



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 9 6 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de marzo 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. 52/2018 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 17 de marzo de 2016 a instancia de la representación legal de la menor (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en un centro del SCS.

2. La interesada reclama una indemnización de 350.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias 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. Lazcano Acedo.

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

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.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 SCS.

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 al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La madre de la interesada funda su reclamación en los siguientes hechos:

Su hija, de 17 años de edad, en el mes de junio de 2015 comenzó a sufrir fuertes dolores abdominales e hinchazón de barriga. Ante esta situación acude varias veces al servicio de urgencias, sospechando algún problema de vesícula (intervenida en el 2014) o de ovarios, a pesar de que su menstruación se mantenía de forma regular cada 28-30 días.

Tras la realización de distintas pruebas (incluso pruebas de imagen) no le detectaron que se encontraba en estado de gestación hasta la semana 32, viéndose en la obligación de continuar con el embarazo, sin tener la posibilidad de que se pudiera practicar un aborto.

Por lo anterior, la interesada entiende que con el diagnóstico tardío se le ha negado su derecho a decidir ser madre.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

- La paciente de 17 años contaba con antecedentes de haber sido operada de colecistectomía (extirpación de vesícula biliar) el 26/05/2014 por litiasis vesicular múltiple y de trastornos digestivos recurrentes desde entonces.

- Desde su cirugía de vesícula en mayo de 2014 había consultado a Atención Primaria y fue atendida por varios médicos y en varias ocasiones (la primera vez el 09/10/2014) por presentar alteraciones digestivas que consistían en sensación de plenitud, distensión abdominal, dispepsia, pirosis, náuseas y epigastralgia, que interferían con la ingesta de alimentos. Por este motivo ese día se le solicitó interconsulta a Digestivo. Consta en el plan terapéutico de ese día la toma de Loette diario como anticonceptivo oral, así como en consultas sucesivas del 19/05/2015 y 02/06/2015 (fecha en la que también se le solicitó interconsulta a Digestivo por igual sintomatología digestiva).

- También había consultado con anterioridad, la primera vez el 14/08/2014, preocupada por su sobrepeso; consta en historia clínica Índice de Masa Corporal: 31,82 que se corresponde con obesidad grado I. Se le indicó dieta y ejercicio y se descartó alteración tiroidea mediante analítica realizada en octubre de 2014.

- El 13/06/2015 es atendida en Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario de Nuestra Sra. de Candelaria (HUNSC) por presentar dolor epigástrico más vómitos; la exploración se describe con abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, no hepatomegalia, ruidos intestinales presentes. Bajo el juicio diagnóstico de Dolor abdominal se le prescribió analgésico, espasmolítico, y se le indicó realizar control por Digestivo y por su médico de Atención Primaria y solicitar Ecografía abdominal ambulatoria.

- En Historia Clínica de Atención Primaria consta el 25/06/2015: la paciente ha sido valorada por Digestivo Privado en (...), se le realizó Ecografía Abdominal que resultó normal. Se pauta Nexium, si no mejora se realizará gastroscopia. Dicha prueba consta como solicitada el 06/07/2015 a HUNSC.

- Luego de la última visita realizada el 06/07/2015 a su médico de Atención Primaria transcurren más de dos meses en los que la paciente no vuelve a acudir ni a su médico de Atención Primaria, ni a Urgencias por síntomas relacionados con alteraciones digestivas, ni por ningún otro síntoma o preocupación sobre su salud.

- El 15/09/2015 acude a su médico de Atención Primaria nuevamente por dolor recurrente en mesogastrio y sensación de distensión abdominal, síntomas presentes desde la operación de vesícula, a lo que se ha añadido en los últimos días heces más blandas, sin productos patológicos. A la exploración física consta: abdomen blando, depresible, discretamente distendido, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados. Se le pauta procinético y espasmolítico (mejoran la funcionalidad gastrointestinal y controlan el dolor).

- El 21/09/2015 es valorada en Urgencias del HUNSC, refiere estar en estudio por dolor abdominal de un año de evolución y pendiente de la realización de gastroscopia, actualmente con ardor, aumento de perímetro abdominal, náuseas persistentes y diarreas desde 3-4 días previos. A la exploración presenta buen estado general, eupneica, afebril, normocoloreada e hidratada. El abdomen es blando, depresible, doloroso en todos los campos, sin peritonismo, no se palpan masas, ni megalias, ruidos intestinales conservados. Bajo el juicio diagnóstico de Pirosis y dolor abdominal a estudio se le pauta Omeprazol y se le indica control por su Médico de Atención Primaria y Digestivo de zona.

