

Expediente: 10/2015

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

Dictamen: 15/2015, de 1 de junio

DICTAMEN

En Pamplona, a 1 de junio de 2015,

El Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; doña María Asunción Erice Echegaray, Consejera-Secretaria; y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 13 de abril de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña..., solicitado por la Orden Foral 35/2015, de 13 de marzo, de la Consejera de Salud.

A la solicitud se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución de la Directora Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 35/2015, de 13 de marzo,

de la Consejera de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de 17 de julio de 2014, doña... formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios derivados de negligencia médica asistencial, solicitando una indemnización de trescientos mil euros (300.000 euros).

En dicho escrito, doña... señala el proceso asistencial que ha seguido en los distintos servicios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, sin que se le diagnosticara la enfermedad inflamatoria pélvica de la que se derivó la extirpación del apéndice, trompa y ovario derecho y ulterior depresión, que entiende supuso una negligencia médica asistencial.

Señala que el 4 de agosto de 2013 acudió por urgencias al Centro de Salud de Lodosa con dolor inguinal derecho y el médico de guardia, sin efectuarle revisión, le recetó ibuprofeno; y consideró como causa de ello un posible desgarró muscular, indicándose en el informe "Episodios Dolor Cadera Coxalfia-Derecho-a".

El 13 de agosto de 2013, volvió a acudir al médico de cabecera con los mismos dolores y se le diagnosticó resfriado común, catarro y coriza.

El 18 de septiembre de 2013 acudió, por remisión del médico de cabecera, al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital... y se le diagnosticó, tras realizarle ecografía, alteraciones menstruales con "útero enante versión con endometrio post menstrual ovarios normales, quiste de 16,5 x 15 mm en OI".

El 13 de noviembre de 2013, regresó a consulta del médico de cabecera y se le diagnóstico cistitis aguda u otra infección urinaria aguda, se

le realizó analítica de orina y se le prescribió tratamiento para dicha infección.

En la revisión ginecológica a la que se sometió en el Hospital..., el 21 de noviembre de 2013, indicó que sufría molestias abdominales y alteraciones en la regla y, tras la exploración, se le mantuvo el tratamiento del médico de cabecera.

El 25 de diciembre de 2013 acudió al Servicio de Urgencia del Hospital..., por dolor a nivel lumbar derecho que se irradiaba a ingle y hematuria sin coágulos en las últimas 24 horas, y una vez realizada exploración física y análisis, el juicio clínico fue hematuria a estudio; posible cólico renal, con antecedentes de infecciones urinarias de repetición. Fue derivada al Servicio de Urología, en el que se le realizó ecografía y reseñó que todo estaba bien, remitiéndosele para su seguimiento a cita con Ginecología de Lodosa para el 17 de febrero de 2014.

El 3 de enero de 2014 se presentó en Urgencias de la Clínica... por padecer cuadro febril y dolores en riñón derecho, se le realizaron auscultación y analítica de orina y se le recetó "Monurol", enviándole de nuevo a casa.

El 16 de enero de 2014 volvió al Servicio de Urgencias de la Clínica... "por dolor abdominal en FID", ingresó al sospechase por la ecografía realizada la existencia de un absceso ovárico derecho, y se le dispensó tratamiento de antibioterapia. Dada la mejora de la reclamante, el 22 de enero se le efectuó una laparoscopia en la que se detectó la existencia de "absceso de ovario y trompa derechos donde se encuentra englobado el apéndice y salpingitis moderada izquierda". Se le realizó anexectomía derecha, apindecetomía y se le drenó el acceso de la trompa izquierda. El juicio clínico fue enfermedad pélvica inflamatoria por chlamydia trachomatis, absceso tubo ovárico derecho y salpingitis izquierda.

La demandante indica, además, que como consecuencia de la intervención sufrió un estado de depresión, que motivó que incrementara su

peso en ocho kilos, habiendo acudido a un nutricionista para tratar el problema.

En el escrito se invocan los fundamentos jurídicos de la pretensión y se afirma que concurren todos los elementos necesarios para que nazca el deber de indemnizar los daños sufridos.

