



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 7 3 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 9 de marzo de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.J.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 406/2016 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 21 de junio de 2012 por M.J.M., en solicitud de una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del SCS.

2. Solicita una indemnización por los daños sufridos de 17.698,06 euros, de lo que deriva la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); norma aplicable en virtud de la disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

Asimismo, de acuerdo con la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, el presente procedimiento se rige por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. En nuestro Dictamen 126/2016, sobre este mismo asunto, al que nos remitimos en su totalidad, requerimos a la Administración sanitaria para que informara sobre lo siguiente:

- Si, ante la insistencia de la interesada de que estaba embarazada y, sobre todo, de la descripción de endometrio decidualizado en la ecografía realizada el 14 de junio, no se estaría ante la sospecha de gestación positiva y, debido a la ausencia de imágenes intra o extrauterinas, de embarazo ectópico.

- Si el diagnóstico de una gestación ectópica el 14 de junio hubiera evitado, con el tratamiento adecuado, la extirpación de la Trompa de Falopio izquierda.

- Cuándo estaría indicado un tratamiento conservador con inyección intramuscular y por qué en este caso no se aplicó.

- Si se hubiera contado con un marcador válido para la rotura tubárica se hubiera evitado la extirpación de la trompa izquierda.

6. En respuesta a dichos interrogantes se informa por parte del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria que:

1) La paciente refería que estaba embarazada, pero la ausencia de imágenes ecográficas claras, o un endometrio decidualizado, podría tratarse de una gestación incipiente con menor edad gestacional de la cronológica y un curso posterior normal o un aborto precoz, con posibilidad de sangrado como regla, que en muchas

ocasiones (50% de los casos) se percibe como una regla normal; por tanto, lo lógico era repetir el test de gestación y la ecografía transvaginal (TV) en una semana.

2) Para que el día 14 de junio se hubiera diagnosticado la gestación tendría que haberse visto alguna imagen sugestiva de esta fuera del útero, ya que con la imagen intrauterina, con posibilidad de gestación incipiente, está contraindicado tratar con methotrexato a las pacientes por su efecto teratógeno sobre el feto. De hecho, cuando una paciente se ha tratado con methotrexato, no se recomienda gestación hasta pasados 3 meses del tratamiento.

3) En el caso de haberse diagnosticado una gestación ectópica, hay criterios para el tratamiento médico: Que el tamaño de la gestación sea menor de 4 cm y que las cifras de BHCG sean menores de 5000, y aun en el caso de cumplir todos los requisitos, un 20% evolucionan a rotura tubárica durante el tratamiento, por lo que no se puede afirmar que no hubiera terminado en laparoscopia y salpinguectomía.

7. En la documentación recibida se observa la omisión -también solicitado por este Consejo- del Informe de Urgencias de la prestación sanitaria prestada en Urgencias Ginecológicas el día 14 de junio de 2011, por lo que, con suspensión del plazo de emisión del dictamen, se reiteró la remisión del mismo el 23 de diciembre de 2016.

Con fecha 23 de febrero de 2017, se recibe escrito del jefe del Servicio de Ginecología en que se manifiesta que el Servicio de Admisión le confirma que dicha documentación fue destruida al pasar más de 5 años y no estar incluida en la historia clínica porque ese día la paciente no ingresó.

8. Por último, habiéndose dado nuevo trámite de audiencia a la interesada (al que no comparece), no se observa la existencia de otras deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

## II

1. Como fundamento de su reclamación, la interesada alega lo siguiente:

Que se encontraba en estado de gestación cuando acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de La Candelaria el día 14 de junio de 2011 por dolor en el abdomen izquierdo.

Que la doctora que la atendió le indicó que el dolor era debido a que le iba a bajar la regla y que no le veía nada, prescribiéndole que fuera en una semana a su Centro de Salud para hacerse una analítica para comprobar si estaba embarazada.

Que manifestó insistentemente que se encontraba en estado de embarazo dado que se había hecho dos pruebas y ambas habían resultado positivas.

Que el día 19 de junio de 2011 acude nuevamente al Servicio de Urgencias Ginecológicas del citado Hospital, por tener aún dolor más intenso que en la ocasión anterior y además estaba manchando sangre.

Que el médico que la atendió le indicó que podía tener un embarazo ectópico o que el feto venía mal. Le mandó urgentemente al día siguiente a hacerse una analítica y al ecógrafo.

Que el ecógrafo le indicó que tenía que operarse de urgencia ese mismo día porque era un embarazo ectópico y tenía al feto en la trompa izquierda. Que antes de que se produjera la mencionada intervención se le reventó la trompa izquierda y tenía el abdomen ensangrentado, de ahí los fuertes dolores que le daban y padecía.

Que fue ingresa el día 20 de junio siguiente, remitida por la Unidad de Ecografía por diagnóstico de gestación ectópica izquierda para tratamiento quirúrgico, y se le realizó una laparoscopia observando útero normal, adherencias firme de sigma a pared pélvica y anejo izquierdo donde se encuentra una gestación ectópica de 4 cm de diámetro en fase de rotura. Hemoperitoneo de 200 cc, ovarios normales, trompa derecha con hidrosalpins leve y arrosariada. Se practica liberación de adherencias y salpinguectomía izquierda, así como lavados peritoneales, transcurriendo la evolución postquirúrgica dentro de límites normales.

Que en el momento de ser intervenida, decidieron dejarle la otra trompa, esto es, la trompa derecha, pese a que también se había visto afectada.

Que le prescribió laparoscopia con salpinguectomía izquierda por gestación ectópica en fase de rotura tubárica.

Que, con fecha 21 de septiembre de 2011, presentó reclamación en el ámbito sanitario, que fue reiterada el 25 de noviembre de 2011, en cuya contestación, a través del Informe del Coordinador de Perinatología, le manifiestan que la gestión ectópica se presta a confusión por el diagnóstico exacto que es difícil de diferenciar de un embarazo inicial cuando aún no se ve la vesícula gestacional intrauterino y por eso, en algunas ocasiones se rompe la trompa que tiene el embarazo en su interior, mientras se hacen las pruebas. Añadiendo que no siempre es eficaz el tratamiento

conservador con inyección intramuscular, de hacerlo tiene que ser al inicio del diagnóstico. Termina la contestación expresando que normalmente la cirugía es reglada, la otra trompa no suele verse afectada y la descendencia posterior no se ve afectada definitivamente.

Que en la actualidad, debido a todo ello, ha necesitado tratamiento psicológico y, además, persiste en la trompa derecha una situación de inflamación permanente que, pese al tiempo transcurrido, no termina de recuperarse y volver a un estado normal, todo lo cual le ha afectado considerablemente y le ha generado ansiedad ante el temor de que se encuentre igualmente dañada la trompa derecha y no pueda tener hijos pese a la corta edad que tiene.

Que ha recibido diagnósticos previos por parte del Servicio Canario de la Salud, que relacionan su estado de salud con la exposición a estrés o en los que una exposición al estrés puede suponer un agravamiento de los síntomas: Síndrome de Ansiedad.

Por todo ello, reclama por los daños psicológicos y físicos producidos por la pérdida de su primer hijo la cantidad de 17.698,06 euros, que imputa al anormal funcionamiento del servicio sanitario.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), con base en la historia clínica de la interesada y demás documentación obrante en el expediente, expone en su informe la asistencia sanitaria sus conclusiones de las que destacamos que:

- La reclamante presentó un embarazo ectópico tubárico, esto es, la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial, en este caso en la Trompa de Falopio izquierda.

- La fecha de su última menstruación (FUR) fue el 1 de mayo de 2011 y con posterioridad y hasta la correspondiente a la asistencia en Urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología, 14 de junio de 2011, objeto de reclamación, la última asistencia en el Centro de Salud reflejada en la historia clínica se corresponde al 22 de mayo de 2011 siendo la causa dolor osteomuscular. No consta que consultase por posible embarazo.

- En fecha 14 de junio de 2011 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, conforme a la FUR se encontraba en EG 6 semanas +2. Refiere que se realizó test de embarazo resultando positivo, no obstante en la exploración ecográfica se describe ausencia de imagen intra y extrauterina, de

ahí que le indicaran repetir la prueba y volver a la semana manteniéndose el diagnóstico de posible gestación incipiente.

- En la ecografía practicada el día 14 de junio en el Servicio de Urgencias no se evidenció masa anexial vascularizada alguna, ni colección de sangre libre abdominal.

- Un embarazo ectópico puede presentarse no complicado, silencioso y no avanzar más del primer trimestre, pudiendo ir hacia la reabsorción total. De ahí la posibilidad de una conducta conservadora mediante una actitud expectante o un tratamiento médico. La conducta expectante ha sido defendida y promovida sobre la base del conocimiento de que la evolución natural de muchos embarazos ectópicos tempranos derivará en la reabsorción o en un ámbito tubárico. Entre el 44-69% de las gestaciones sin localizar se resuelven espontáneamente con tratamiento expectante. Parte de estas gestaciones sin localizar corresponderían a embarazos intrauterinos muy incipientes que se perderían sin llegar a ser visualizados, pero otra parte se relacionaría con embarazos ectópicos que en su mayoría presentarían sintomatología sólo cuando el cuadro se tornase agudo.

Por otra parte, el dolor abdominal y sangrado en la primera mitad de la gestación puede corresponder a aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica. La exploración ecográfica juega un papel importante en el diagnóstico y localización del embarazo ectópico, así como en facilitar, junto con la clínica y el estado de la paciente, la decisión del tratamiento a seguir.

- A los 5 días la reclamante acude con dolor y sangrado en menor cantidad que una regla. Se encontraba en fase sintomática y la ecografía transvaginal (TV) detecta ocupación de la trompa de Falopio. Además en ecografía de 20 de junio se detecta hemoperitoneo moderado secundario a la rotura de la Trompa lo que condujo a la intervención laparoscópica en la que el estado de la trompa aconsejó la realización de salpingectomía.

- Como nos informa el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, el embarazo ectópico suele tener, como en este caso, una presentación insidiosa en el inicio. Además no se manifestó, en aquel entonces, un marcador válido para la rotura tubárica.

Se constata que tanto las manifestaciones clínicas como los resultados de la exploración fueron distintos en las dos ocasiones; mientras que la primera vez no presentaba sangrado ni la ecografía evidenciaba signo alguno de embarazo ectópico,

en la segunda vez sí que presentaba dolor abdominal con ligera irritación peritoneal, sangrado y la ecografía evidenciaba ocupación tubárica.

Examinada la actuación, el referido Jefe de Servicio afirma que se aplicó en todo momento los métodos necesarios para el diagnóstico diferencial de una hemorragia vaginal en el primer trimestre de la gestación (exploración, analítica y ecografía).

La reclamante considera que derivado del proceso embarazo ectópico complicado se le ha afectado la Trompa de Falopio derecha y reclama de forma secundaria daño psicológico.

Frente a esta afirmación, el síndrome adherencial y la trompa arrosariada contralateral, no es efecto del ectópico, sino más bien su causa.

Un embarazo ectópico es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las Trompas de Falopio hacia el útero. Esto puede ser causado por un bloqueo físico en la trompa por factores hormonales y por otros factores, como el tabaquismo, cirugía pélvica previa, embarazo ectópico previo, infección previa en las Trompas de Falopio, cirugía de las trompas, inflamación de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica, defectos congénitos en las trompas, complicaciones de una apendicitis, endometritis, fecundación in vitro, ligadura de trompas, embarazo a pesar del dispositivo intrauterino y, finalmente, por causa desconocida.

Entre los antecedentes de la paciente encontramos el hábito tabáquico y procesos inflamatorios e infecciosos de repetición. En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos, atribuible probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos, etcétera.

En cualesquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios, que compromete toda la estructura de la trompa (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas.

Por tanto, no existe relación entre la actuación del servicio sanitario y el estado de la Trompa de Falopio derecha de la reclamante.

3. En las alegaciones realizadas en el trámite de audiencia, la interesada reitera los hechos en que funda su reclamación para concluir que ha quedado debidamente

acreditado que el agravamiento de las lesiones así como los perjuicios causados con posterioridad fueron consecuencia de la deficiente prestación del servicio sanitario en un primer momento, máxime teniendo en cuenta que acude a urgencias el día 14 de junio y es operada el 20 inmediato posterior dada la gravedad de su cuadro clínico, ya que con el tratamiento conservador con inyección intramuscular se podría haber reparado o no las lesiones, pero tal posibilidad no pudo contemplarse en el presente caso ya que de hacerlo debe hacerse en el inicio del diagnóstico, según indica el Informe del Coordinador de Perinatología del Hospital Nuestra Sra. de Candelaria y que consta en el expediente de fecha 21 de diciembre de 2011.

Asevera que en la ecografía practicada el día 14 de junio en el Servicio de Urgencias no se evidenció masa anexial vascularizada alguna ni colección de sangre libre abdominal y sin embargo cinco días más tarde se detecta rotura de trompa lo que condujo a ser intervenida con carácter de urgencia, de lo que considera que dada la complicación sufrida derivada del proceso de embarazo ectópico se vio afectada de manera incuestionable la Trompa de Falopio derecha, teniendo, a pesar de su juventud, serias dificultades para la concepción. Como consecuencia de ello, sufre graves daños psicológicos y psiquiátricos recibiendo tratamiento para ello.

4. La Propuesta de Resolución, en base a los informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración.

### III

1. La interesada reclama por la deficiente prestación del servicio sanitario recibida. El Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014, resume la doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.



Dicho de otro modo, “como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)”».

Conforme a tal jurisprudencia del Tribunal Supremo, acogido por este Consejo en todos los pronunciamientos de esa misma naturaleza, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

Para que la mejor comprensión de esta doctrina, se ha de recordar que la *lex artis ad hoc* es definida en la STS de 26 marzo de 2004 de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990, expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional”, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe

afirmar: que se entiende por “lex artis ad hoc”, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal “lex” implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la “lex” es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto “ad hoc”: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha “lex artis”; así como en toda profesión rige una “lex artis” que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa “lex”, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)“».

2. En el presente caso, está acreditado en el expediente que en la primera asistencia recibida (el 14 de junio) no presentó sangrado ni se evidenció signo alguno de embarazo ectópico, aplicándose en todo momento los métodos necesarios para el diagnóstico diferencial de una hemorragia vaginal en el primer trimestre de la gestación (exploración, analítica y ecografía), de ahí que se le indicara repetir la prueba y volver a la semana manteniéndose el diagnóstico de posible gestación incipiente (que podría o no prosperar).

Fue en la segunda asistencia (19 de junio), ante un cuadro totalmente distinto - dolor abdominal con ligera irritación peritoneal, sangrado y la ecografía evidenciaba ocupación tubárica-, cuando se comprueba ocupación de la Trompa de Falopio. Además en la ecografía realizada el 20 de junio se detecta hemoperitoneo moderado secundario a la rotura de la Trompa, lo que condujo a la intervención laparoscópica en la que el estado de la trompa aconsejó la realización de salpingectomía.

De lo anterior se deriva que la asistencia sanitaria se ha prestado, de acuerdo con la jurisprudencia expuesta con anterioridad, según la *lex artis ad hoc*.

3. En este caso, además, es de aplicación lo manifestado por este Consejo Consultivo de forma reiterada en relación con la «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial (por todos DDCC 374/2015 y 85/2016), que al respecto sigue la Jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«Así, por ejemplo en la Sentencia 8/2010 de 29 enero, del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sección 1ª se afirma que: "(...) solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)».

Todo ello resulta aplicable al supuesto sobre el que se dictamina, puesto que no se ha demostrado que, como indica el informe del Servicio de Ginecología, en el caso de haberse diagnosticado inicialmente una gestación ectópica no se puede afirmar que no pudiera haber evolucionado a rotura tubárica (lo hacen un 20% de los casos) y que, en consecuencia, no hubiera terminado en laparoscopia y salpinguectomía.

Por ello, tampoco existe relación causal entre la no detección del embarazo ectópico y la rotura de la trompa izquierda, ya que se actuó siempre conforme a *lex artis*.

4. Por último, la interesada también alega que la afección a la Trompa de Falopio derecha (inflamación permanente como consecuencia de laparoscopia y salpinguectomía en la trompa izquierda) le causa serias dificultades para la concepción, lo que le ha originado graves daños psicológicos y psiquiátricos por los que está recibiendo tratamiento para ello.

Al respecto parece evidente la inexistencia de relación de causalidad. En efecto, tal como informa el SIP, el síndrome adherencial y la trompa arrosariada contralateral, no es efecto del embarazo ectópico, sino más bien su causa. A ello se añade que entre los antecedentes de la paciente encontramos el hábito tabáquico y procesos inflamatorios e infecciosos de repetición, que posiblemente fueron la causa

de la obstrucción de ambas trompas y, a la postre, del embarazo ectópico, lo que evidencia la inexistencia de relación entre la actuación del servicio sanitario y el estado de la Trompa de Falopio derecha de la reclamante.

5. En suma, este Consejo considera que ha quedado acreditado que por parte de la administración sanitaria se han puesto todos los medios posibles a disposición de la interesada habiéndose empleado las pruebas diagnósticas que se entendieron necesarias para diagnosticar el embarazo, sin que conste, más que por las alegaciones de la parte interesada, la existencia de deficiente prestación del servicio sanitario, por lo que se ha de concluir, coincidiendo con la Propuesta de Resolución, que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria es conforme a Derecho.