En HUNSC el día 27/10/2015 se le realiza Endoscopia digestiva Alta y el 28/10/2015 es valorada por Digestivo y diagnosticada de Esofagitis péptica B de Los Ángeles e Incompetencia cardial leve y se prescribe IBP 20 mg a dosis doble durante 8 semanas y control clínico en 3 meses (la receta del IBP: Omeprazol fue expedida ese mismo día por médico de Atención Primaria).

- El 16/11/2015 acude a consulta de cribaje de neoplasia de cérvix (chequeo de rutina que se le indica a las mujeres desde que son sexualmente activas), con la matrona de Atención Primaria. Consta comienzo de relaciones sexuales desde hace 3 años, con uso de preservativo, niega uso de anticonceptivo hormonal, no tiene pareja estable, no embarazos, sus menstruaciones son regulares (4 días cada 30), la fecha de la última regla fue el 19/10/2015. La exploración de cérvix uterino y vagina realizada es normal.

- El 18/11/2015 consulta a médico de Atención Primaria por diarreas sin productos patológicos, desde hace unos días, acompañadas de náuseas con vómitos, sin fiebre. La exploración se describe: abdomen blando, depresible, timpánico, con

molestias inespecíficas a la palpación, sin defensas. Bajo el diagnóstico de Gastroenteritis se le prescribe dieta e hidratación en tolerancia y seguir control por médico de Atención Primaria.

- En fecha 26/11/2015 acude a Urgencias Generales del HUNSC refiriendo distensión y dolor abdominal, No Amenorrea (No le ha faltado la regla). A la exploración el abdomen está distendido, doloroso y se describe sensación de masa. El test de gestación y la Ecografía abdominal realizada ante ese hallazgo confirma embarazo activo avanzado de 32 semanas + 1 día (32+1). La paciente es remitida a Urgencias de Obstetricia en donde se inicia el protocolo de gestación, con petición de analítica, se le prescribe Ácido fólico cada 24 horas, y seguir control de embarazo en Centro de Atención Especializada (CAE).

- El día 02/12/2015 acude a seguimiento de embarazo (1ª visita) con Matrona del Centro de Salud, se recoge en historia clínica fecha de última regla: 20/10/15, está tomando las vitaminas: Acfol indicado en Urgencias de Maternidad del HUNSC y Tardyferon pautado ayer en consulta por Tocólogo privado, quien le indicó que según ecografía realizada ese día tenía 34 semanas y 2 días (34.2), todo está bien, y la fecha probable de parto sería para el 12/01/2016. Su alimentación es adecuada y su índice de masa corporal 31,81. La frecuencia cardíaca fetal es positiva, movimientos fetales presentes, altura fetal uterina: 34, posición cefálico dorso izquierdo. Se le dan todas las recomendaciones a tener en cuenta durante el embarazo, se le solicitan las analíticas correspondientes según edad gestacional que valorará su médico de familia y se deriva a Tocología para su seguimiento.

- El seguimiento del embarazo transcurrió sin incidencias, su evolución fue normal, con alguna toma de tensión arterial en límites superiores y ganancia de peso en pocos días, casi al final de la gestación. Hizo seguimiento adecuado por Matrona, Médico de familia, Enfermería, Tocólogo del CAE y Tocólogo privado.

- A las 41 + 3 semanas, el día 22/01/2016, mediante un parto eutócico (normal) tuvo un niño sano de 3.860 g, el posparto inmediato y el puerperio transcurrieron dentro de la normalidad.

Con base en esos hechos, el SIP concluye con que:

1. A tenor de la historia clínica no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta o inadecuada: La paciente con antecedentes de trastornos digestivos, obesidad grado 1 y prescripción de anticonceptivo hormonal, siempre

consultó por este tipo de trastorno, no existiendo amenorrea, ni ningún otro síntoma o signo (tampoco aumento de peso en esas fechas) que hiciera sospechar una gestación. Las exploraciones médicas realizadas (por distintos médicos y en distintos momentos), en consonancia con la clínica, siempre diagnosticaron alteraciones de esta índole (Pirosis, dolor abdominal, gastroenteritis), y por último Esofagitis tras la realización de Gastroscofia (endoscopia digestiva alta). Por supuesto, los tratamientos se indicaron para resolver este tipo de dolencias.

2. La paciente hace referencia a una prueba de imagen realizada (Ecografía abdominal) con resultado dentro de la normalidad (tampoco diagnosticó embarazo), prueba realizada en el ámbito privado. La elección de acudir al ámbito privado, es una opción libremente decidida por ella pero, en ningún caso, sería consecuencia de una actuación asistencial incorrecta del servicio público.