La demanda se finaliza con la solicitud de la indemnización, antes referida, de trescientos mil euros (300.000 euros); solicitándose que se dé por aportada la documentación que se adjunta, consistente en diversos informes y pruebas diagnósticas realizadas a la reclamante, así como que se efectúe prueba pericial para que un médico forense, nombrado de común acuerdo, informe sobre la posible “impericia médica asistencial” del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a la interesada con fecha 31 de julio de 2014, informándole de la admisión a trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (seis meses a contar desde 28 de julio de 2014), y de los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó al Director del Centro de Salud... y al Gerente del ... copia de la historia clínica completa de doña... en relación con el tratamiento y diagnóstico de un dolor inguinal derecho valorado el 4 de agosto de 2013. Igualmente, se requirió la emisión de informes médicos a doña..., Médica del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Lodosa, a doña..., Jefa de la Sección de Urgencias del Hospital..., y a doña..., Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital...

De la documentación clínica aportada cabe destacar, como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

El día 4 de agosto de 2013, doña..., paciente de 25 años, operada de dedo en resorte y conización en el año 2012 por HGSIL, acudió al Centro de Salud de... por “dolor inguinal derecho”, reseñando pinchazo al caminar. En la exploración se muestra abdomen blando y depresible sin masas y blumerg negativo, con dolor a la presión en la cadera y a su rotación interna. Se diagnóstica como coxalgia y se pauta ibuprofeno.

El 13 de agosto de 2013 la reclamante regresa a consulta del médico de cabecera por dinofagia, rinorrea vercosa sin fiebre, tos improductiva y expectoración amarilla; diagnosticándose resfriado común y prescribiéndose tratamiento sintomático.

El 18 de septiembre de 2013 se presenta en Urgencias de Ginecología del Hospital..., por sangrado irregular, habiendo dejado en julio la toma de anticonceptivos orales. La reclamante había acudido a consulta por este mismo motivo el 5 de septiembre de 2013. Se indica como fechas últimas de regla el 21 de julio de 2013 y 14 de septiembre de 2013, apreciándose en la exploración ginecológica sangrado en cantidad como regla. Se le realiza ecografía ginecológica en la que se aprecia útero en anteversión con endometrio postmenstrual, ovarios normales y quiste de 16,5 x 15 milímetros en ovario izquierdo. La prueba de embarazo en orina resulta negativa. No se refiere ni dolor ni fiebre ni otra sintomatología, como también aconteció en la anterior consulta. El diagnóstico es “alteraciones menstruales”.

En el mes de octubre de 2013, doña... acude a la revisión programada a la consulta de patología cervical y se le realiza citología en la que se detectan alteraciones celulares. Por este motivo en diciembre de 2013 se llevan a cabo pruebas de colonoscopia y biopsia, y se programan seguimientos posteriores.

El 13 de noviembre de 2013, la demandante acude de nuevo a Atención Primaria del Centro de..., indicando que unos días antes fue a

consulta en Urgencias por cuadro miccional; se le pauta tratamiento con fosfomicina. En el informe se señala que no presentaba fiebre, pero sí disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. En la exploración física se refiere dolor en hipogastrio, con la puño percusión renal negativa. Se le prescribe tratamiento antibiótico y se le solicita un urocultivo de control.

El 25 de diciembre de 2013 se presenta en el Servicio de Urgencias del ... al padecer, desde hacía uno a tres días, dolor a nivel lumbar derecho que se irradiaba a ingle, acompañado de hematuria sin coágulos en las últimas 24 horas. No se indican otros síntomas urinarios. La última menstruación se data el 10 de diciembre de 2013 y se niega la posibilidad de embarazo. La demandante informa que ha sufrido infecciones urinarias de repetición desde la infancia y que la última había sido un mes antes con un urocultivo negativo. En la exploración se aprecia un buen estado general, ausencia de fiebre, con abdomen blando y depresible y discreto dolor a la palpación en flanco y fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Se le realizan radiografía de tórax y abdomen que resultan normales. La analítica del hemograma y la bioquímica se presentan normales, y se solicita su valoración por el Servicio de Urología para descartar patología del tracto urinario, causante de las infecciones de repetición y la hematuria. El diagnóstico es hematuria a estudio con posible cólico renal.

El 3 de enero de 2014, doña... acude a Urgencias de la Clínica... al persistir los síntomas. En la exploración se señala que desde hace varios días presenta molestias en el riñón derecho, que se describe como dolor que se irradia hacia la pierna. Según el informe, no presenta fiebre y el estado general y las constantes son normales. En la analítica de orina se aprecia la presencia de leucocitos +++ y la radiografía de abdomen resulta normal. Se le diagnostica una infección del tracto urinario y se le pauta tratamiento antibiótico y analgésico.

El día 13 de enero de 2014 asiste a la consulta de Urología, en la que no se le detectan alteraciones a ese nivel y solo al realizar una ecografía, una imagen patológica a nivel retro uterino, se muestra dolorosa al paso de

la sonda del ecógrafo. Por esta razón, se le solicita interconsulta a Ginecología, siendo citada para el día 17 de febrero de 2014.

El 16 de enero de 2014 vuelve a Urgencias de la Clínica... por referir dolor y haber padecido “3 episodios de metrorragia de 1 semana de evolución en 1 mes”. La temperatura era 36,1°C. En la exploración abdominal se detectó peristaltismo + y dolor en fosa iliaca derecha e hipogastrio sin signos de irritación peritoneal con abdomen distendido y timpánico. En la analítica aparecía una ligera leucocitosis (14400/mm³), con desviación izquierda (77,8% neutrófilos) y ligero aumento de PCR (32 mg/l). Se realizó una ecografía abdominal sin que se le detectara patología a nivel de abdomen superior, aunque en la pelvis se encontró una masa a nivel parametrial derecho de 5 centímetros de diámetro, sugestiva de absceso tubo-ovárico como primera posibilidad. Dado este hallazgo, se le remite al ginecólogo para que realice la pertinente valoración, y se le efectúa ecografía vaginal.

En la anamnesis ginecológica, la demandante indicó que había sufrido metrorragias cada 15 días en el último mes y medio, y aumento del flujo vaginal en el último mes. En la exploración se refiere “genitales externos y vagina normales; cérvix de conización. No dolor a la movilización cervical y por tacto vaginal útero móvil, anejo izquierdo libre, anejo derecho aumentado de tamaño con dolor a la palpación”. Se realizaron cultivos vaginales y endocervicales. La ecografía mostró un útero con endometrio lineal, ovario izquierdo normal y, en ovario derecho, una imagen de 34 x 37 milímetros compatible con absceso e hidrosalpinx derecho. Se decidió su ingreso para ser tratada con antibióticos intravenosos de gentamicina y clindamicina, mejorando clínicamente.

El día 22 de diciembre de 2013 se le realizó una laparoscopia que descubrió la existencia de un absceso que englobaba el ovario y trompa derechos, así como el apéndice y una inflamación moderada de la trompa izquierda. Se le extirparon el anejo derecho (trompa y ovario) y el apéndice, también se le drenó el absceso de trompa izquierda. El cultivo endocervical realizado había dado positivo para chlamydia.

La evolución de la doña... fue favorable y se le dio el alta médica el día 28 de enero de 2014, prescribiéndole tratamiento antibiótico específico para chlamydias y antiinflamatorios. La anatomía patológica determinó la existencia “apéndice cicatricial, absceso periapendicular, salpingitis crónica agudizada, fragmentos de pared de absceso, quistes foliculares de ovario”.

La evolución posterior, según el seguimiento realizado en Atención Primaria, fue favorable y sin complicaciones.

A partir de la intervención, la demandante presentó un cuadro de ansiedad que se centró en la ingesta de alimento, derivándose de ello un incremento de peso. Acudió a la consulta de un endocrino e inició un tratamiento con dieta de 1.500 calorías.

Informes

A solicitud de la instructora del procedimiento han emitido informe doña..., Médica del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud..., doña..., Jefa de la Sección de Urgencias del Hospital..., y doña..., Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital..., sobre la asistencia prestada a la demandante en cada uno de esos centros respecto al tratamiento y diagnóstico del dolor inguinal derecho origen de la reclamación.

En el informe emitido por doña..., Médica del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de..., se indica que la informante no atendió personalmente a dicha paciente en la fecha de 4 de agosto de 2013, y sí el 13 de agosto de 2013, presentando en la exploración un cuadro de odinofagia. Señala que doña... le indicó que se había automedicado con amoxicilina y le había sentado mal. También se hace constar que se le exploró y, por la sintomatología, se considero que padecía un posible cuadro catarral; no habiendo comentado la paciente “en ningún momento que hubiera tenido dolor abdominal ni otra clínica”. No existía constancia en la historia clínica de que se le hubiera derivado al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital... el 18 de septiembre de 2003.

En cuanto a la consulta del 13 de noviembre de 2013, se reseña que se le atiende después de haber pasado por Urgencias y pautarle morunol 2 gramos al tener molestias al orinar. En el informe se indica que la paciente estaba “sin fiebre, con clínica miccional y con la menstruación”. En la exploración refleja dolor a la palpación en hipogastrio con puñopercusión renal negativa. Se le cambia de antibiótico durante 7 días y se solicita urocultivo posterior, que resulta negativo.

El informe termina indicando que asiste a la consulta la madre de la paciente el 17 de enero de 2014 y le informa que su hija “está ingresada por un quiste de ovario y que va a ser operada”.

Por lo que concierne al informe de doña..., Jefa de la Sección de Urgencias del Hospital..., cabe destacar los siguientes extremos. Se señala que la demandante acudió por iniciativa propia al servicio de Urgencias el 25 de diciembre de 2013, siendo el motivo de la consulta “síndrome miccional”. En la anamnesis refirió dolor a nivel lumbar derecho que irradiaba a ingle de 1 a 3 días de evolución y que se acompañaba en las últimas 24 horas de hematuria sin coágulos, habiendo sido comprobado posteriormente en la analítica. En la exploración física se constata buen estado general, sin fiebre y taquicardia, “con abdomen blando, depresible, sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal (Murphy y Blumberf negativos)”, lo que descarta procesos infecciosos en esos momentos a nivel intraabdominal. En la analítica los reactantes de fase aguda, muy sensibles y sugestivos de infección, no estaban elevados y la proteína C era de valor normal. La presencia de hematíes en orina, sin otros datos de infección, llevó al juicio clínico de “posible cólico renoureteral derecho”. En atención al historial referido de la paciente de infecciones urinarias, se recogió urocultivo para su posterior valoración. Durante la estancia en urgencias no se precisó analgesia ni antitérmicos, ni hubo cambios en la información ni en los síntomas o signos físicos. Dada la normalidad de la analítica, se le remitió al Médico de Atención Primaria para que efectuara seguimiento de su cuadro y se realizara una posterior valoración en la consulta de Urología.

Finalmente, el informe de doña..., Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital..., señala que doña... acudió a urgencias el 18 de septiembre de 2013 indicando que había sufrido sangrado irregular en septiembre. Reseña las fechas de las últimas reglas, 21 de septiembre de 2013 y 18 de agosto de 2013, y señala que ha manchando oscuro del 2 al 9 de septiembre y rojo escaso desde el 14 de septiembre de 2013. En la exploración ginecológica se aprecia sangrado en cantidad como regla y se le efectúa una ecografía ginecológica en la que se aprecia útero en anteversión con endometrio postmenstrual, ovarios normales y quiste de 16,5 x 15 milímetros en ovario izquierdo. Se le efectúa prueba de embarazo, que da negativa. Se le diagnostica, tras descartar patología ginecológica, alteraciones menstruales. Se reseña que la paciente había acudido por este mismo motivo el 5 de septiembre de 2013, no habiendo referido en ninguna de las dos ocasiones dolor ni fiebre ni otra sintomatología. El informe se concluye con la afirmación de que la asistencia prestada fue acorde al proceso clínico que presentaba la paciente en ese momento, y que no existe relación entre este proceso de “alteraciones menstruales” y el que presentó la paciente con posterioridad en enero de 2014.

Dictamen médico.

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica... (en adelante,...), a solicitud de la compañía.... En el informe de fecha 25 de diciembre de 2014, suscrito por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, se realiza un detallado examen de los antecedentes, que se extienden a diversas consideraciones sobre la infección pélvica padecida por la demandante y el retraso en el diagnóstico de esa patología que se atribuye a los servicios navarros de salud que le atendieron.

En el mismo se señala que la enfermedad inflamatoria pélvica (en adelante, EIP), sufrida por la demandante, genera inflamación e infección de las trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes, y se suele producir por chlamydias y gonococo, gérmenes considerados de transmisión sexual, pero también por flora entreal como E. Coli y otros. El síntoma más frecuente de la EIP es el dolor hipogástrico, bilateral. Su intensidad varía de totalmente

ausente (EIP silente) a muy intenso en cuadros con un componente peritoneal importante, siendo muy significativo el dolor a la movilización del cerviz y a la palpación profunda de los anejos, que se encuentran ausentes en un tercio de las pacientes afectadas; lo que dificulta el diagnóstico de la infección y su tratamiento precoz en aras de minimizar las secuelas. La ecografía transvaginal puede ayudar a su diagnóstico, aunque una imagen ecográfica de un absceso ovárico o tubárico es muy similar a la que se encuentra en procesos como la endometriosis, el quiste hemorrágico o el embarazo extrauterino.

En cuanto a la chlamydia, germen patógeno al que dio positivo el cultivo endocervical efectuado a doña... cuando ingresó el 16 de enero en la Clínica..., se destaca que es la infección sexual de origen bacteriano más frecuente en el mundo occidental y que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes (menores de 25). Resulta asintomática entre el 70-80% de las mujeres y el 50% de los hombres. El periodo de incubación de chlamydia trachomatis es de 2 a 3 semanas, pero puede extenderse hasta 6 semanas. Si no se trata, la infección puede producir consecuencias serias como la EIP.

En el informe se analiza la actuación médica realizada en atención a los siguientes aspectos.

En primer lugar, la concurrencia de factores de riesgo de la demandante de padecer una EIP que, de concurrir, deberían haberse tenido en cuenta por los servicios de urgencia al valorar el cuadro de dolor. Se afirma que no se daban en el caso, pues al tener la demandante antecedentes de infección por el virus papiloma HPV, con diagnóstico en el año 2011 y motivo de la conización de octubre 2012, estaba prescrita la utilización de preservativo para evitar el contagio, y “hay que suponer que Dña. Ariane era consciente de dichas recomendaciones por lo que si las cumplía era aun más improbable pensar en que existiera una nueva infección de transmisión sexual”.

En segundo lugar, si los síntomas que manifestaba la paciente debieron hacer sospechar la EIP. Se descarta tal cuestión, ya que los síntomas referidos se encontraban más relacionados con patología del tracto

urológico que con la patología genital, existiendo “además el antecedente referido por la paciente de infecciones urinarias de repetición desde la infancia, lo que aumentaba dicha posibilidad diagnóstica”.

En tercer lugar, se plantea si se practicaron las pruebas complementarias adecuadas, afirmándose que ello fue así. De manera expresa dice el informe que: “La analítica realizada a la paciente el día 25 de diciembre mostró valores normales de leucocitos en la sangre y una PCR de 0,04, también negativa, lo que descartaba datos de infección a ningún nivel. El día 3 de enero la presencia de leucocitos en orina orientaba hacia una infección urinaria, así como el dolor en región renal derecha irradiado hacia la pierna, y como tal fue diagnosticada. Las pruebas de imagen realizadas fueron una radiografía de abdomen y de tórax el primer día y una radiografía de abdomen simple el día 3 que no mostraron hallazgos patológicos”. Sólo se sospechó el origen del dolor “desde la consulta realizada en Urología el día 13 de enero de 2014, solicitada desde el servicio de Urgencias”, cuando “Ariane manifestó que había presentado metrorragia y al realizar una ecografía se detectó la presencia de un quiste complejo situado por detrás del útero que resultaba doloroso al paso del transductor”. En ese día se solicitó la valoración de la paciente por la consulta de Ginecología de forma ambulatoria.

En el informe también se destaca que, en contra de lo que afirma la demandante, una vez sospechado el cuadro de absceso tubo-ovárico, el proceso no representaba una urgencia vital, pues de hecho se inició un tratamiento antibiótico empírico antes de practicar la laparoscopia.

Las conclusiones del informe son las siguientes:

1. Doña... ingresó en la Clínica... por un cuadro de dolor abdominal diagnosticando un absceso tubo-ovárico derecho y siendo necesario extirpar el anejo derecho y apéndice.

2. La causa de ese absceso fue una infección inflamatoria pélvica por *Chlamydia trachomatis*.

3. Los cuadros de enfermedad inflamatoria pélvica cursan sin síntomas específicos en 1/3 de los casos y cuando la infección es por chlamydias esto ocurre hasta en 70% de los mismos.

4. Entre los meses de agosto y diciembre, las consultas realizadas fueron por dolor articular, catarro común, alteraciones de la regla y cistitis, no por sintomatología relacionada con una enfermedad inflamatoria pélvica.

5. En cada una de las visitas se realizaron las exploraciones adecuadas y se solicitaron las pruebas complementarias necesarias en función de los síntomas referidos.

6. La paciente no manifestó ningún síntoma ginecológico en las dos visitas realizadas a Urgencias en los meses de diciembre y enero y sólo el día del ingreso refirió la existencia de fiebre y leucorrea.

7. Una vez diagnosticado el cuadro de enfermedad inflamatoria pélvica se actuó correctamente con ingreso hospitalario, antibiótico terapia intravenosa y cirugía lo más conservadora que fue posible.

8. La actuación de los profesionales médicos de los diferentes centros donde la paciente fue atendida se ajustó a "lex artis" y a la buena "praxis", utilizando los medios humanos y materiales disponibles y adecuados en función de las manifestaciones clínicas existentes.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio de fecha 20 de enero de 2015 la instructora dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, nuevos documentos y las justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica remitida por el Centro de Salud de... y el..., los informes emitidos por las doctoras doña..., doña... y doña..., así como el dictamen médico efectuado por la Asesoría Médica...

La representación letrada de la reclamante, por escrito de 3 de febrero de 2015, manifestó su disconformidad con el informe pericial efectuado por

la compañía aseguradora del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, e indicó que aportará prueba pericial médica. Además, solicitó que se practicara prueba testifical por comparecencia de los doctores... y ... de la Clínica...; prueba testifical consistente en que se responda si durante todo el periodo de baja o enfermedad nadie sospechó que doña... padecía una apendicitis, y si hasta el 13 de enero de 2014 nadie determinó que doña... tenía un quiste complejo y que tal como estaban dichos hechos (apéndice y quiste) eran peligrosos para la vida de doña...; y cuantas pruebas resulten necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

Mediante escrito de 9 de febrero de 2015, se requiere a don..., la acreditación de la representación que ostenta de doña..., otorgando un plazo de 10 días al efecto; siendo notificado dicho requerimiento en fecha 13 de febrero de 2015, y aportándose éste el 24 de febrero de 2015.

La práctica de las pruebas testificales propuestas se consideraron innecesarias en atención a que obraban en el expediente los informes de los doctores referidos, así como los de los distintos servicios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que atendieron a la demandante.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., en nombre y representación doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a raíz del no diagnóstico inicial de un cuadro de enfermedad inflamatoria pélvica. En su fundamentación se traen a colación los informes de las facultativas responsables de la atención médica que se proporcionó a doña... en Atención Primaria del Centro de Salud de..., Urgencias y Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital..., así como las consideraciones y las conclusiones del dictamen de...

De los informes de las doctoras doña..., doña... y doña... se contiene, en la propuesta de resolución, la transcripción íntegra y exacta de las

apreciaciones y conclusiones, que ya han sido recogidas con detalle, así como el dictamen y conclusiones finales del informe de... De todo ello se concluye que no cabe apreciar la existencia de un daño antijurídico del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los citados servicios actuaron en el presente caso conforme a la “lex artis ad hoc”; proponiéndose la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., por presuntos 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 16.1. letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen como preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

La tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

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

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y 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 que exista 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 (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

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

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “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 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 existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, el 10/2013, de 9 de abril y 7/2014, de 10 de marzo), 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 medica 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, cual 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 cual 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 a 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.

En el presente caso la reclamación de responsabilidad dirigida contra la Administración se sustenta en la posible existencia de un incumplimiento de la “*lex artis ad hoc*” por retraso en el diagnóstico de la EPI a la demandante. Para valorar si puede considerarse que ello ha sido así, debemos abundar en los datos que ofrecen la historia clínica y los informes médicos incorporados al expediente sobre la sintomatología que presentaba doña Ariane en los sucesivos procesos asistenciales de los que fue objeto en Atención Primaria del Centro de... y los Servicios de Urgencias y Obstetricia y Ginecología del Hospital... Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2010 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª), número 2683/2006, “el juicio acerca de la corrección profesional

o médica de una conducta no puede establecerse mediante el simple mecanismo de una inferencia establecida retrospectivamente acerca de si la opción alternativa no escogida habría evitado el resultado lesivo concreto conocido. De ser así es evidente que siempre estaría indicada la intervención”.

De los informes sobre las consultas que pasó la recurrente en Atención Primaria del Centro de... se desprende lo siguiente.

En la primera consulta, de fecha 4 de agosto de 2013, doña Ariane refirió dolor de tipo articular a nivel de cadera derecha, que se manifestaba como un pinchazo al caminar y que en la exploración se reproducía cuando se presionaba el hueso y al hacer rotación interna de la articulación. En la historia clínica se indica que se le realizó exploración, aunque se niegue en la demanda, y que se le pautó el tratamiento con ibuprofeno.

En la consulta de 18 de agosto, los síntomas que señaló eran los derivados de un catarro común (secreción verdosa por nariz, dolor de garganta, expectoración amarillenta...), no sugestivos de infección pélvica.

En cuanto a la consulta del día 13 de noviembre, el cuadro que se describió era urológico, sin fiebre y con disuria, polaquiuria y tenesmo. Según se indica en el informe de..., todos ellos son síntomas típicos de una infección de orina, habiendo comentado la demandante que unos días antes había acudido a Urgencias por los mismos síntomas, pautándose tratamiento empírico.

En consecuencia, por lo que se refiere a la asistencia en Atención Primaria del Centro de..., todos los síntomas presentados sugerían patologías diferentes a la infección de útero y ovarios, por lo que estas consultas no parecen que puedan ser relacionadas con el cuadro padecido posteriormente.

Respecto la consultas realizadas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital..., el informe de la Jefe de este Servicio resulta también significativo. Así, se indica que la visita a urgencias ginecológicas

del día 18 de septiembre fue motivada por sangrado vaginal anómalo en los primeros días de septiembre, tras haber abandonado la toma de anticonceptivos en julio, y utilizando en ese momento preservativo como método anticonceptivo. Ese día se le realizó una exploración ginecológica, un test de embarazo y una ecografía, que no mostraron datos patológicos excepto la existencia de un pequeño quiste funcional en el ovario izquierdo. La paciente había acudido el día 5 de septiembre a consulta por el tema de sangrado, sin que en ninguna de las ocasiones refiriera dolor, fiebre ni otra sintomatología; por lo que el sangrado, que coincidió en un caso con los días de la ovulación y en el otro con la menstruación, se interpretó como alteraciones menstruales. La exploración ginecológica resultó rigurosamente normal y la ecografía no ofreció en ese momento signos que evidenciaran una infección pélvica.

En la visita siguiente, que se efectuó a la consulta de Patología Cervical, se le realizó una citología y posteriormente colposcopia y biopsia del cérvix uterino, pues la demandante había sido diagnosticada en 2011 de una infección por el virus papiloma (HPV) y se le había practicado una conización en 2012, por lo que se requería un seguimiento estricto. La citología vaginal, realizada el 11 de octubre de 2013, detectó la existencia de inflamación por la presencia de hongos, pero no alteraciones sugestivas de una infección por chlamydias, que fue el germen que produjo el absceso tubo-ovarico, como se diagnosticó mediante el cultivo realizado antes de la intervención. Por ello, se puede afirmar que en ese momento tampoco existían datos para sospechar dicho proceso infeccioso.

Por último, respecto a las consultas llevadas a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital... a principios de noviembre de 2013, según el informe de Atención Primaria, doña... acudió por un cuadro de infección urinaria y fue tratada con antibiótico y analgésico; quedando constancia de su padecimiento de infecciones urinarias desde la infancia.

Las dos visitas siguientes, que realizó el 25 de diciembre de 2013 y el 3 de enero de 2014, fueron motivadas por los siguientes síntomas. En el primer caso, la razón de la consulta fue dolor lumbar derecho irradiado a ingle de uno

a tres días de evolución, con aparición en las últimas 24 horas de hematuria. Ante esos síntomas y la ausencia de infección en la muestra de orina analizada, se le diagnosticó un probable cólico renal; y, por ello, fue remitida para valoración al urólogo. El segundo día, el día 3 de enero de 2014, de nuevo el síntoma principal era dolor en el riñón derecho, irradiado hacia la pierna. Esta vez, aparecieron leucocitos en la orina, por lo que el juicio clínico probable fue infección urinaria, como así se determinó por la analítica.

En el informe de... se destaca que en ningún momento la paciente refirió los síntomas descritos como más frecuentes en los casos de EIP: dolor hipogastrio, leucorrea y fiebre; razón por la cual no había motivo para sospechar la presencia de la enfermedad.

Por otra parte, según los informes médicos, durante el proceso asistencial el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea practicó las pruebas complementarias que aconsejaba la sintomatología que refería en cada momento la recurrente. Así, la analítica realizada el día 25 de diciembre de 2013 mostró valores normales de leucocitos en la sangre y una PCR de 0,04, también negativa; lo que descartaba datos de infección a ningún nivel. El día 3 de enero de 2014, la presencia de leucocitos en orina orientaba hacia una infección urinaria, así como el dolor en región renal derecha irradiado hacia la pierna; diagnosticándose como tal. Se le realizaron pruebas de imagen, una radiografía de abdomen y de tórax el primer día, y una radiografía de abdomen simple el día 3, que no mostraron hallazgos patológicos.

Se reseña en el informe de... que la sospecha de que el origen del dolor podía ser ginecológico sólo podía plantearse desde la consulta realizada en Urología el día 13 de enero de 2014, ésta pedida por el Servicio de Urgencias. Ese día se solicitó cita a la paciente para consulta de Ginecología de forma ambulatoria, citándosele el 17 de febrero de 2014.

Fue el día 16 de enero de 2014, fecha en la que doña Ariane acudió a Urgencias de la Clínica..., cuando aparecieron algunos datos que facultaron la orientación del diagnóstico hacia el absceso pélvico, aunque el motivo de la consulta fue también dolor abdominal. En este sentido el informe de... señala que "los hallazgos en la analítica solicitada fueron significativos porque esta

vez, además de la presencia de leucocitos en la orina, había una leucocitosis en sangre (14.400/ml) con desviación a la izquierda (77,8% de neutrófilos) y elevación de la PCR 32, que sugerían un proceso de infección sistémica”. En la prueba de imagen se “halló una masa de unos 5 cms. a nivel de anejo derecho con características ultrasonográficas sugestivas de absceso tubárico. El hallazgo radiológico orientó hacia el origen ginecológico, solicitándose la valoración por el especialista. El dolor se refería más intenso en la última semana; también refirió fiebre en los dos días previos, aumento del flujo vaginal en el último mes y metrorragia cada 15 días en el último mes y medio”. En ese momento se le “realizaron los cultivos vaginales y endocervicales pertinentes, que darían como resultado la infección por Chlamydias, y una ecografía transvaginal que confirmó la existencia de una masa anexial derecha de 34x37mms sugestiva de hidrosalpinx y absceso ovárico”.

A juicio de los especialistas de..., “doña... sufrió tanto un proceso de infección urinaria, demostrable por la sintomatología típica de cistitis y los análisis de orina patológicos, como un cuadro de enfermedad inflamatoria pélvica que cursó de forma anodina y larvada sin dar síntomas ginecológicos específicos hasta los días previos al ingreso hospitalario de la paciente, por lo que no existía motivo para sospechar su existencia. Incluso en el momento en que se diagnosticó dicha infección anexial, la analítica mostró unos valores ligeramente patológicos y la exploración carecía del signo patognomónico para el diagnóstico, que es el dolor a la movilización de los órganos genitales internos”.

En ese sentido parece relevante que la ausencia de clínica específica sea propia de la enfermedad pélvica inflamatoria, la cual puede cursar asintomática en un tercio de los casos, y más aún cuando es debida a una infección por chlamydias, en los que la ausencia de síntomas se eleva hasta el 70% de los cuadros, por lo que el diagnóstico sólo se hace ante las complicaciones, como en este caso, de la masa anexial que se detectó en la consulta de Urología; y que llevó a que se le pidiera cita para el 17 de febrero a Ginecología ambulatoria.

Cabe destacar también que, según el informe de..., en contra de lo

afirmado por la reclamante, el proceso de la EIP no representaba una urgencia vital, “se inició un tratamiento antibiótico empírico antes de practicar la laparoscopia”, tratamiento previo que duró seis días.

Todos estos datos y apreciaciones hacen concluir que no se ha acreditado que los Servicios de Atención Primaria del Centro de..., Urgencias, Ginecología y Obstetricia del Hospital... hubieran vulnerado las exigencias de la “lex artis ad hoc”. En consecuencia, no queda probado que en el presente caso exista un daño antijurídico que los interesados no tengan el deber jurídico de soportar del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los servicios de Atención Primaria del Centro de..., Urgencias y Ginecología y Obstetricia del Hospital... actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*. No habiéndose probado tampoco la existencia de una relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado dañoso producido.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña... por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.