir que el tratamiento que se llevó a cabo de la hipertrigliceridemia del reclamante, patología que no tiene que ver con la que afecta a la reclamación, también fue objeto de atención y se subsanó.

«Ante una cifra puntualmente muy elevada se decide iniciar medidas dietéticas y repetir la determinación que demuestra un descenso significativo de los mismos sin criterio de tratamiento. La hipertrigliceridemia no tiene que ver con la diverticulitis y absceso hepático y sí con los hábitos y/o condiciones basales del paciente

(obesidad, consumo de alcohol) y la presencia de un síndrome metabólico en el que integrar todos esos datos y otros como el aumento del colesterol y especialmente de su fracción LDL, el aumento del ácido úrico y la esteatosis hepática. La actuación y seguimiento del paciente ha sido correcto».

La segunda cuestión relevante a los efectos que nos ocupan, puesta de relieve por la pericial de ..., es que la consideración en las primeras asistencias de la diverticulitis no habría variado el curso evolutivo de los acontecimientos, ni implicado un tratamiento radicalmente distinto del que se le dispensó al paciente-reclamante y se le aplicó el 6 de junio de 2022; aspecto que conlleva que no pueda ser apreciada una «pérdida de oportunidad».

Así, respecto de la asistencia del 3 de mayo, el informe de ... indica que:

«El hecho de haber realizado el diagnóstico de diverticulitis en ese momento no hubiera supuesto una modificación sustancial del tratamiento que hubiera sido en régimen ambulatorio y consistido en medidas dietéticas, cuyo valor no está sustentado en la evidencia, y probablemente en el uso de antibioterapia... no podemos afirmar que el hecho de haber diagnosticado la diverticulitis hubiera supuesto el inicio de antibioterapia y/o en caso de iniciarla que se hubiera producido una modificación en el curso evolutivo del paciente.

(...) La diverticulitis no complicada no se enmascara por el uso de antibioterapia de hecho es el tratamiento de elección. En este caso en la TC realizada el 6 de junio se comprueba que no existen datos de complicación a nivel local de la diverticulitis por lo que el uso de antibioterapia no ha supuesto un enmascaramiento de una evolución desfavorable de la diverticulitis pues la misma no se ha producido.

La dificultad del diagnóstico en este caso no depende del uso de antibioterapia, sino de la propia localización de la enfermedad diverticular en contacto con la vejiga que hace que la localización inicial del dolor espontáneo no se localice en fosa iliaca izquierda (e incluso el hecho de que con posterioridad no fuera el dolor el motivo principal de consulta), que el paciente refiera con posterioridad a esta asistencia inicial clínica urinaria y alteraciones en el análisis de orina sugestivos de infección. Prueba de esta dificultad es el hecho de que tampoco el Urólogo de la ... es capaz de establecer la sospecha diagnóstica de

esta entidad ni por la clínica ni por la exploración ecográfica realizada por su parte».

En cuanto a si una actuación distinta el día 3 de junio de 2022 hubiera condicionado un curso evolutivo distinto y/o la posibilidad de un tratamiento diferente al realizado con posterioridad, la respuesta que se ofrece en la pericial es también negativa:

«Si en base a la negatividad del urocultivo referida en la asistencia prestada el 6 de junio se hubiera planteado ampliar el estudio para buscar el origen del cuadro febril y en base al mismo se hubiera podido determinar la presencia de la diverticulitis finalmente diagnosticada resulta obvio que la misma (dados los hallazgos de la TC) no justifica el cuadro febril prolongado que sí explica la presencia de un absceso hepático. El desarrollo del mismo podría depender de la traslocación bacteriana desde la zona de inflamación colónica, si bien ya hemos señalado que resulta extraordinariamente infrecuente su presencia relacionada con un foco abdominal, sin poder descartar dado el germen aislado (colonizador habitual de la boca) y la presencia de un cuadro previo de inflamación en una glándula salivar (submaxilitis) que el origen de dicho absceso no guarde relación con la diverticulitis, que como podemos comprobar en la TC realizada es una diverticulitis sin datos de complicación y sí con la submaxilitis, lo que haría que las patologías (diverticulitis y absceso hepático) fueran coincidentes en el tiempo y sin relación causal entre ellas.

En todo caso incluso aunque exista relación entre el absceso hepático y la diverticulitis un diagnóstico el mismo día 3 no hubiera supuesto un cambio en el tratamiento aplicado (drenaje y antibioterapia) ni en el curso evolutivo que en este caso ha sido favorable».

Por otra parte, la pretendida contradicción de los informes del Servicio de Cirugía y Servicio de Medicina Interna, y reconocimiento en este último de que constaba en la historia clínica que el paciente tuvo un antecedente de diverticulitis valorado en Andalucía en el año 2017, carece de la entidad que el reclamante le quiere dar para fundamentar una supuesta falta de observancia de la «lex artis». En este informe, el propio Jefe del Servicio de Medicina Interna, señala que «la semiología del dolor y la presencia del sedimento urinario patológico, hacía más probable la presencia de una infección del tracto urinario, y así fue como se enfocó y trató el problema, de forma correcta, en mi opinión». Este aspecto también se destaca en el Informe del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del SNS-O, en la

atención médica efectuada al reclamante el 25 de mayo de 2022, cuando se refiere que «en la atención realizada en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias del... se contemplan los antecedentes de diverticulosis del paciente y se constata que el dolor es en una localización diferente y además se acompaña de signos y síntomas compatibles con una infección urinaria que es lo que se diagnostica y trata en ese momento».

Por otra parte, según se desprende del contenido de los informes de los servicios sanitarios implicados, cabe destacar que, objetivada la diverticulitis con fecha 6 de junio de 2022, mediante la TAC que se le realizó en el Servicio de Urgencias Generales del..., el tratamiento dispensado y seguido con el señor... cumplió con los parámetros de la «lex artis ad hoc».

Frente ello el reclamante no ha desplegado una actividad probatoria que permita rebatir los informes descritos y la pericial presentada.

Su propio relato de los hechos carece de la concreción necesaria, pues omite la datación precisa de los acontecimientos y confunde en sus alegaciones las fechas de la cronología asistencial -4 de julio por 6 junio-; lo cual es singularmente relevante teniendo en cuenta la razón de su reclamación, el hipotético retraso diagnóstico y pérdida de oportunidad.

No ofrece tampoco elementos que permitan valorar cómo debería haber actuado la Administración Sanitaria para lograr un resultado diferente al obtenido, ni ha identificado las actuaciones sanitarias que resultaron incorrectas, ni ha individualizado y especificado los posibles daños de una manera concreta y fundada, limitándose a exigir un monto global indemnizatorio a tanto alzado.

La carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial, corresponde al reclamante, salvo en caso fuerza mayor o culpa de la víctima (Sentencias del T.S. de 19 de junio de 2007 y de 9 de diciembre de 2008, entre otras), y, en el presente caso, éste no la ha satisfecho.

Por todo ello, este Consejo de Navarra considera que no ha quedado acreditado que se haya sufrido un daño antijurídico que no se tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don..., por presuntos daños y perjuicios ocasionados por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos del SNS-O.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.