



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 6 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de febrero de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 488/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 21 de junio de 2016 a instancia de (...).

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 500.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad 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 carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, 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, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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

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

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General 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.

5. Conforme al art. 13.3 del 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a 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.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación en los siguientes hechos:

Que había acudido reiteradamente a los servicios de urgencias tanto hospitalarios, como extra hospitalarios, siendo diagnosticada de una colitis inespecífica, no teniendo en cuenta sus antecedentes personales de haber sido diagnosticada de retracción pilórica.

Siendo el dolor insoportable se dirige a la Clínica (...) donde fue tratada de urgencia debido a la gravedad del estado en el que se encontraba. En el informe de alta hospitalaria se especifica la gran dilatación gástrica con grandes contenidos de restos alimenticios y líquidos. Esta gran dilatación gástrica justifica la descapsulación del bazo y el consiguiente «Hemoperitoneo Shock hermargico» (*sic*). De no haber estado ingresada, dada la gravedad de la hemorragia, por la descapsulación de bazo,

y de no ser intervenida de urgencia, hubiera podido entrar en una situación irreversible.

Debido al inexistente tratamiento y detección de las dolencias que sufría, se le han detectado «secuelas morbilidad de la esplenectomía» (*sic*).

2. El SIP expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

- La reclamante tiene antecedentes patológicos de artritis reumatoide, hipotiroidismo bociógeno, úlcera gástrica prepilórica. La úlcera fue diagnosticada en el año 2007 por endoscopia digestiva alta, tras referir molestias epigástricas en varias ocasiones, en control por el Servicio de Digestivo, persistencia de dicha úlcera en 2012, y nuevo control en 2013 con persistencia de la misma.

- El 24 de julio de 2015 acude a Servicio de Urgencias de su Centro de Salud con dolor a nivel epigástrico y vómitos, la exploran y diagnostican gastroenteritis aguda (GEA). Al día siguiente 25 de julio acude a su médico de cabecera por mala evolución de la GEA. El médico de cabecera explica: no tolera nada por boca. No deposiciones hoy. No fiebre. Dolor epigastrio irradiado a hipocondrios en cinturón, explora su abdomen y refiere que presenta un abdomen globuloso, blando y depresible, dolor a la palpación de forma difusa, con Murphy (punto doloroso en zona vesícula biliar a la palpación) dudoso, no masas ni megalias, timpanismo a la percusión. El médico de cabecera remite al CHUIMI para valorar abdomen agudo dado los hallazgos exploratorios. En esta exploración observada lo más que se aventura es el Murphy positivo, que es dudoso de todas maneras, y el dolor abdominal en sí.

No acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI el día 25 de julio. La paciente según los datos aportados por el CHUIMI acudió al Servicio de Urgencias de dicho hospital el día 27 de julio de 2015, ese día está registrada la visita con diagnóstico al alta de dolor abdominal inespecífico, se realizaron pruebas como hemograma, coagulación, etc., que estaban normales.

El 29 de julio vuelve a su médico de cabecera y éste refiere que estuvo con gastroenteritis aguda con nauseas, anota diagnóstico de epigastralgia.

El 31 de julio de 2015 acude de nuevo al médico de cabecera por: dolor abdominal de varias horas de evolución localizado en el ángulo esplénico de tipo cólico, peritonismo con defensa abdominal incipiente. Posición antiálgica. Se remite al Servicio de Urgencias del Hospital Insular, diagnóstico: dolor abdominal. Acudió al CHUIMI por este dolor, siendo valorada con fecha 1 de agosto de 2015 tras estudio

con analíticas y radiografías de abdomen simple, y tras todo ello se diagnostica de colitis inflamatoria en estudio.

El día 2 de agosto asimismo también acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, la consulta es por dolor abdominal y vómitos, el dolor abdominal con fiebre y vómitos alimenticios, a la exploración se observa abdomen doloroso en hipocondrio izquierdo con defensa, ruidos hidroaéreos positivos, no masas ni megalias, las constantes son normales, con analíticas normales. Se realiza tratamiento sintomático y la paciente mejora, se da alta para seguimiento en Consultas Externas de Digestivo y con el diagnóstico de colitis inflamatoria en estudio.

El médico de cabecera el día 3 de agosto, tras la exploración observa: «no signos de irritación peritoneal, defensa a la palpación de forma difusa en ambos flancos sin signos de irritación peritoneal, defensa voluntaria».

El 4 de agosto la paciente acude al Servicio de Urgencias del (...), donde ingresa, se realiza exploración física completa, analítica completa con radiografías de tórax y abdomen y ecografía abdominal. Las pruebas relatan gran distensión gástrica, y gran retención gaseosa, los órganos restantes abdominales como hígado, bazo, riñones, etc., se encuentran normales en la ecografía abdominal efectuada.

Se implanta dieta absoluta, sueroterapia, alimentación parenteral periférica, aspiración nasogástrica. El día 6 de agosto del 2015, se practica Endoscopia Digestiva Alta, se aspiran restos alimenticios en gran cantidad, se observa el píloro (es la válvula inferior que conecta el estómago con el duodeno) con estenosis (estrechamiento) infranqueable al paso de endoscopio, se toman biopsias.

El día 8 de agosto, pendiente de intervención programada, la paciente inicia un cuadro de dolor abdominal intenso, con vómitos de retención e inicia cuadro de shock. Se realiza TAC de urgencias con hallazgos de gran cantidad de líquido libre intraabdominal. Se interviene de urgencias por laparotomía media supra umbilical. En dicha intervención quirúrgica se encuentra hemoperitoneo de más de dos litros, y descapsulación completa del bazo (rotura del mismo).

Se realiza esplenectomía y piloroplastia, transfusión de concentrado de hematíes, plasma y plaquetas, para su estabilización, además de drogas vasoactivas (son fármacos que ejercen su efecto sobre el calibre de los vasos sanguíneos, mejorando su estado). Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos, con mejoría hemodinámica.

Dada de alta en UCI el día 12 de agosto de 2015, ingresa en planta de cirugía. Buena evolución con alta hospitalaria el 15 de agosto de 2015.

La biopsia del tejido de bazo extirpado no presenta lesiones objetivables tras estudio anatomopatológico.

- Posteriormente vuelve a presentar retención de alimentos en cavidad gástrica y el 10 de noviembre de 2015 se realiza gastroscopia en (...), observándose estenosis de la piloroplastia sin causa aparente, se efectúa dilatación con balón gástrico, que no es suficiente para pasar endoscopio, se toman biopsias de la zona.

El diagnóstico es estenosis de la piloroplastia sin causa aparente, y tras la biopsia el resultado es, además, de gastritis crónica moderada con actividad leve.

El 18 de noviembre llega al Servicio de Urgencias desde (...), con vómitos y dolor abdominal y tras valoración y pruebas se remite con ingreso hospitalario a cirugía digestiva con diagnóstico de estenosis pilórica. Derivan al CHUIMI.

El 23 de noviembre de 2015 se realiza TAC abdomino-pélvico en el CHUIMI. Se concluye diagnóstico principal de estenosis pilórica. En esta prueba se descubre la existencia de poliesplenia, residual a la esplenectomía. La poliesplenia es la presencia de numerosa masa de tejido esplénico que sustituyen al bazo normal.

El 3 de diciembre en el CHUIMI se interviene de forma programada y realizan gastrectomía subtotal más anastomosis Billroth II (el resto de estómago se une al yeyuno), en esta cirugía se observan: «múltiples adherencias de epiplón (repliegue del peritoneo en el abdomen que cubre y apoya a los intestinos) a pared e interasas, estenosis pilórica por ulcus crónico a dicho nivel, restos sin hallazgos».

A las 24 horas comienza con hematemesis e inestabilidad hemodinámica, se reinterviene el día 4 de diciembre, para hemostasis, realizándose laparotomía exploradora, no se observan sangrado en ninguna de la anastomosis ni hemoperitoneo, únicamente coágulos intraluminales. Posterior curso normal, estabilidad, afebril, buena tolerancia dieta y tránsito conservado.

Alta el día 13 de diciembre de 2015, citada para revisión en Consultas Externas de Cirugía General y Digestiva.

- Considera el SIP que la rotura espontánea de bazo es una entidad menos conocida, en la cual no hay ningún tipo de desencadenante ni enfermedad asociada. En 1874, Atkinson describió el primer caso de rotura de este tipo, en la que el bazo

no presentaba ningún tipo de alteración histológica ni había antecedentes de traumatismo, cuando el bazo se rompe en ausencia de traumatismo y/o esfuerzo y los estudios histológicos son normales, la rotura es idiopática como en el caso que nos ocupa.

Y dentro de las roturas espontáneas tenemos también aquellas secundarias a mínimos esfuerzos como toser o la maniobra de Valsalva (exhalar el aire con la boca y la nariz cerrada) y que ocurren dentro del 0.1 al 0.5 % del total. La rotura espontánea del bazo es una situación clínica infrecuente. La rotura espontánea con estudios histológicos con alteraciones obedecería a tres causas fundamentales: enfermedades hematológicas, infecciosas y malignas. La técnica de elección para el diagnóstico es la Tomografía Axial Computarizada (TAC).

- Concluye el SIP con que:

La reclamante refiere sus quejas sobre el dolor abdominal sufrido en un periodo de 30 días; si es así, no acudió a los servicios médicos, pues tanto en atención primaria como en la hospitalaria la atención se relata desde final de julio del 2015, no antes. Además, el 31 de julio, en el médico de cabecera, éste anota: «dolor de varias horas de evolución», probablemente porque le había desaparecido previamente.

Las visitas que la reclamante aduce a los Servicios de Urgencias a los que acude por causa de dolor abdominal están detalladas en la historia clínica y hay que referir que en ellas se actuó en todas para realizar un diagnóstico final, diagnóstico que estaba en relación con la clínica presentada, incluso con realización de radiografía de abdomen realizada el día 1 de agosto y en la cual que no encontraron causa grave.

El contexto es de una paciente con antecedentes de epigastralgia y dolor abdominal de muchos años antes, con diagnóstico en 2007 de úlcera gástrica prepilórica tratada y en seguimiento posterior por el Servicio de Digestivo y médico de cabecera, con repetición secuencial de endoscopia.

En la última visita efectuada al Servicio de Urgencias del CHUIMI, el 2 de agosto de 2015, «su situación clínica es estable, sin signos de alarma» como así se refiere en informe clínico efectuado por el Jefe de Sección de Urgencias, informe donde también afirma que: «muchos dolores abdominales son inespecíficos en un principio y producen los signos de sospecha en una evolución posterior», afirmación que suscribe el SIP como una realidad.

No se encontró gravedad en el momento en que la observaron, recomendándose seguimiento.

Importante es también añadir que la paciente el 4 de agosto de 2015 acude al Servicio de Urgencias del (...), dos días después de ser valorada en el Servicio de Urgencias del CHUIMI.

En este centro privado, tras distintas pruebas diagnósticas observan gran retención gástrica y gaseosa en estómago; dato importante en la ecografía abdominal es que el resto de los órganos abdominales están normales y se especifica entre estos órganos el bazo.

Se programa endoscopia alta diagnóstica que se realiza el día 6 de agosto y en la cual se aspiran restos alimenticios, el estómago y se observa el píloro o zona entre estómago y duodeno con gran estrechamiento y no deja pasar el endoscopio.

El uso de la endoscopia para el diagnóstico puede ser terapéutica en muchos casos al ser descompresiva y evacuadora de residuos gástricos lo cual se realiza en dicha endoscopia.

Tras este diagnóstico se programa intervención quirúrgica quedando ingresada.

Pero el día 8 la paciente sufre brusco cambio del cuadro médico instaurándose dolor abdominal intenso y signos de shock, se realiza TAC urgente observándose gran cantidad de líquido libre intraabdominal, por lo que es intervenida de urgencias.

Se encuentra bazo descapsulado, roto, con gran cantidad de sangre en abdomen. Se realiza esplenectomía y piloroplastia. La piloroplastia era la intervención programada previamente, para solucionar el problema de obstrucción en la zona del píloro. No había afectación del bazo en la ecografía realizada en (...).

Según el SIP, atendiendo a la reclamación de la señora, nos habla de la gran distensión estomacal como posible causa de la rotura del bazo; es como mínimo arriesgada esta afirmación no obstante añadimos que en la endoscopia se descomprimió el estómago al aspirarlo, y en la literatura médica se nos explica que la aspiración realizada por endoscopia sirve de tratamiento al problema.

Como bien dice el Dr. (...) «la rotura del bazo no es una complicación esperada de una retención gástrica».

Asimismo, las molestias que sufre la señora desde los inicios de su proceso no son por el bazo sino por un proceso en evolución, derivados del problema estomacal, lo que se deduce de la historia clínica.

El día 8 de agosto del 2015 ocurrió una rotura espontánea del bazo de causa idiopática, y así se denomina cuando ésta aparece sin antecedentes previos de trauma (golpes, caídas), esfuerzo, etc., demostrándose en la biopsia de los tejidos del bazo analizados que no sufría patología, para poder definirse como idiopática (espontánea o de causa desconocida), como así ocurrió en este caso.

No encontramos ni mala praxis en la atención médica previa ni razones que justifiquen que el proceso sufrido desencadenara la rotura del bazo, no se puede demostrar tal hecho. Referir que las actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios antes del día 4 de agosto del 2015 son adecuadas al momento clínico sufrido por la reclamante, la evolución clínica se realiza progresivamente en el tiempo.

Como refiere el Jefe de Sección del Servicio de Urgencias de CHUIMI en su informe: la situación clínica de la paciente permitía su estudio ambulatorio.

En noviembre de 2015, previo a la segunda operación de la zona pilórica estomacal, en TAC diagnóstico se descubre en la zona del bazo extirpado una poliesplenía, que representa la existencia de numerosa masa de tejido esplénico que sustituyen al bazo normal, por lo cual los posibles problemas secundarios a la no existencia del bazo pueden excluirse, porque estas masas suelen actuar como lo que son, tejido esplénico con sus mismas funciones.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante no presentó alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado no solo no se aprecia mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, sino que tampoco existe nexo causal entre la dilatación estomacal presentada y la posterior rotura del bazo, al ser esta de causa idiopática; esto es, espontánea, al no existir antecedentes de traumatismo o alteración histológica.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que, debido al inexistente tratamiento y detección de las dolencias que sufría, se le han producido secuelas derivadas de la esplenectomía (extirpación del bazo). Sin embargo, sin la prueba de tales extremos, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama.

Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente

acreditan que en las distintas ocasiones en las que acudió a centros hospitalarios se le practicaron todas las pruebas pertinentes para sus síntomas (dolor y distensión abdominal, dolor en epigastrio, náuseas y vómitos): exploración física y la realización de las pruebas complementarias oportunas, entre las que cabe destacar radiografía de abdomen y TAC -todas ellas dentro de la normalidad-, diagnosticándose epigastria, pautándosele tratamiento oportuno y unas veces dando el alta y otras seguimiento ambulatorio. Todo ello de acuerdo con la *lex artis*, ya que la situación clínica de la reclamante era estable, sin signos de alarma en las pruebas complementarias ni en el examen de la paciente. Su situación clínica permitía su estudio ambulatorio.

Las distintas molestias que sufrió y que le obligaron a acudir a urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal, náuseas y vómitos, no están relacionados ni provocaron la rotura del bazo, lo que se evidencia tanto en la radiografía de abdomen efectuada a la reclamante el 31 de julio en el CHUIMI, como en la ecografía abdominal realizada el 4 de agosto de 2015 en el (...), en las que no apreciándose ninguna anomalía del bazo.

3. Del expediente se evidencia, pues, que se pusieron al servicio de la reclamante todas las pruebas diagnósticas necesarias, así como los medios asistenciales y el tratamiento debidos para tratar sus dolencias y patologías, consecuencia de epigastria y dolor abdominal de muchos años de evolución, con diagnóstico en 2007 de úlcera gástrica prepilórica tratada.

En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su 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 la 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)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)».

Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que 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.

4. Además, de los informes médicos obrantes en el expediente, como concluye la Propuesta de Resolución, ni siquiera se aprecia la existencia de nexo causal, pues la rotura del bazo fue espontánea, circunstancia no refutada por la reclamante.

Así, el Servicio de Inspección y Prestaciones coincide con el Servicio de Urgencias del CHUIMI en que «la rotura del bazo no es una complicación esperada de una

retención gástrica». En la revisión de la literatura en Medicina no aparece un solo caso con esas características.

El Servicio de Inspección y Prestaciones considera que en este caso la rotura del bazo fue espontánea y que es una circunstancia poco conocida e infrecuente, de la que no hay ningún factor desencadenante ni enfermedad asociada. Cuando el bazo se rompe en ausencia de traumatismo y/o esfuerzo y los estudios histológicos son normales, la rotura es idiopática. Asimismo, el bazo puede romperse de manera espontánea en supuestos de mínimos esfuerzos como toser o con la maniobra de Valsalva (exhalar el aire con la boca y la nariz cerrada) y que ocurren entre el 0 al 0,5 % del total.

En el presente supuesto, la rotura del bazo es espontánea, pues de las distintas pruebas practicadas durante las estancias hospitalarias de la reclamante no se detectan anomalías, encontrándose el bazo bien, sin que la reclamante relatará ningún traumatismo que justifique la posterior rotura del mismo. Es el 8 de agosto de 2015 cuando se produce dicha rotura espontánea, sometiéndose a una esplenectomía, constatándose en la biopsia posterior del tejido del bazo extirpado la no existencia de lesiones previas que pudieran justificar su rotura.

5. Recapitulando, la interesada no ha probado su alegato de que los daños por los que reclama son consecuencia del servicio sanitario recibido, se ha acreditado que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc* y, por último, que no hay relación de causalidad entre la rotura del bazo y dicha asistencia, pues aquella fue espontánea (como lo demuestra la no existencia de lesiones previas en la biopsia), circunstancias todas ellas que, como hemos razonado, imposibilitan el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración, por lo que se ha de concluir con que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de (...), es conforme a Derecho.