3. El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. En el momento que se sospechó la gestación por encontrar sensación de masa abdominal palpable, esta fue confirmada mediante Test de embarazo y Ecografía abdominal.

4. Tanto los diagnósticos iniciales y sus tratamientos como el diagnóstico de embarazo, cuando tuvo lugar, así como el control y seguimiento del mismo hasta su culminación el 22/01/2016 con un parto normal de un niño sano, se efectuó de acuerdo con la *lex artis*.

5. El Servicio de Inspección y Prestaciones, luego de examinada la reclamación y a la luz de los hechos percibidos, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria, no hallando anormalidad alguna en el proceso asistencial, llegando a la conclusión razonada, de que no cabe considerar la actuación de aquéllos como la causa del presunto daño reclamado, teniendo a bien establecer la inexistente responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

3. Se practica prueba testifical a (...), matrona, al Dr. (...), especialista del Servicio de Digestivo del HUNSC, y a la Dra. (...).

4. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante alega, en síntesis, lo siguiente:

Según consta acreditado en el expediente de referencia, en fecha 26 de noviembre de 2015, acude al servicio de urgencias del HUNSC aquejada de fuertes dolores e hinchazón en la zona abdominal, siéndole comunicado tras efectuarle un análisis de orina y una ecografía, que se encontraba en avanzado estado de gestación.

Varios meses antes de que fuera detectado el embarazo, ya se aquejaba de diversos síntomas, tales como, acidez, vómitos y fuerte dolor abdominal; acudiendo en numerosas ocasiones a urgencias y a la consulta de su médico de familia. A estos efectos debemos destacar las siguientes visitas:

En fecha 13 de junio de 2015, presenta dolor epigástrico y vómitos, por lo que decide acudir al servicio de urgencias del HUNSC, donde le es efectuada una exploración física a la par de pruebas complementarias, siéndole recetado Primperam, Buscapina y Nolotil.

Asimismo, en fecha 15 de septiembre de 2015, ante la persistencia de los dolores abdominales acude a su centro médico, una vez allí, la Dra. (...) le efectúa una anamnesis y exploración física, donde consta un abdomen distendido. No realiza pruebas complementarias tales como análisis de orina o sangre, pues -según ha referido en su testifical- era médico sustituta y, en la historia clínica de la paciente constaban éstas, por lo que resuelve recetarle únicamente Spasmoclyl y Cidine.

En esta línea, en fecha 27 de octubre de 2015, acude a la consulta del especialista digestivo aquejada de vómitos persistentes. El Dr. (...) le efectúa una endoscopia digestiva, tras una simple anamnesis, sin verificar la posibilidad de embarazo.

Cabe precisar que la endoscopia digestiva es una prueba con la cual se observa el aparato digestivo alto, no recomendable para mujeres en estado de gestación. Asimismo, en fecha 28 de octubre, con los resultados de la gastroscopia le es recetado Omeoprazol y Cidina.

Una vez diagnosticado el embarazo -en fecha 26 de noviembre-, acude en fecha 3 de diciembre al HUNSC a una interconsulta de tocología, donde se le comunica que su embarazo es de riesgo, por lo que debe acudir a control de gestación en una nueva cita.

De los antecedentes, resulta evidente que los especialistas que trataron a la entonces menor, con un cuadro de la reseñada índole -dolor abdominal persistente,

acidez, y vómitos-, no valoraron o descartaron mediante pruebas su estado de gestación. Se debe tener en cuenta que la menor se encontraba en edad fértil y *que su madre refirió la ausencia de periodo de su hija.*

De esta manera, los diagnósticos y tratamientos pautados fueron erróneos, viéndose inadvertidos u omitidos signos evidentes de embarazo en los repetidos actos médicos, careciendo de relevancia que no sea práctica habitual efectuar pruebas de embarazo.

En este sentido, ha quedado acreditado que el diagnóstico del embarazo fue tardío con las graves consecuencias que ello supuso el impacto económico y psicológico a los padres de la entonces menor, así como el perjuicio físico, psicológico, profesional y social provocado a la propia afectada, suponiendo un cambio sustancial en su vida por cuanto estuvo obligada a soportar un embarazo no deseado.

Denota evidente que la sintomatología presentada por la afectada en las continuas visitas médicas era análoga a la de una gestación, ante lo cual y dada la persistencia de ésta, se debía haber efectuado alguna prueba diagnóstica que permitiera descartar un embarazo, asimismo, si éste se hubiera detectado a tiempo, mi representada podría haber decidido con conocimiento de causa sobre el devenir de su futuro, ostentando la posibilidad de interrumpir el embarazo, sin embargo, no ha ocurrido así, y en la actualidad se encuentra condicionada de por vida.

