



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de julio de 2019.

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 (...) y (...), por daños ocasionados a su hija menor de edad como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 259/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a 200.000 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación tanto la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

II

1. El fundamento jurídico de la pretensión indemnizatoria descansa en el escrito de reclamación formulado por los padres de la menor, en calidad de representantes legales, representados, a su vez, por su abogada (...), mediante el que, particularmente, exponen los siguientes hechos:

«(...) durante el periodo comprendido entre el año 2011 y septiembre de 2014, acudieron en numerosas ocasiones al Centro de Salud de Cuevas Torres, en Las Palmas de Gran Canaria, con motivo de los graves dolores abdominales que sufría su hija.

En dicho centro médico, la menor fue tratada de “estreñimiento” y diagnosticada con un dolor abdominal inespecífico.

En todas las ocasiones en que la hija de mis mandantes acudió al centro médico, en momento alguno, a pesar de advertirse los fuertes dolores por la menor, se ordenó la realización de una simple ecografía a la misma. A estos efectos, acompañamos como documento número uno, informes médicos del Centro de Salud de Cuevas Torres, así como partes del servicio de urgencias, tanto de dicho centro como del Hospital Materno Infantil, donde constan las múltiples ocasiones en las que la hija de mis mandantes acudió con el mismo malestar a los distintos servicios, sin que, en parte alguna aparezca algo tan simple como la realización de una ecografía abdominal de la menor, según se le comenta posteriormente, “porque dicha prueba no se encuentra en el protocolo”.

TERCERO, Tras numerosos ingresos, consultas y visitas a urgencias, tanto del centro de salud como hospitalarias, con fechas de 3 de septiembre de 2014, la menor es trasladada por el servicio de urgencias del centro de salud de Cuevas Torres, nuevamente, al Hospital Materno Infantil, donde es ingresada en el servicio de urgencias, siendo responsable del mismo la Doctora (...) y, responsable de tratamiento, la Doctora denunciada (...).

Es en este momento en el que empieza el sufrimiento de la menor que, a pesar de padecer unos terribles dolores, que cualquier médico podrá corroborar tratándose como se trataba su dolencia de una torsión ovárica, no es atendida en modo alguno, salvo para

facilitarle cuidados paliativos (calmantes que no le calman el dolor) desde las 13.42 del día 03, hora de su ingreso, hasta la mañana del día 4 de septiembre en el que, el cambio de turno de los médicos que la “asisten” deriva en el milagro de la aparición de una nueva doctora que, ante los gritos de dolor de la niña, le hace, por fin, una ecografía y la ingresa de forma inmediata y urgente en quirófano. Es en el momento en que se le realiza la ecografía cuando se aprecia que lo que tenía la menor no era un dolor abdominal “inespecífico” ni mucho menos. Lo que tenía la hija de mis mandantes era un quiste en uno de sus ovarios de 8 centímetros de longitud y una torsión en dicho ovario que, por el retraso sufrido en su diagnóstico y tratamiento, había generado que el ovario estuviese necrosado y, por lo tanto, hubo de ser extirpado. Por mucho que esta parte no sea facultativa, de más está decir que, un quiste ovárico de OCHO CENTÍMETROS, no aparece de la mañana a la noche, ni de manera repentina, ni desaparece del mismo modo. Muy al contrario, el retraso en diagnosticar a la menor que los fuertes dolores que padecía se debían a un quiste que crecía en su ovario, generó la torsión del mismo y el mismo retraso, que dicho ovario se necrosara, teniendo que extirparlo; perdiendo un órgano principal y disminuyendo con ello sus posibilidades de una futura maternidad, si ese fuese el deseo de la niña en el futuro.

Este retraso en el diagnóstico y la desidia en el tratamiento de la menor generan que cuando se le interviene ya no se pueda hacer nada por salvar el ovario la hija de mis mandantes, que en el futuro ha de vivir con las posibilidades limitadas que el hecho de tener un solo ovario funcional, generan (...).

Debemos añadir que, tal y como consta en los informes aportados de esta parte, al retraso en la curación de las heridas derivadas de la lesión producida y la consiguiente intervención quirúrgica, que se produce en el mes de Octubre de 2014, la menor se encuentra en la actualidad y desde ese momento en tratamiento psicológico, derivado del trauma producido.

(...) resulta evidente, el nexo de causalidad entre la falta de diagnóstico acertado, realización de pruebas diagnósticas apropiadas y retraso en la intervención quirúrgica y la pérdida del ovario de la hija de mis mandantes.

El hecho cierto es que la menor no tenía un “dolor abdominal inespecífico”; lo que tenía era un quiste en uno de sus ovarios, que nunca fue encontrado porque nunca se dedicaron a buscarlo a pesar de las muchas visitas de la pequeña a los servicios de salud; Igualmente, al no haber sido diagnosticado, y retrasando indebidamente el tratamiento de la menor, se generó que, lo que era una torsión ovárica derivara en la pérdida de dicho ovario necrosado, (...) . Esta pérdida se debió, entiende esta parte, por la desidia absoluta de un servicio médico que veía a una niña de 11 años retorcerse de dolor en una cama y no hicieron absolutamente nada por averiguar de dónde venía este terrible dolor.

Todo lo anterior hasta que una doctora, con buen criterio, viendo el estado terrible en que se encontraba la niña, hizo lo que debió hacerse en su momento. Lamentablemente demasiado tarde puesto que ya no pudo salvarse el ovario de la menor (...).

2. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho clínicos de la paciente, de acuerdo con la documentación médica incorporada al expediente, son los siguientes:

- Con anterioridad al año 2013, se desprende del expediente que la paciente fue adecuadamente atendida por los cuadros de dolor abdominal hasta su curación, entre otras, con control ecográfico abdominal oportuno, sin que se observe patología alguna relacionada con la última enfermedad por cuya asistencia reclama.

- En fechas 22 de marzo de 2013 es valorada por su Pediatra por dolor abdominal en epigastrio (a nivel del estómago), en relación con trastorno digestivo. La exploración física normal. El cuadro remite con analgesia (metamizol).

- En fechas posteriores fue atendida por cuadros distintos al anterior (dolor de garganta, lesión cutánea), sin relación con patología abdominal.

- El 9 de abril de 2013 es atendida por Pediatra por presentar dolor en epigastrio (a nivel del estómago) desde el día anterior, queja que se ha repetido en las últimas tres semanas. No vómitos ni diarreas ni fiebre. La exploración física es normal. Se le dan recomendaciones sobre la dieta, el estreñimiento y el dolor.

- En fechas posteriores fue atendida por cuadros distintos al anterior (dolor de garganta, fiebre, tos, mocos, lesión cutánea, etc.), sin relación con patología abdominal.

- En la mañana del día 20 de diciembre de 2013 es atendida por Pediatra por presentar vómitos, dolor abdominal en FII de 3 horas y disuria. La exploración es normal, palpando masas (heces) en sigma. Afebril. Se realiza análisis de orina con tira reactiva sin signos de infección por lo que se pauta tolerancia con dieta blanda, analgesia con nolotil, si dolor, y seguir normas de evolución. En la tarde ante la persistencia de los síntomas es derivada al CHUIMI. Es valorada en el Servicio de Urgencias de Pediatría del CHUIMI, presentando una exploración prácticamente normal, con molestias a la palpación profunda en FII, sin signos de peritonismo (blumberg negativo). Se describe en historia, que no presenta clínica respiratoria ni urinaria, pero sí ambiente familiar epidémico. Durante su estancia se le realizó control analítico y se le administró sueroterapia y analgesia con mejoría del cuadro por lo que se decide su alta. Sin embargo, tras recibir el alta, tiene un vómito

precedido de dolor periumbilical y deciden dejarla en observación hasta tolerancia efectiva.

- El 21 de diciembre de 2013, recibe el alta bajo el diagnóstico de Síndrome emético, estando asintomática, sin vómitos ni dolor. Se le indican las medidas y cuidados para los trastornos digestivos que ha presentado y control en las siguientes 24 horas en su Centro de Salud, realizando estudios, si requiere.

- No acudió a control indicado, así como tampoco acudió a consultas previstas con la Pediatra en fechas 24 de enero de 2014 y 6 de febrero de 2014. De esta información se infiere que la niña se encontraba bien, superado los trastornos digestivos, que había presentado un mes antes.

- En fecha 25 de febrero de 2014, aunque acude a consulta por otros motivos (dolor de garganta y fiebre), su Pediatra, teniendo en cuenta los trastornos digestivos presentados dos meses antes le indica pruebas de Helicobacter Pylori y despistaje de parásitos intestinales en heces fecales, cuyos resultados fueron informados como negativos. De dicha información se desprende, que, en relación con el trastorno digestivo presentado en ambiente familiar epidémico, la niña había sido adecuadamente tratada, y en base a la clínica presentada, realizado los estudios oportunos para descartar bacterias o parásitos que pudieran haber motivado el cuadro.

- En fechas posteriores fue atendida por cuadros distintos al anterior (caries dental, revisión óptica), sin relación con patología abdominal.

- El 3 septiembre de 2014, la paciente acude al médico por presentar dolor abdominal intenso y vómitos persistentes de dos horas de evolución. A la exploración realizada a las 12:35 horas, presenta regular estado general, con palidez, lengua seca y olor cetónico; tolera mal el decúbito supino por el dolor, por lo que se le explora el abdomen en decúbito lateral, siendo este blando, depresible, algo doloroso a la palpación profunda en FII, sin signos de peritonismo y puñopercusión renal negativa. Resto de la exploración normal. Se instaura tratamiento con sueroterapia y analgesia (nolotil) intravenosa y se remite al CHUIMI para estudio y tratamiento.

- En el CHUIMI, consta en su historia clínica a las 15:30 horas se pauta analgesia, se solicita analítica. A las 15:35 horas está ingresada en observación por dolor abdominal y vómitos. Se le ha puesto enema que no es muy efectivo. Se administra sueroterapia y analgesia intravenosa pautada. A las 16:00 horas se administra

tranquilizante (midazolam) por orden médica debido a gran componente ansioso de la paciente. Se mantiene monitorizada. A las 16:21 horas la Pediatra describe en evolutivo: presenta dolor tipo cólico, palidez cutánea, signos vitales normales. Gran componente de ansiedad. Abdomen blando, depresible sin signos de peritonismo, ni hemorragia (no HEM). Resto del examen, sin cambios. Se pauta tranquilizante (midazolam), se solicita Ecografía abdominal. Se informa paciente y a su madre. A las 16:27 horas la Pediatra detalla analítica (hemograma y VSG:2) son normales. De lo que se interpreta que no hay signos de infección/inflamación, ni hemorragia. A las 17:55 horas la Pediatra describe: Ecografía abdominal con probable quiste ovárico hemorrágico. Se avisa a Cirujano de guardia. A las 19:16 horas es valorada por Cirujana, describiendo dolor tipo cólico en todos los cuadrantes y vómitos. No fiebre. Analítica normal. En la Ecografía se identifica masa de probable origen del anejo derecho, de aspecto sólido, heterogénea, con tamaño aproximado de 8 cm, que sobrepasa la línea media, hallazgos en probable relación con quiste ovárico hemorrágico. Mínima cantidad de líquido libre intrapélvico. La radióloga confirma a la cirujana que hay presencia de flujo a nivel del ovario, es decir no hay signos de sufrimiento ovárico. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. A la exploración física el abdomen es blando y depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda generalizada. Importante componente emocional. Se le informa a la madre que si no hay sufrimiento del ovario no está indicada la cirugía de urgencia por lo que procede conducta expectante y tratamiento del dolor. La paciente queda en observación con medidas para el dolor hasta por la mañana, con la indicación de repetir la Ecografía por la mañana o antes, si el dolor sigue con igual entidad. En caso de mejoría, dar el alta en la mañana con control en Cirugía pediátrica en una semana, con nueva Ecografía. A las 19:25 horas, se describe en la historia clínica: tras llegar de la Ecografía, la paciente se muestra muy irritable, refiriendo mucho dolor, pero mostrándose muy nerviosa. Valorada por Cirujano, y ante la presencia de nerviosismo, se le administra placebo de morfina, también por orden médica se le administra tranquilizante (midazolam mg), tras lo cual la niña duerme. La madre también se muestra muy nerviosa y poco colaboradora. A las 22:10 horas se le pauta nolutil intravenoso (IV) porque se ha quejado de dolor. Al examen físico presenta buena apariencia general (BAG), buen color, eupneica (respira sin dificultad). Abdomen blando y depresible, con leve dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se mantiene en observación.

- El día 4 de septiembre de 2014, sobre las 01:21 horas, se le realiza valoración médica debido a que llora y se queja de dolor, que no la deja dormir. Se le administra

tranquilizante midazolam, sin mejoría, por el que se pauta morfina. A las 06:15 presenta llanto inconsolable e intenso dolor abdominal. Al examen físico no quiere colocarse en decúbito supino, siendo la exploración dificultosa. Sí impresiona de dolor abdominal, pero con gran componente emocional. Se trata de tranquilizar y al explorar el abdomen está blando y depresible, sin masas ni organomegalias, doloroso en todos los cuadrantes con predominio en fosa iliaca izquierda, aunque en la Ecografía realizada se describe quiste ovárico de probable origen en anejo derecho. Al incorporarse disminuye el dolor, y al estar sentada se mantiene tranquila. Se le administra analgesia (nolotil intravenoso). A las 07:12 horas vuelve a presentar dolor abdominal, con nueva exploración anodina e importante componente emocional tanto de la paciente como de su madre. Dada la persistencia del cuadro y según las recomendaciones de Cirugía se solicita nueva Ecografía abdominal. A las 08:35 horas se le administra analgesia con cloruro morfínico por importante dolor abdominal. La Ecografía de control realizada muestra masa hiperecogénica de 10x6 cm, que depende del anejo izquierdo (en Eco anterior parecía depender del ovario derecho) y sobrepasa la línea media, no vascularizada (en Eco anterior la masa estaba vascularizada) tras estudio con Doppler, hallazgos en relación con torsión ovárica izquierda. Se visualiza mínima cantidad de líquido libre perihepático e intrapélvico. Anejo derecho (ovario-trompa) y útero se visualizan sin alteraciones patológicas, al igual que el resto del estudio. Ante estos hallazgos no vistos previamente: masa no vascularizada en relación con torsión ovárica izquierda es valorada nuevamente por Cirugía a solicitud razonable, de la facultativa que le asiste. Se decide intervención quirúrgica. Se informa a la madre. Se traslada a quirófano. A las 11:40 horas se describe en hoja quirúrgica: paciente con diagnóstico de abdomen agudo por torsión de ovario izquierdo que entra a quirófano para realización de procedimiento de ooforectomía por Laparoscopia. En la intervención se identifica masa quística hemorrágica ovárica izquierda con torsión de la misma y de la trompa izquierda, realizándose ooforectomía y salpingectomía izquierda (extirpación de ovario y trompa correspondiente, es decir anejos izquierdos), con ultracisión recogida del anejo en bolsa y extracción por el ombligo. Cierre habitual. A las 13:14 horas se describe en historia clínica: hemodinámicamente estable durante todo el procedimiento. Administrados los cuidados perioperatorios, que transcurren sin incidencias pasa a Unidad de Recuperación postanestésica (URPA). A las 13:45 horas llega a URPA. A su llegada está irritable y ansiosa, refiriendo dolor en tórax, que cede cuando se relaja. Monitorizada, mantiene constantes vitales estables. Se informa a la

madre de las normas de la planta. Permanece con analgesia intravenosa, dieta absoluta, y bajo vigilancia de su estado general, dolor, sangrado, micciones. A las 20:00 horas se detalla que, pasa la tarde algo molesta, acompañada de familiar. En la noche se mantiene bien, durmiendo toda la noche.

- El 5 de septiembre de 2014, a las 13:32 horas se detalla que está bastante más animada, deambula, ingiere alimentos. A las 21:09 se describe que, pasa la tarde bien, sin novedad.

- El 6 de septiembre de 2014, a las 11:25 horas se describe en historia clínica: afebril, buen estado general. Realizada cura de heridas derivadas de la laparoscopia practicada, presentan buen aspecto y se dejan al aire. Tras valoración y dada su buena evolución postoperatoria se decide su alta hospitalaria, entregando informe médico a la madre con las recomendaciones sobre curas, analgesia y control evolutivo. El estudio de anatomía patológica del anejo izquierdo evidenció un parénquima ovárico y trompa con extensa hemorragia y presencia de infiltrado inflamatorio (causado por la torsión de dicho anejo).

3. En cuanto a la tramitación procedimental el procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial en la Oficina de Correos, efectuado el día 16 de enero de 2018.

Con fecha 23 de enero de 2018, se solicita la mejora de la reclamación, requiriendo a los interesados diversa documentación. Por lo que fue aportada debidamente el 14 de febrero de 2018.

Por Resolución de 26 de febrero de 2018 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica de la afectada.

El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), por su parte, emite informe de 13 de agosto de 2018.

Con fecha 18 de octubre de 2018, se notifica el acuerdo mediante el que se abre el periodo probatorio.

Con fecha 3 de diciembre de 2018 se notifica correctamente el trámite de vista y audiencia del expediente, que indica a los interesados la posibilidad de formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen procedentes.

4. Finalmente, el 26 de junio de 2019 se emitió la Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

5. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

Particularmente, ha de hacerse constar que, aun cuando la fecha del alta de la menor tras la operación quirúrgica se produjo el 4 de septiembre de 2014, el plazo de prescripción para la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial fue interrumpido por la incoación de diligencias previas penales, seguidas bajo el número de procedimiento 5245/2015 en el Juzgado de Instrucción n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria, en el cual se dictó Auto de sobreseimiento provisional y archivo de 21 de abril de 2016, que fue recurrido en apelación ante la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Las Palmas (rollo de apelación 836/2016), que concluyó mediante Auto desestimatorio de 12 de enero de 2017, que mantiene el sobreseimiento acordado y archivo de la causa penal, notificado el 17 de enero de 2017. Por lo tanto, la reclamación, presentada el 16 de enero de 2018, no es extemporánea.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. En síntesis, el objeto de la reclamación se centra en la deficiente asistencia médica recibida del SCS al no diagnosticar a tiempo el quiste y la torción ovárica de la menor, posteriormente determinada mediante las pruebas médicas oportunas. Lo que supuestamente determinó un retraso en la intervención quirúrgica y consecuente extirpación del ovario.

3. Ciertamente es que del historial clínico de la afectada se desprende que la paciente sufrió una evolución tórpida del quiste ovárico padecido, afección sospechada tras control ecográfico realizado, lo que determinó la realización urgente y vital de una laparoscopia exploradora, que encontró una torsión completa de ovario y trompa izquierda, motivo que justificó la salpingooforectomía izquierda realizada.

4. Sin embargo, el SIP nos explica en su informe que los quistes ováricos (foliculares) pueden producirse en cualquier momento de la vida la mujer, incluso antes de nacer. Los mismos son formaciones que tienen contenido líquido en su interior, que puede ser de varios tipos: sangre, contenido seroso, grasa, etc. Estos quistes, de características benignas son usualmente llamados quistes "funcionales" debido a que pueden aparecer en un corto espacio de tiempo y comúnmente no requieren tratamiento médico específico, ya que la mayoría de veces se reabsorben y desaparecen solos.

Asimismo, nos continúa informando el SIP que, en ocasiones, los quistes de gran tamaño, podrían sufrir una torsión (dan una vuelta sobre si mismos), lo que corta el riego sanguíneo, convirtiéndose en un abdomen agudo, que precisa de cirugía urgente, es por ello que se indica un control evolutivo posterior con estudio de imagen de primera línea, la Ecografía abdominal.

5. No debe olvidarse también, que, de acuerdo con la documental obrante en el expediente, la Sección primera de la Audiencia Provincial, se pronuncia mediante Auto de 12 de enero de 2017, sobre el asunto que nos ocupa, como sigue:

«(...) No queda constancia indiciaria de que por los profesionales actuantes se haya quebrantado el deber de cuidado al que vienen obligados, tanto desde su perspectiva interna o subjetiva, que obliga a advertir la presencia de un peligro cognoscible, como desde la externa u objetiva, que obliga a comportarse externamente de forma que no se generen riesgos no permitidos, o, en su caso, a actuar de modo que se controlen o neutralicen los riesgos no permitidos creados por terceras personas o por factores ajenos al autor, siempre que el deber de garante de éste le obligue a controlar o neutralizar el riesgo ilícito que se ha desencadenado.

Queda claro que la menor es atendida el día 3 de septiembre de 2014 en un centro de salud por un pediatra por presentar un dolor abdominal intenso y vómitos constantes y amarillentos Después de ser examinada y valorar tal profesional la necesidad de su ingreso para estudio de digestivo, es derivada al Hospital Materno Infantil, donde después de ser examinada se le hace una primera ecografía abdominal, luego otra hasta que finalmente se da con el diagnóstico concretándose el mismo en abdomen agudo por torsión del ovario. Es intervenida quirúrgicamente el 4 de septiembre de 2014 a las 9:55 para la extirpación del órgano afectado, siendo dada de alta el 6 de septiembre de ese año a las 11:52 minutos, debido a la buena evolución postoperatoria.

Es de observar que el proceso relatado, (examen por el pediatra en centro médico, derivación al materno infantil ingreso, examen, prácticas de pruebas e intervención quirúrgica), ha transcurrido en un periodo de tiempo no superior a las 24 horas. Ciertamente que el

dolor abdominal que presentaba la menor de 8 años es muy agudo y que le produce un importante malestar y sufrimiento, generando en sus progenitores y en la propia menor un evidente estado de preocupación y nerviosismo. Pero en este caso, no se infiere indicios de que el actuar de los profesionales intervinientes haya sido en modo alguno negligente, más aún, lo que se da entender en el informe forense es que por los mismos se han cumplido con las formalidades y con los protocolos de actuación médica aplicables, sin que se haya observado dejadez ni mala praxis.

No se debe obviar, como bien indica el Ministerio Fiscal, que en el reiterado informe se hace referencia expresa a la baja incidencia de enfermedades como la que mostraba la paciente en menores de esa edad, así como la adecuación de la práctica médica realizada al cuadro sintomático que la niña presentaba. La torsión ovárica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en las niñas y adolescentes. La incidencia es de 4,9 casos por cada 100.000 mujeres menores de 20 años, de las que un 13% son menores de 11 años. Significar que las pruebas complementarias, (ecografía, eco doppler, tomografía computarizada o resonancia magnética abdominal) ayudan a establecer el diagnóstico, pero con frecuencia no son concluyentes, y que la clínica de torsión ovárica es muy inespecífica y muy a menudo puede confundirse con otros procesos abdominales quirúrgicos y no quirúrgicos. Además es de resaltar que, analizado el historial clínico de la menor en cuestión, los procesos de dolor abdominal sufridos por ella, diagnosticados de estreñimiento y de cuadro ético, antes del día 3 de septiembre de 2014, no guardan relación con la patología sufrida y que ahora nos ocupa.

Por tanto, puesta de manifiesto la evidente falta de indicios y la insuficiencia para siquiera vislumbrar una actuación delictiva conectada con la negligencia médica, no cabe más, sin necesidad de practicar más diligencias, (el historial clínico de la menor es detallado y el informe forense es meridianamente claro), que mantener el sobreseimiento acordado y por ende el archivo de las actuaciones. (...)».

6. Por su parte, el Médico Forense tras las investigaciones médicas pertinentes realizadas concluye en su informe que existe una adecuación de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica realizada a la menor en el proceso asistencial referido.

7. A mayor abundamiento, el informe médico preceptivo emitido por la Pediatra que asistió a la paciente en diversas ocasiones, entre otras señala:

«(...) durante ese periodo, tres años, se le realizaron dos ecografías de abdomen en las que lo único que se visualizó fue heces en marco cólico y los órganos sexuales se encontraban dentro de la normalidad. Resumiendo, la niña en todo momento fue atendida y estudiada y no presentó el dolor abdominal en múltiples ocasiones. Por último, decir que las heridas quirúrgicas tuvieron una buena evolución, sin infección ni retraso en la curación. Y en la HC no figura ningún tratamiento psicológico derivado del trauma producido».

8. En definitiva, como tantas veces este Consejo Consultivo de forma reiterada y constante se ha manifestado acerca de la distribución de la carga de la prueba, conforme a lo dispuesto en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante (aquí reclamante) la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos alegados (por todos, Dictamen 567/2018), siendo esta doctrina plenamente aplicable al asunto que nos ocupa.

9. En cuanto a la alegación manifestada sobre el retraso en el diagnóstico debido al sufrimiento padecido por la menor tiempo atrás, se considera que no se ha probado relación alguna entre los distintos episodios de dolor abdominal alegados por los representantes de la afectada y el finalmente tratado mediante intervención quirúrgica, es decir, entre el proceso agudo soportado por el quiste y la torsión ovárica con los procesos de dolor abdominal sufridos con anterioridad. Antes bien, se ha llegado a constatar que cada uno de los episodios sufridos fue diagnosticado y tratado debidamente.

Consecuentemente, en el presente caso se ha llegado a constatar, de acuerdo con la documental clínica de la paciente, que una vez se presentó dolor abdominal agudo la afectada fue adecuadamente atendida, pues se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas en cada momento, de acuerdo con los síntomas que presentaba. Así, recibió el tratamiento médico que precisaba con analgesia y sedante, requiriéndose finalmente una intervención quirúrgica de urgencia, tras la realización de ecografía por el empeoramiento que sufrió y que permitió detectar el quiste ovárico que requirió finalmente de dicha intervención.

Por las razones expuestas, de acuerdo con los informes del SIP y del médico forense, así como con el propio Auto emanado de la Audiencia Provincial, se considera que el SCS actuó en todo instante conforme a la mejor práctica médica, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, pues se aplicaron los conocimientos científicos y médicos existentes que determinaron el diagnóstico preciso, y, asimismo, se realizaron las pruebas complementarias, tratamientos, información y medidas adoptadas, de forma adecuada en atención a la situación de la paciente en cada momento.

10. Con todo, no habiéndose acreditado el nexo causal requerido por los interesados, a los que les corresponde soportar la carga de la prueba, observándose por el contrario un funcionamiento del SCS conforme a la *lex artis ad hoc*, se considera que la reclamación ha de ser desestimada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho.