Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 6 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 753/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 2 de diciembre de 2024, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 4 de diciembre de 2024.

2. En lo que se refiere a la preceptividad del presente Dictamen, si bien no resulta de aplicación en este caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

"e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros".

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

En este caso, pues, la cuantía indemnizatoria solicitada (superior a 6.000 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarla la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], si bien en este caso actúa mediante la representación debidamente acreditada de (...) (art. 5.1 LPACAP).

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

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

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del

Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 7 de mayo de 2024 respecto de un daño cuyo alcance ha quedado determinado a la fecha del alta hospitalaria de 30 de mayo de 2024, tras intervención quirúrgica realizada el 23 de mayo de 2024.

III

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, fundamente su reclamación en los siguientes hechos:

«Primero.- Con fecha 10 de agosto de 2.022, mi representado comenzó a sentirme mal con dolor en flanco derecho del abdomen acudiendo a su Centro de Salud de Tejina, donde le realizan una ECG catalogada de "normal", le diagnostican de dolor abdominal /contractura muscular y pautan analgesia y antiinflamatorios (...)

El día siguiente 11 de agosto de 2.022 vuelve a acudir a urgencias con los mismos síntomas, donde en una ECO de abdomen le diagnostican apendicitis aguda de localización retrocecal.

Ingresa en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (en adelante CHUC) en San Cristóbal de La Laguna y el día 12/08/22, donde es intervenido de urgencias, mediante apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda con apéndice gangrenado, perforado y peritonitis.

El postoperatorio fue muy complicado. Necesitando las siguientes intervenciones quirúrgicas:

Dia 11/09/22 se le practica drenaje absceso postquirúrgico. Día 17/09/22: Lavado de cavidad +colocación drenaje por crecimiento absceso. Día 24/09/22: Hemicolectomía derecha abierta +anastomosis LL mecanica isoperistáltica reforzada con monocryl. - Día 28/09/22: Resección de anastomosis + ileostomía terminal por fuga.

Segundo.- La familia observa atemorizada como según van pasando los días va empeorando mi representado, y solicitan su traslado urgente al Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (en adelante CHUNSC) en Santa Cruz de Tenerife, el cual se lleva a cabo el día 7 de Octubre de 2.022. En este hospital se le practica las

siguientes intervenciones: Día 08/10/22: drenaje de colección flanco derecho, lavado y drenaje. Día 11/10/22: Drenaje de colección fosa iliaca derecha + lavado. Día 14/10/22: Drenaje de colección fosa iliaca derecha. Día 15/10/22: Drenaje + Friedrich. Día 17/10/22: Lavado quirúrgico. Día 18/10/22: Laparotomía Exploradora + Resección intestinal + Reubicación de ileostomía previa + Friedrich de todas las heridas+Lavado abundante. Día 27/10/22: Curetaje + Colocación de VAC. Día 30/10/22: Revisión de herida y cambio de VAC. Día 08/11/22: Recambio de VAC. Día 14/11/22: Retirada de VAC y cierre de herida (...)

Tercero.- El 23 de mayo de 2.023 vuelve a ingresar en el CHUNSC y ser intervenido quirúrgicamente de forma urgente, por obstrucción intestinal secundaria a bridas, siendo dado de alta hospitalaria el 30 de mayo de 2.023 (...)

Cuarto.- Mi representado es ingeniero técnico mecánico, habiendo permanecido en situación de incapacidad temporal desde el 11 de agosto de 2.022 hasta el 12 de enero de 2.024 (se adjunta Resolución del INSS como documento E), con la consiguiente disminución de rendimientos por su trabajo, reincorporándose a su puesto en la empresa (...), con limitaciones (...)

Quinto.- Que el resultado final, se debe a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, pues se considera insuficiente la atención dispensada en el Centro de Salud Tejina el 10/08/22 al no completarse el estudio con analítica y ecografía abdominal que se realizó el 11/08/22 con datos clínicos de apendicitis aguda.

La intervención quirúrgica urgente del 12/08/22, demostró un apéndice gangrenado que ratificaba el diagnóstico y el retraso del mismo. Se produjo un manifiesto retraso en el diagnóstico de la peritonitis secundaria a la apendicectomía y un tratamiento totalmente insuficiente en el Hospital Universitario de Canarias por "mala praxis", que después de numerosas intervenciones se logró controlar en el Hospital Nuestra Señora de Candelaria con las consiguientes complicaciones de una peritonitis de larga instauración».

Por todo ello se solicita una indemnización que cuantifica en 190.250,09 euros, por lesiones temporales, perjuicio personal básico por pérdida de calidad de vida, con 518 días de incapacidad temporal de los cuales 101 días lo fueron hospitalarios, 14 intervenciones quirúrgicas, y secuelas como adherencias y estéticas (cicatrices).

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 9 de mayo de 2024 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que subsane su reclamación, de lo que recibe notificación el 10 de mayo de 2024, aportando lo requerido el 14 de mayo de 2024.

- Mediante Resolución de 3 de junio de 2024, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación.

- El 5 de junio de 2024 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 23 de octubre de 2024, tras haber recabado la documentación oportuna: copia de la historia de Salud del reclamante correspondiente al ámbito de Atención Primaria; copia de la Historia Clínica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC); copia de la Historia Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC); Informe emitido el 24 de agosto de 2024 por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del CHUC; e Informe emitido por el Médico que atendió al reclamante en Atención Primaria.

- El 28 de octubre de 2024 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas propuestas por el interesado en su escrito de reclamación, teniendo por reproducida la documental aportada y abriendo periodo probatorio para la aportación de informe pericial señalado como prueba en aquel escrito. Asimismo, se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. De ello recibe notificación el reclamante el 30 de octubre de 2024, aportando en esa misma fecha el informe pericial referido.

- El 31 de octubre de 2024 se remite el informe pericial aportado por el reclamante al SIP, a efectos de que emita informe al respecto, emitiéndose por este informe complementario el 12 de noviembre de 2024.

- El 18 de noviembre de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 19 de noviembre de 2024, que, el 27 de noviembre de 2024 presenta escrito de alegaciones.

- El 29 de noviembre de 2024 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar que se trata de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, no siendo preciso, pues, tal informe, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del

Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, que señala que sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, los del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, emitido 23 de octubre de 2024, constan en la historia clínica del interesado, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.(…) con DNI (…) y 38 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales tóxicos tabaquismo, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

2.El 10 de agosto de 2022 acudió al Centro de Salud de Tejina por un cuadro de tres días de evolución consistente en dolor abdominal localizado en la región derecha del abdomen que había ido aumentando sin otra sintomatología asociada (no sudor frío, no náuseas, no dolor torácico ni otros síntomas de alarma). A la exploración física se encontraba consciente, orientado y colaborador, normocoloreado, normohidratado, con auscultación cardiopulmonar normal, abdomen suave y depresible destacando únicamente dolor a nivel del flanco derecho. Se realizó un electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Con los datos disponibles de la anamnesis, la exploración física y la prueba complementaria se estableció un juicio diagnóstico de dolor abdominal y contractura muscular, por lo que se le indicó tratamiento sintomático acorde a dicha sospecha (analgesia vía oral y tópica).

3.Al día siguiente acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC en adelante) por dolor abdominal, presentando a la exploración física un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha (FID en adelante) y blumberg positivo (maniobra para evaluar la presencia de irritación peritoneal que puede sugerir presencia de apendicitis subyacente). Ante la clínica y exploración física descritas en ese momento se realizó una ecografía de abdomen estableciendo el diagnóstico de apendicitis aguda de localización retrocecal por lo que fue intervenido de urgencias el día 12 de agosto de 2022 por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGD en adelante) con adecuada evolución postquirúrgica por lo que fue dado de alta a los cuatro días con cita de revisión programada.

4.Casi un mes después del alta, el 10 de septiembre de 2022, acudió a consulta de su Médico de Atención Primaria por dolor localizado en hipocondrio derecho irradiado a la

espalda y sudoración asociada, presentando a la exploración física un abdomen distendido y duro por lo que fue derivado al SUH del CHUC.

5.A su llegada al CHUC fue valorado por el Servicio de CGD refiriendo el paciente dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a región lumbar desde hacía cinco días. Se realizó analítica con leucocitosis (elevación de glóbulos blancos que puede ser signo infección o inflamación) y elevación de reactantes de fase aguda (proteínas que se alteran durante la inflamación), y se realizó TC de abdomen en el que se objetivó una colección sugestiva de absceso (acumulación de pus en tejidos por infección). Ante esta situación se cursó ingreso y se realizó interconsulta al Servicio de Radiología Vascular e Intervencionista (RAVI en adelante) que realizó el 12 de septiembre el drenaje percutáneo de la colección dejando un catéter (el radiológico utiliza como guía la ecografía para introducir una aguja en el absceso y realizar el drenaje del líquido infectado, dejando un tubo delgado para permitir salida de secreciones).

5.1.Tras la realización del drenaje continuó con dolor a pesar de analgesia por lo que a los cuatro días se solicitó TC abdomen urgente objetivando en fosa ilíaca derecha un absceso encapsulado rodeando al catéter por lo que se decidió realizar cirugía urgente consistente en un drenaje laparoscópico dejando un tubo de drenaje (técnica mínimamente invasiva para intervenir dentro del abdomen a través de pequeños orificios, en este caso para realizar el drenaje del absceso dejando un tubo para la salida de secreciones).

5.2.La evolución del paciente no fue adecuada con persistencia de dolor en la zona del drenaje y presentando analíticas seriadas con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda por lo que a los tres días se realizó ecografía de abdomen objetivando una colección posterior al ciego (porción del colon). Se comentó con RAVI para realizar drenaje percutáneo, sin embargo tras la administración de contraste observan una comunicación directa con el colon derecho por lo que, ante la sospecha de perforación intestinal, suspendieron el drenaje y comentaron la situación con el Servicio de CGD quienes consideraron intervenir de forma urgente la noche del 23 de septiembre mediante laparoscopia inicialmente encontrando un "plastrón inflamatorio pétreo y absesificado en íleon distal, ciego y porción proximal de colon ascendente", pero la cirugía finalizó con una laparotomía (cirugía en la que se abre el abdomen para el explorarlo y realizar los tratamientos necesarios) para llevar a cabo una "hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral" (extirpación de ciego y parte del íleon con posterior unión de extremos).

5.3.Tras la intervención mantuvo un seguimiento estrecho por la Unidad de Anestesiología y Reanimación (URPA en adelante) así como por el Servicio de CGD comentando el caso en sesión clínica. Dada la persistencia de dolor y modera distensión abdominal, episodios de febrícula, drenaje más purulento y analítica sin mejoría de parámetros de infección se decidió realizar revisión quirúrgica el 28 de septiembre mediante

laparotomía exploradora en la que se detectó una peritonitis purulenta (infección de la membrana que cubre por dentro la pared del abdomen y órganos), por lo que se llevó a cabo el drenaje de la colección purulenta, resección de la anastomosis ileocólica e ileostomía terminal en FID (el extremo terminal del íleon se reubica en una abertura en la pared abdominal).

6.Después de las intervenciones realizadas se mantuvo ingresado en URPA presentando una evolución tórpida con necesidad de transfusión de concentrados de hematíes, inicio de nutrición parenteral, picos febriles durante el ingreso, al realizar la extubación (retirada del tubo de intubación orotraqueal) tuvo que realizarse nuevamente intubación orotraqueal por trabajo respiratorio. Ante esta evolución se decidió realizar AngioTC objetivando una colección purulenta con el catéter de drenaje en su interior fistulizando a musculatura abdominal y que no estaba presente en el estudio previo. Se comentó con RAVI quienes el 6 de Octubre de 2022 realizaron una ecografía de abdomen a pie de cama recomendado retirar el drenaje unos 3 cm logrando de este modo colocarlo en lugar óptimo permitiendo así la salida de contenido hemático-purulento, es decir, logrando el objetivo al recolocar el catéter.

7.A solicitud de los familiares del paciente, el 7 de Octubre de 2022 se realizó traslado al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) ingresando directamente en el Servicio de Reanimación.

A su llegada el paciente se encontraba sedoanalgesiado, intubado y hemodinámicamente estable. A los dos días se logró extubar sin incidencias y se realizó interconsulta al Servicio de Rehabilitación para iniciar rehabilitación motora y respiratoria. Sin embargo, la evolución no fue la esperada manteniéndose ingresado a cargo de este servicio durante un mes con controles analíticos, varios TC de abdomen de control y necesidad de realizar varias intervenciones por parte del Servicio de CGD (laparotomía exploradora y drenajes quirúrgicos para la limpieza de la cavidad abdominal). Tras la intervención realizada el día 14 de Octubre precisó mantener intubación orotraqueal por dificultad para la ventilación durante 10 días.

Se mantuvo un seguimiento estrecho hasta la estabilización del paciente decidiendo alta de URPA y pasar a planta de hospitalización a cargo del Servicio de CGD el día 7 de noviembre de 2022.

8.En planta de hospitalización la evolución fue más favorable que la acontecida hasta el momento, salvo por pico febril el 22 de noviembre sin clínica ni hallazgos en pruebas complementarias de imagen que lo justificaran por lo que se realizó Interconsulta a la Unidad de Infecciosas para realización de ecocardiograma en busca del foco infeccioso, pero resultó normal. Tras ese episodio aislado la evolución fue adecuada de forma global.

En cuanto a la herida quirúrgica, se mantuvo la terapia VAC (la terapia de cierre asistido por vacío es un método aplicado a la cicatrización de heridas complejas mediante la

aplicación de presión negativa sobre el lecho de la herida) desde el 27 de Octubre hasta el 14 de noviembre con recambios sucesivos hasta su retirada y cicatrización de la herida.

Durante el ingreso precisó seguimiento puntual por parte del Servicio de Nefrología por fracaso renal agudo multifactorial con revisión de analíticas de control y ajuste de tratamiento hasta el 25 de noviembre que se indicó alta por su parte dada la mejoría de la función renal tras hidratación con sueroterapia.

Además, mantuvo seguimiento por el Servicio de Rehabilitación desde la primera valoración el 10 de Octubre indicándole sesiones de fisioterapia respiratoria y cinesiterapia de miembros hasta el 2 de diciembre de 2022 que fue dado de alta tras valorar al paciente que deambulaba por la habitación realizando trabajo locomotor activo.

Dada la buena evolución con muy buen estado general y analítica con reactantes de fase aguda normales se decidió alta hospitalaria el 2 de diciembre de 2022, indicando cita de revisión en consultas externas de CGD.

9.Más de cinco meses tras el alta hospitalaria, el 21 de mayo de 2023, acudió al SUH del HUNSC por dolor abdominal y vómitos, describiendo tránsito normal por ileostomía los días previos. Se mantuvo en el servicio de urgencias con realización de analíticas y radiografías de abdomen los días 21 y 22 de mayo objetivando en la segunda radiografía realizada una discreta dilatación de asas en comparación con la previa por lo que se estableció el diagnóstico de oclusión intestinal incompleta. Se cursó ingreso a cargo del Servicio de CGD y se intervino de urgencias el 23 de mayo mediante lapatoromía exploradora y reconstrucción del tránsito.

Tras la intervención se mantuvo ingresado a cargo del Servicio de CGD con una evolución adecuada. A los cinco días de la intervención, el 28 de mayo, se detectó en analítica de control elevación de reactantes de fase aguda por lo que se solicitó TC urgente que se comparó con previos sin hallazgos relevantes por lo que se mantuvo tratamiento antibiótico y dieta absoluta. Se mantuvo seguimiento estrecho presentando al día siguiente buen estado general, afebril, tránsito positivo para gases y heces líquidas, abdomen no distendido, no doloroso, herida con buen aspecto y cierre de estoma con pequeño hematoma pero buen aspecto. El día 30 de mayo de 2023 seguía con la situación clínica descrita por lo que se realizó cura y se dio el alta hospitalaria ese día. Tuvo cita de revisión con el Servicio de CGD el 21 de junio de 2023 describiendo evolución adecuada con deposiciones más maduras y herida cicatrizada por lo que se dio alta del servicio».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la

aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Pues bien, dados los términos de la reclamación, y según los informes del SIP, una vez analizada la historia clínica del reclamante, los informes evacuados durante el presente procedimiento y el propio informe pericial aportado por el interesado, refutado por el informe complementario del SIP, cabe realizar las consideraciones que a continuación se exponen.

El interesado fundamenta la reclamación en dos aspectos: por un lado se alega mala *praxis* en relación con el diagnóstico inicial de apendicitis, y, por otro, se alega mala *praxis* en el tratamiento quirúrgico posterior.

1) En primer lugar, y en relación con el diagnóstico de la apendicitis que padecía el interesado, cabe señalar lo siguiente:

Por una parte, y respecto de la primera asistencia prestada al paciente, el 10 de agosto de 2022, según consta en los antecedentes señalados en el informe del SIP, y reproducidos en el presente dictamen, el paciente consultó en el Centro de Salud de Tejina por dolor abdominal de tres días de evolución localizado en hemiabdomen derecho sin otra sintomatología asociada, presentando una exploración física en la que lo único que destacaba era el dolor en flanco derecho, indicándosele tratamiento analgésico ante la sospecha de dolor abdominal y contractura muscular. Así, señala en su informe emitido el 13 de julio de 2024, el Dr. (...), quien atendió al paciente en aquel momento:

«Acude (...) por presentar dolor abdominal en flanco derecho de 3 días de evolución sin otra sintomatología asociada. Afebril signos vitales dentro de parámetros normales, se le realiza electrocardiograma para descartar patología cardiovascular el cual fue normal al examen físico.

Mucosas húmedas y normocoloreadas.

CVC ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono, no soplos.

Abdomen: suave, depresible doloroso a la palpación a nivel del flanco derecho, no visceromegalia, no reacción peritoneal».

Al respecto explica el SIP:

«el dolor abdominal agudo es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y casi en la mitad de los casos es inespecífico siendo la prevalencia de apendicitis aguda entre los pacientes que consultan por dolor abdominal el 2,8% según un metanálisis. Los síntomas de más utilidad clínica para confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda son el dolor en fosa ilíaca derecha y su migración característica.

El abdomen se divide teóricamente en regiones para ayudar a localizar los signos y síntomas que presenta el paciente. Se puede subdividir en cuatro cuadrantes: superior derecho e izquierdo, inferior derecho e izquierdo; o bien en nueve segmentos: hipocondrio derecho, epigastrio, hipocondrio izquierdo, lateral o flanco derecho, umbilical, lateral o flanco izquierdo, inguinal derecho, hipogastrio e inguinal izquierdo. En este caso desde el triaje de enfermería se registra dolor en cuadrante superior derecho puesto que en este

momento el profesional sanitario se limita a describir el motivo de consulta del paciente, sin embargo, el médico que valora al paciente realiza una exploración física localizando el dolor en flanco derecho sin otros signos asociados. Como se ha descrito lo más característico para la sospecha de una apendicitis es el dolor en fosa ilíaca derecha que en este caso no estaba presenta ni tampoco otros signos sugestivos de dicho cuadro clínico».

Así pues, en esta primera asistencia, el diagnóstico y tratamiento fueron acordes con los síntomas presentados, por lo que fue conforme a la *lex artis.*

Frente a ello, el informe pericial aportado por el reclamante el 31 de octubre de 2024 señala que se debió realizar analítica y ecografía, a fin de descartar apendicitis aguda.

Sin embargo, en el informe complementario del SIP, de 12 de noviembre de 2024, se aclara que *«En este caso se trataba de un paciente de 38 años de edad, con dolor abdominal de tres días de evolución sin otra sintomatología asociada, sin datos de alarma y que no había tomado analgesia previa, por lo que no estaba justificado en ese momento derivar a un tercer nivel asistencial para realización de pruebas complementarias ya que en ese momento no existía sospecha de apendicitis aguda».* Y es que, en el primer nivel asistencial, esto es, en los Centros de Salud, no se suele disponer de ecógrafo ni de formación para su uso, pues el objeto de este nivel asistencial es valorar a los pacientes de forma programada y urgente, así como en consulta o en el domicilio, permitiendo realizar una primera orientación diagnóstica destinada a optimizar los recursos disponibles.

Sin embargo, tal y como explica el SIP, en su informe de 23 de octubre de 2024, al día siguiente, en Urgencias del CHUC, sí presentaba el paciente dolor en fosa ilíaca derecha y signo de Blumberg positivo (maniobra que consiste en presionar el abdomen en zona donde se localiza el apéndice y liberar rápidamente la presión ejercida de modo que si aparece dolor agudo se considera positivo), por lo que sí estaba indicada la ecografía de abdomen, y así se realizó.

Ante estos hallazgos se realizó ecografía de abdomen que confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda de localización retrocecal. Fue intervenido y dado de alta a los cuatro días sin incidencias.

Al respecto, aclara el SIP que, en ocasiones la clínica y exploración son inespecíficas por lo que la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda depende, entre otros factores, del tiempo de evolución y de la localización anatómica del apéndice inflamado, a cuyo efecto explica que en este caso, y, en cuanto al tiempo de evolución, el paciente había consultado el día previo con una clínica larvada

consistente en dolor abdominal en flanco derecho sin otros síntomas asociados, y, en cuanto a la localización del apéndice se detectó que era retrocecal, esto es, que, en este caso, se ubica detrás del ciego, lo que dificulta el diagnóstico de su inflamación.

Y es que, tal y como explica el jefe del Servicio de CGD del HCUC en su informe:

«los pacientes con apéndice retrocecal pueden no tener marcada sensibilidad ya que el apéndice no entra en contacto con el peritoneo parietal anterior».

Pues bien, aclarado este punto, que justificaría que en la primera asistencia prestada al paciente no se diagnosticara apendicitis y no estuviera indicada la ecografía, dado el tipo de dolor abdominal que sufría el paciente, no acompañado de otra sintomatología que determinase el uso de esta prueba, añade el SIP:

«En el momento que hubo sospecha de inflamación del apéndice por la exploración física evolucionada se realizó la ecografía estableciendo el diagnóstico preciso de apendicitis retrocecal lo cual permitió planificar el tratamiento quirúrgico que se llevó a cabo sin incidencias y, por tanto, se considera que se actuó de acuerdo a los protocolos vigentes para el manejo del dolor abdominal agudo».

Por todo ello, cabe concluir que, en contra de lo alegado por el reclamante, no hubo mala *praxis* en la primera asistencia prestada al paciente.

2) Respecto de la intervención quirúrgica realizada el 11 de agosto de 2022 (sale de quirófano a las 00:55 h, por lo que sale ya el día 12 de agosto) y su presunta inadecuación, por lo que requeriría posteriores intervenciones quirúrgicas, amén de otros tratamientos y los consiguientes ingresos.

Señala el informe del Jefe del Servicio de CGD:

«Es intervenido el día mismo día 11.08.2024 (sic debe decir 2022). Según tabla de tiempo de la hoja de quirófano, disponible en SAP, entra en el bloque quirúrgico a las 22.10 h del día 11.08.22 y sale de quirófano a las 00.55 h del 12.08.22 En la cirugía se objetiva apéndice cecal gangrenado, perforado y digerido en tercio medio, de muy difícil visualización, de localización retrocecal con ciego rotado, pero con base respetada. Líquido seroso turbio en Douglas. Tras liberación dificultosa se realiza apendicectomía laparoscópica con sección de base apendicular con EndoGia 60mm lila. Lavado abundante. Hemostasia.

Colocación de blake en lecho quirúrgico. Cierre.

Evolución satisfactoria desde el punto de vista quirúrgico, sin complicaciones quirúrgicas inmediatas, retirándose drenaje el días 16.08.2022 por presentar contenido seroso,

manteniéndose afebril, con buena tolerancia oral, por lo que se decide su alta con tratamiento antibiótico oral hasta completar tratamiento, y control ambulatorio.

Anatomía patológica: apendicitis aguda gangrenosa y perforada con periapendicitis: a) la necrosis afecta borde de resección proximal o de base apendicular».

De ello se infiere que el postoperatorio cursó sin incidencias, dándose el alta al paciente tras cuatro días.

No es hasta el día 10 de septiembre de 2022, es decir, casi un mes después de la cirugía, cuando el paciente acude al Centro de Salud de Tejina por dolor en hipocondrio derecho irradiado a la espalda asociando sudoración y abdomen duro. Anteriormente, 29 de agosto de 2022 fue atendido en el Centro de Salud de Tejina por un bulto doloroso en el ano, si bien, tras exploración se diagnosticó hemorroide externa no complicada por lo que se indicó tratamiento sintomático, en cita de revisión a los tres días se recoge que continúa el tratamiento por hemorroides, por tanto, se considera una actuación acorde a la clínica y exploración física descritas sin que hubiese que pensar existencia de otra patología subyacente en ese momento.

El 10 de septiembre de 2022 ante la sintomatología presentada, no solo se llevó a cabo una actuación adecuada derivando al paciente al SUH de CHUC, sino que también lo fue la actuación dispensada en el CHUC donde se le realizó analítica y TC de abdomen, objetivando la presencia de un absceso, por lo que no hubo retraso de diagnóstico.

En este punto, el informe pericial aportado por el reclamante señala que se produjo demora en el diagnóstico de la peritonitis secundaria a apendicectomía, al señalar que, habiendo acudido el día 29 de agosto a su centro de salud «*se debía incidir en una exploración del abdomen más minuciosa dada la clínica que el paciente manifestó días más tarde*».

Sin embargo, el SIP, «recriminando» la «facilidad» con la que *ex post facto* se realizan juicios clínicos, señala:

«ese día en cuestión, acudió por un bulto doloroso en el ano comentando que había presentado sangrado solo al limpiarse y que se había aplicado pomada con mejoría sintomática. Se interrogó sobre el hábito deposicional registrando que realizaba deposiciones pastosas a diario, sin embargo, no se deja constancia de que el paciente refiriese "emisión de pus por el ano" como se indica en el informe pericial. A la exploración física se describe "hemorroide externa no complicada" por lo que se pautó tratamiento sintomático y se indicó acudir nuevamente si no presentaba mejoría. Ante la clínica y la exploración física descrita fue diagnosticado de hemorroide externa no complicada sin que en ese momento existiese

sospecha de una complicación postquirúrgica ya que no presentaba ningún signo que apoyase este otro diagnóstico (no malestar general, no fiebre, no dolor intenso que no aliviara con el tratamiento, etc.). Se debe tener en cuenta que conocida la evolución, se favorece la realización de estas aseveraciones, aunque a la vista objetiva de la valoración descrita se puede concluir que la actuación fue adecuada acorde a la clínica y exploración física presentadas.

Cuando acude al Centro de Salud el día 10 de septiembre con importante dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho irradiado a la espalda y a región glútea, exploran encontrando abdomen distendido y duro, por lo que derivan al HUC para pruebas complementarias. El informe pericial también hace constar que el paciente llevaba 30 días con una complicación abdominal no resuelta tras apendicectomía, pero el SIP reitera que ese dato no se ajusta a la realidad, pues como ya se ha expuesto, no se había presentado hasta ese momento un problema abdominal ni mucho menos había presentado clínica sugestiva de complicación post-apendicectomía. En el momento que el paciente consultó por dolor abdominal irradiado a espalda y glúteo con exploración física con datos de alarma se decidió derivar al SUH del CHUC para estudio, siendo esta una actuación mucho más adecuada que la realización de una ecografía previa en atención primaria como se propone en el informe pericial.

Desde el ingreso el día de 10 de septiembre se mantuvo vigilancia estrecha con realización de analíticas seriadas y pruebas de imagen que permitieron detectar complicaciones e indicar intervenciones dirigidas a solventarlas, como fue la perforación colónica y a los cuatro días la peritonitis purulenta. Por tanto, no se considera la existencia de un retraso en el diagnóstico de la peritonitis, sino que se detectó como consecuencia de una vigilancia estrecha durante el ingreso».

Pues bien, en este punto ha de indicarse, en primer lugar, que, tal y como consta en la historia clínica el paciente, éste, antes de la intervención realizada el día 11 de agosto de 2022, y aun siendo intervención de urgencia, firmó el documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias en el que se recoge que a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables entre los que se describen la infección intraabdominal y la obstrucción intestinal, que habitualmente se resuelve con tratamiento médico, pero pueden requerir reintervención, generalmente de urgencia, y puede producirse la muerte, a pesar de la adecuación del procedimiento quirúrgico.

En segundo lugar, y respecto de la técnica quirúrgica, el informe pericial, si bien no se cuestiona la indicación de apendicectomía laparoscópica como primera

elección, sugiere que se debía haber convertido a cirugía abierta «*dados los hallazgos en la misma y la definición de laboriosa, ya indicaba las complicaciones que surgieron unidas a la localización retrocecal del apéndice que se encontraba gangrenada, perforada y digerida».*

Sin embargo, reiterando que no cabe analizar las cuestiones *ex post facto*, cuando todos los elementos que concurrieron y sus consecuencias son conocidos, sino *ex ante*, esto es, en el momento en el que se presenta la situación, pero, incluso así, aclara el SIP:

«siendo sencillo realizar esta aseveración con carácter retrospectivo a la evolución acontecida, sin embargo entre la bibliografía aportada en dicho informe consta la introducción de un estudio de cohortes prospectivo cuyo objetivo era comparar un grupo de pacientes con apendicitis aguda complicada (gangrenosa o perforada) operados por vía convencional con otro grupo operado por vía laparoscópica, siendo los resultados de este estudio que en el grupo de pacientes con apendicitis aguda gangrenosa la morbilidad fue significativamente menor en el grupo de la laparoscopia y la infección del sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de cirugía abierta, así mismo en el grupo de pacientes con apendicitis aguda perforada la morbilidad y la infección de sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de cirugía abierta, por tanto se concluye que la apendicectomía laparoscópica en las apendicitis complicadas es una vía de abordaje segura y ofrece ventajas significativas respecto a la vía abierta.

La elección de la vía laparoscópica sobre la cirugía abierta se ve igualmente apoyada por otros datos de la bibliografía aportada en el informe pericial en el que se habla de un estudio observacional analítico de cohortes cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de infección de sitio quirúrgico (ISQ en adelante) postapendicectomía en relación a la vía de abordaje abierta versus laparoscópica obteniendo como resultado que existía asociación entre ISQ-parietal y el abordaje abierto así como asociación entre ISQ-órgano/espacio y el abordaje laparoscópico sobre todo en pacientes con especial riesgo de TSQ. Por lo tanto, no arroja un dato a favor de haber realizado la intervención por una vía sobre la otra de manera que se considera que la elección de la vía laparoscópica fue adecuada.

En el caso en cuestión, el postoperatorio de la apendicectomía laparoscópica cursó sin incidencias tal como se describe en las notas de enfermería y de los facultativos especialistas en CGD presentando en el postoperatorio inmediato un abdomen distendido que se normalizó al canalizar gases, tolerando sedestación en sillón a los dos días de la intervención, manteniéndose en todo momento afebril y hemodinámicamente estable, con parámetros de inflamación en descenso en analíticas sucesivas, drenaje de aspecto seroso antes de la retirada del catéter. Al alta se describe una puntuación EVA l (herramienta para medir el dolor que oscila de O sin dolor a 1O máximo dolor) y NOC de movilidad 4- 5 (escala para valorar el nivel de movilidad, en este caso el resultado indica independiente con ayuda de

dispositivos-completamente independiente). Se considera prudente no haber emitido el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención habida cuenta que se trató de una apendicitis considerada complicada, aunque reiteramos que cursó sin incidencias tanto la intervención como el postoperatorio».

A pesar de ello, en el postoperatorio tardío, casi un mes después de la intervención, se pusieron de manifiesto complicaciones que estaban previstas en el DCI, y fueron conocidas y asumidas por el paciente al firmar aquél, por lo que no puede hablarse de una inadecuada actuación sanitaria en esta intervención quirúrgica, que, tanto desde el punto de vista de asistencia médica, como desde el punto de vista de la propia información al paciente, fue conforme a la *lex artis ad hoc,* sin que las complicaciones sufridas por el paciente puedan imputarse a una mala *praxis* médica.

Así, explica el SIP:

«El análisis de la historia clínica nos coloca delante de un caso de apendicitis retrocecal complicada, recogido en consentimiento informado previo a la apendicectomía laparoscópica de urgencia las posibles complicaciones que podrían surgir entre las que se describían los abscesos informando de que podían precisar reintervención. En este caso fue necesario realizar drenajes percutáneos, laparoscopias y laparotomías destinadas a resolver las complicaciones que fueron surgiendo. Meses tras resolver la complicación infecciosa presentó un cuadro de oclusión intestinal incompleta resuelta mediante lapatoromía exploradora y reconstrucción del tránsito siendo dado de alta del servicio de CGD en junio de 2023 por estabilización clínica. Se concluye la no existencia de mala praxis en las actuaciones realizadas».

En tercer lugar, y precisamente respecto de los siguientes tratamientos e intervenciones dispensadas al paciente para el restablecimiento de su salud, también fue conforme a la *lex artis* la asistencia prestada, tal como se explica en el informe complementario del SIP, cuya conclusión final se ha expuesto en el párrafo precedente.

Así, desde que se detectó la complicación, descrita, por otra parte, en el DCI, se realizaron las técnicas necesarias para su resolución (drenaje percutáneo por RAVI, drenaje quirúrgico por el Servicio de CGD) detectándose finalmente una perforación colónica que hizo necesario reintervenir de urgencias mediante hemicolectomía derecha y anastomosis latero-lateral la noche del 23 de septiembre. El 28 de septiembre, precisó nueva intervención urgente por empeoramiento clínico y

analítico detectando una peritonitis purulenta por lo que se realizó drenaje, resección de anastomosis e ileostomía terminal a FID.

Y añade el SIP, respecto al resto del proceso asistencial, refutando las alegaciones del reclamante y el informe pericial:

«- El paciente se mantuvo ingresado en URPA con las complicaciones propias del paciente crítico que fueron tratadas, así como las complicaciones agudas que fueron surgiendo. La colección purulenta detectada en TAC de 4 de Octubre no estaba presente en el estudio previo de 27 de septiembre. El paciente estaba en estrecho seguimiento, con realización de las intervenciones necesarias dirigidas a solventar las complicaciones que iban surgiendo.

Respecto a la reconversión de laparoscopia en laparotomía el día 23 de septiembre de 2022, el informe pericial apunta que "En estos casos tan evolucionados y después del resultado, de manera inmediata se debe optar por el drenaje abierto a través de laparotomía". El SIP no está de acuerdo con esta aseveración ya que una vez colocado el drenaje percutáneo normofuncionante se debía mantener intentando el drenaje por esta vía menos invasiva y de primera elección mientras estuviera funcionando, y en el momento que se detectó una evolución no adecuada se optó por dar otro paso realizando el drenaje laparoscópico en vista a priorizar las medidas menos invasivas siempre que de ellas pueda esperarse resultados similares como es el caso de la laparoscopia en comparación con la laparotomía para drenaje de abscesos postquirúrgicos. La literatura científica describe que los abscesos intrabadominales se forman principalmente como consecuencia de una cirugía, traumatismo o inflamación/infección abdominal. La clínica más frecuente es malestar general, fiebre y dolor abdominal, y su diagnóstico se lleva a cabo por ecografía o TC abdominopélvico. El tratamiento consiste en antibioterapia y drenaje de la colección (percutáneo o quirúrgico), siendo de elección el drenaje percutáneo en determinadas situaciones (cuando la vía de drenaje no atraviesa el intestino, órganos, pleura ni peritoneo no contaminados, cuando la fuente de contaminación está controlada, cuando las cavidades en el absceso son grandes o únicas y cuando el pus es lo suficientemente líquido para circular por el catéter), y en caso de que no se pueda realizar o no sea efectivo se realizará abordaje quirúrgico. En el caso en estudio se cumplían criterios que orientaban a que la realización del drenaje percutáneo era de elección puesto que no se atravesarían órganos contaminados, estaba cubierto con antibiótico de amplio espectro, no se describía en TC abdomen presencia de tabiques dentro del absceso y además al colocar el catéter de drenaje se conseguía salida de material hemato-purulento lo que indica que el contenido líquido podía circular por el catéter.

Cuando se detectó que no estaba funcionando se realizó TC de abdomen en el que se objetivó absceso encapsulado sin describir tabiques de modo que el Servicio de CGD optó por la realización de laparoscopia entre las opciones quirúrgicas disponibles y válidas.

En este punto cabe recordar, que el CI para la cirugía de urgencias recoge la advertencia de que a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables entre los que se describen la infección intraabdominal y la obstrucción intestinal, que habitualmente se resuelve con tratamiento médico, pero pueden requerir reintervención, generalmente de urgencia. La infección del sitio quirúrgico seguida de los abscesos se trata de una complicación que el paciente conocía que podía surgir y que se manejó de la forma que se consideró más oportuna según la evolución presentada.

El día 7 de Octubre los familiares del paciente solicitaron su traslado al HUNSC para continuar la atención en ese centro. A la vista de las actuaciones realizadas en el CHUC no se considera la existencia de un tratamiento insuficiente como se recoge en la reclamación.

- A su llegada al HUNSC se mantuvo en el servicio de CGD durante un mes con una evolución tórpida precisando varias intervenciones. Tras estabilizar al paciente pasó a planta de hospitalización de CGD y es dado de alta el 2 de diciembre con buen estado general y analítica con parámetros dentro de la normalidad.

El reclamante alega un tratamiento insuficiente en el CHUC, sin embargo, los procedimientos quirúrgicos realizados en el mismo fueron extensos y dirigidos a solventar las complicaciones detectadas en cada momento, mientras que en el HUNSC se continuó con los procedimientos necesarios y la atención destinada al manejo de las complicaciones que ya habían sido tratadas hasta su resolución.

- Cinco meses tras resolver las complicaciones derivadas de la apendicectomía por apendicitis aguda el paciente volvió a presentar una complicación relacionada con el proceso inicial por lo que se puede concretar que se trataba de un caso de apendicitis retrocecal complicado, diagnosticado y tratado correctamente desde el inicio con manejo satisfactorio de las complicaciones surgidas posteriormente y presentado finalmente con una evolución satisfactoria hasta el alta del paciente en junio de 2023».

Finalmente, como señala el informe complementario del SIP, ha de tenerse en cuenta:

«Como respuesta fisiológica al daño peritoneal durante la cirugía pueden surgir adherencias siendo éstas la causa más frecuente de obstrucción intestinal, por tanto, el cuadro de obstrucción intestinal incompleta en mayo de 2023 se considera consecuencia de las mismas aunque cabe puntualizar que todas las intervenciones realizadas fueron necesarias para dar solución a las complicaciones surgidas, por tanto no puede contemplarse como objeto de reclamación».

5. Por todo lo expuesto, debemos señalar que no existe nexo de causalidad entre los daños por los que se reclama y la asistencia prestada al reclamante en ninguno de los momentos en los que le fue dispensada. Así, fue correcta la asistencia prestada

en relación con el diagnóstico inicial de apendicitis, así como en la intervención realizada el 11 de agosto de 2022, en cuyo DCI se preveían los riesgos que se materializaron en el caso que nos ocupa, y, asimismo, en las intervenciones posteriores que fueron precisas y tratamientos e ingresos requeridos, poniendo en todo momento a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos conocidos según el estado actual de la ciencia, que fueron necesarios según su clínica en cada momento. Además, cabe aclarar, como indica el SIP, respecto del traslado al (HUNSC), que «*Fue trasladado al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria donde las intervenciones realizadas estaban destinadas a continuar el manejo de las complicaciones surgidas y ya tratadas hasta su resolución, por lo que no se considera que haya recibido un tratamiento insuficiente*».

6. Además, el interesado no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario, pues, aportado informe médico pericial, emitido el 16 de mayo de 2024, éste no logra probar la falta de adecuación a la *lex artis ad hoc* en la atención sanitaria prestada al reclamante, tal y como se ha expuesto en el apartado anterior.

Sin embargo, por parte de la Administración sí se justifica, como hemos visto, la correcta *praxis* médica en el caso que nos ocupa.

7. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.