5. 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 se desprende la inexistencia de la relación causal entre el daño alegado y la actuación del SCS.

### 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 el diagnóstico tardío de su embarazo le ha producido determinados daños.

Sin embargo, sin la prueba de que ello fue así 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. El 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 la atención clínica y los procedimientos diagnósticos fueron los correctos en este caso.

Así, al tratarse de una paciente de 17 años que contaba con antecedentes de haber sido operada de colecistectomía y que desde su cirugía de vesícula en mayo de 2014 había sido atendida en varias ocasiones (la primera vez el 09/10/2014) por presentar alteraciones digestivas que consistían en sensación de plenitud, distensión abdominal, dispepsia, pirosis, náuseas y epigastralgia, que interferían con la ingesta de alimentos; asimismo también había consultado por su sobrepeso; consta en historia clínica Índice de Masa Corporal: 31,82 que se corresponde con obesidad grado I.

Desde el 13/06/2015 es atendida por presentar dolor epigástrico más vómitos; la exploración se describe con abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, no hepatomegalia, ruidos intestinales presentes, siendo diagnosticada de Dolor abdominal.

En valoración por Digestivo Privado en (...) se le realizó Ecografía Abdominal que resultó normal.

En HUNSC, al no mejorar, se le realiza gastroscopia. También, en otras ocasiones con los mismos síntomas, es diagnosticada de Pirosis y dolor abdominal a estudio

Después de practicada Endoscopia digestiva Alta y valorada por Digestivo es diagnosticada de Esofagitis péptica B de los Ángeles e Incompetencia cardial leve.

El 11 de noviembre de 2015 refiere: relaciones sexuales desde hace 3 años, con uso de preservativo, niega uso de anticonceptivo hormonal, no tiene pareja estable, no embarazos, sus menstruaciones son regulares (4 días cada 30), la fecha de la última regla fue el 19/10/2015. La exploración de cérvix uterino y vagina realizada es normal.

No es hasta el 26 de noviembre de 2015, cuando acude de nuevo a Urgencias Generales del HUNSC refiriendo distensión y dolor abdominal. *No Amenorrea* (No le ha faltado la regla), que a la exploración el abdomen está distendido, doloroso y se describe sensación de masa, realizándole el test de gestación y la Ecografía abdominal realizada ante ese hallazgo confirma embarazo activo avanzado de 32 semanas + 1 día (32+1). La paciente es remitida a Urgencias de Obstetricia en donde se inicia el protocolo de gestación, con petición de analítica, se le prescribe Ácido fólico cada 24 horas, y seguir control de embarazo en Centro de Atención Especializada (CAE).

En ese sentido, se ha de recordar que este Consejo Consultivo, siguiendo -como no podía ser de otro modo- la doctrina jurisprudencial relativa a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario (por todos, Dictámenes 42/2016, de 18 de febrero y 50/2016, de 18 de febrero), la cual se expone claramente en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, ha venido insistiendo en que las prestaciones del sistema sanitario público consisten en una obligación de medios y no de resultados.

En relación con el error de diagnóstico este Consejo Consultivo en distintas ocasiones, entre otros en los DDCCC 64/2018 y 426/2016, ha señalado lo siguiente:

«Así, por ejemplo en la Sentencia num. 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)” ».

Esta doctrina resulta aplicable al presente asunto, puesto que no se ha demostrado la existencia de un diagnóstico tardío, ni tampoco que los diagnósticos que inicialmente se fueron emitiendo pudieran considerarse erróneos ante la inexistencia de evidencia de que pudiera estar embarazada, máxime cuando la propia menor refería en todas las ocasiones en que fue asistida hasta el 26 de noviembre la no amenorrea (en distintas ocasiones afirmó que su última regla fue el 19 de noviembre de 2015).

En definitiva, la interesada no ha probado que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario prestado, habiéndose acreditado, por el contrario, que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, habiéndose practicado las pruebas necesarias acordes a antecedentes y síntomas de la paciente y a la información que la propia menor proporcionaba, en particular, la no amenorrea, lo que descartaba la posibilidad de embarazo hasta que, a la exploración, se detectó que el abdomen estaba distendido, doloroso y se describe sensación de masa, realizándole el test de gestación y la Ecografía abdominal que confirmó el embarazo activo avanzado de 32 semanas + 1 día (32+1).

Por todo ello se ha de concluir con que, ante la ausencia de error de diagnóstico, y acreditada que la menor ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, no existe el necesario nexo causal que se requiere para el surgimiento de la responsabilidad de la Administración sanitaria, de lo que se sigue que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho.