



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de enero de 2022.

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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 613/2021 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 10 de diciembre de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 13 de diciembre de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 319.556,31 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está 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.

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, (...), pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, este caso, actúa mediante la representación, debidamente acreditada, de (...) (art. 5.3 LPACAP).

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 25 de febrero de 2019 (si bien, por error, en el sello del Registro de entrada de la Agencia Tributaria Canaria consta el año 2018, constando asiento de entrada en el Informe de Minutas del Registro General del Gobierno de Canarias de 25 de febrero de 2019), respecto de un daño cuyo alcance ha quedado determinado al alta hospitalaria del 15 de agosto de 2018.

II

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

«PRIMERA.- Mi mandante acude a su médico de cabecera en el centro de Vecindario por fuertes dolores en la zona pélvica. Es por ello que el profesional la deriva, en el pasado mes de septiembre de 2016, por dolor en la zona pélvica a la consulta de la ginecóloga en el CAE de Vecindario. Por este dolor le realizan una ECO TV detectando una tumoración.

Con posterioridad se le realiza la prueba médica TAC Abdomino - pélvico en Hospital Universitario Insular Materno Infantil en fecha 5 de mayo de 2017 dictaminando la existencia de una masa muscular compatible con teratoma con las siguientes medidas 75 x 37 x 35 mm.

La facultativa (...) reconoce que la paciente cuenta con una tumoración adyacente a OD pero sin depender de él, por lo que consideró que las molestias que sufría eran propias de una dolencia en el aparato digestivo remitiéndole a éste. El profesional mencionado solicita la prueba Ecografía específica de tumoración al Hospital Universitario Insular Materno Infantil la cual se la desestiman y la justificación que le dan para ello es que por el tipo de patología había que solicitarla al materno. Es por ello que es necesario realizar una nueva petición.

En fecha 18 de julio de 2017 acude a la realización de la ecografía al Hospital Universitario Insular Materno Infantil, remitida por Digestivo el cual le realizaba el seguimiento por enfermedad celiaca, por tumoración en porción derecha de pelvis dx por TAC como compatible con tumor germinal probable teratoma. En la ecografía realizada en la fecha mencionada se objetiva adyacente a ovario derecho sin poder discernir si depende de él y se observa las mismas características y tamaño que el TAC realizado en fecha 5 de mayo de 2017.

Con el resultado de la prueba anteriormente descrita, los profesionales médicos deciden que lo propio, puesto que consideraron que se trataba de un mioma interligamentario, era llevar un control cada tres meses para controlar el tamaño del mismo, derivándola nuevamente al CAE de Vecindario. El mismo era valorado por la misma profesional (...) ginecóloga. La valoración del crecimiento se realizaba a través de la realización de una ecografía. Como se puede observar, los profesionales en ningún momento realizaron ninguna otra prueba complementaria que esclareciera si la masa del bulto era efectivamente un Mioma.

En fecha 24 de agosto de 2017, mi mandante nuevamente acude al control rutinario en el CAE de vecindario y a través de la ecografía transvaginal se detecta la formación con las siguientes medidas: alargada de 70x26x36 mm con una parte sólida mayormente y una parte anecoica en borde interno y parte sólida redondeada la cual mide 41x28x36 mm de contenido heterogéneo con pedículo vascular.

En el siguiente control en el mes de noviembre, la ecografía realizada no desprende la presencia de la tumoración a pesar de que mi mandante contaba con una medida de su contorno en la zona pélvica poco habitual no encontrándose embarazada. A pesar de que una masa de tal grosor como indicaba la anterior ecografía fuera difícil de absorber por el cuerpo, ante la duda, no se realiza ninguna otra prueba médica que confirmara de manera fehaciente que el bulto había desaparecido a pesar de las peticiones insistentes por parte de mi mandante de que le realizaran una nueva prueba que esclareciera su situación. Ella se

encontraba preocupada precisamente por el incipiente contorno de su abdomen que desprendía a simple vista un estado gestacional.

En fecha 3 de mayo de 2018 acude por fuerte dolor abdominal al servicio de urgencia de Hospital Universitario Insular Materno Infantil. Se realiza Eco TV por las doctoras (...) y (...). Con la prueba se puede apreciar cómo el supuesto mioma había crecido considerablemente, se aprecia en la zona media derecha del útero gran tumoración que escapa a la sonda vaginal y que con la sonda vaginal mide 134* 100* 122*mm. La exploración física es realizada por las Doctoras (...) y (...). En la misma aprecian al palpo que el útero ha aumentado de tamaño como de 22 semanas. Además, se le realiza en análisis clínico.

Recomiendan ambas llevar a cabo una operación quirúrgica.

En fecha 4 de mayo de 2018 se solicita análisis al Hospital Materno Universitario y el motivo de la misma era la tumoración anexial gigante en paciente.

El día 9 de mayo de 2018, mi mandante acude al Servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular Materno Infantil con dolor abdominal moderado, se le receta diferentes medicamentos para el dolor y se le recomienda volver al hospital si aumenta el dolor.

En fecha 21 de mayo de 2018 se le realiza la prueba TC de tórax/abdomen/pelvis con contraste. En el mismo se aprecia masa ovárica derecha con criterio de malignidad y presencia de carcinomatosis peritoneal. Además, se recoge la voluminosa masa pélvica de mi mandante con las siguientes medidas: 26x24x12 cm de diámetro cc x tr x ap múltiples tabiques en su interior identificado con polo sólido 40 x 10 x 14 con calcificaciones periféricas de 62 x 37 mm.

En fecha 11 de junio mi mandante ingresa para poder intervenirle. Al día siguiente, día 12 de junio de 2018 fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital Universitario Insular Materno Infantil por el equipo de (...), (...) y el cirujano ayudante (...).

SEGUNDO.- Como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria descrita la paciente es ingresada por segunda vez en Hospital Universitario Insular Materno Infantil en fecha 8 de agosto de 2018, recibiendo el alta en fecha 15 de agosto de 2018.

Tras la primera operación el estado de mi mandante era preocupante. Padeció un postoperatorio caracterizado por vómitos, febrícula y molestias abdominales por lo que se le practicó nueva intervención quirúrgica en fecha 9 de agosto de 2018 consistente en cirugía citorreductora más esplenectomía con hipec con mitomicina llevado a cabo por el equipo del doctor (...) y como ayudantes del cirujano las doctoras (...) y (...) así como el doctor (...). En la operación se hallaron múltiples implantes peritoneales milimétricos por toda la cavidad en estado de enfermedad avanzada. Implantes subdiafragmáticos derechos, en todo el ligamento hepatoduodenal y espacio de morrison. Implantes de Subdiafragmáticos izquierdos en cola de páncreas y en hilio esplénico. Implantes en parietocólico derecho y en FID

perivácula ileocecal. Implantes en pelvis en menor cuantía. Implantes milimétricos en yeyuno e íleon distal, así como en sigma y en unión recto-sigmoidea.

Tras la operación mi mandante vuelve nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular Materno Infantil con fuerte dolor abdominal además de por haber estado vomitando de manera frecuente.

Además, mi mandante estuvo hospitalizada un total de 17 días, repartidos en 9 días de hospitalización debido a la primera intervención de fecha 11 de junio de 2017 hasta la fecha de alta produciéndose ésta en fecha 19 de junio de 2018 y 8 días de hospitalización en la segunda operación desde la fecha 8 de agosto de 2018 hasta 15 de agosto de 2018.

Asimismo, mi mandante ha sufrido un importante daño moral derivado del prolongado periodo en que padeció las molestias y la incertidumbre derivada de la impredecible presencia de un cuerpo extraño en su abdomen, así como el riesgo que derivaba de tal situación. Cabe añadir que mi mandante contaba con presencia de embarazo como una mujer en estado de ocho meses en tanto en cuanto el bulto llegó a medir las siguientes medidas 26x24x12 cm de diámetro. Además (...) quería volver a ser madre y es por ello que la imagen de su incipiente barriga le atormenta y le causa angustia. Además, es obvio que tras la operación sufrida ha quedado incapacitada para volver a engendrar».

Como consecuencia de todo ello se solicita una indemnización que se cuantifica, en trámite de subsanación, en 319.556,31 euros.

III

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

Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 29 de marzo de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a subsanar la reclamación. De ello recibe notificación la reclamante el 22 de mayo de 2019, viniendo el 29 de mayo de 2019 a subsanar su reclamación.

- Por Resolución de 1 de julio de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, que le es notificada el 10 de julio de 2019.

- El 2 de julio de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite el 18 de diciembre de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna [Copia de la Historia Clínica custodiada en los archivos del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias (CHUIMI) e informe emitido por el Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, el 18 de agosto de 2020].

- El 16 de septiembre de 2020 mediante oficio del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 5 de Las Palmas de Gran Canaria, se solicita a la Administración la remisión del expediente, al haberse iniciado procedimiento ordinario n.º 209/2020, tras presentarse recurso contencioso-administrativo por desestimación presunta por parte de la reclamante.

- Mediante Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, de 14 de octubre de 2020, se ordena la remisión del expediente al Juzgado, remitiéndose, posteriormente cada una de las actuaciones, sin que conste que se haya resuelto el procedimiento judicial, por lo que la Administración está obligada a resolver, sin perjuicio de la resolución en sede judicial.

- El 1 de julio de 2021 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, así como se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, abriendo periodo probatorio a fin de que se aporte por la interesada la prueba pericial del Dr. (...), especialista en daño corporal, anunciada en su reclamación. De ello recibe notificación la interesada el 8 de julio de 2021 sin que se aporte el referido informe pericial.

- El 14 de octubre de 2021 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que es notificada la reclamante el 20 de octubre de 2021, sin que se conste presentación de alegaciones.

- El 20 de noviembre de 2021 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, y en igual sentido Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 1 de diciembre de 2021, emitiéndose Propuesta de Resolución definitiva el 3 de diciembre de 2021, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, como se analizará, la pretensión de la reclamante, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP, que a su vez recoge lo informado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI en su integridad.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

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

3. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en cada momento.

En su reclamación, la interesada considera que se ha producido infracción de la *lex artis*, por entender que no se realizaron las pruebas médicas precisas, más allá de ecografías, para detectar en cada momento el alcance de sus padecimientos, lo que deriva en se hayan sufrido los daños por los que se reclama:

«un importante daño moral derivado del prolongado periodo en que padeció las molestias y la incertidumbre derivada de la impredecible presencia de un cuerpo extraño en su abdomen, así como el riesgo que derivaba de tal situación. Cabe añadir que mi mandante contaba con presencia de embarazo como una mujer en estado de ocho meses en tanto en cuanto el bulto llegó a medir las siguientes medidas 26x24x12 cm de diámetro. Además (...) quería volver a ser madre y es por ello que la imagen de su incipiente barriga le atormenta y le causa angustia. Además es obvio que tras la operación sufrida ha quedado incapacitada para volver a engendrar».

Como se deriva del informe del SIP, la reclamante fue diagnosticada de pseudomyxoma peritoneal. Antes de analizar la asistencia prestada a la paciente, es preciso explicar en qué consiste dicha patología, señalando al efecto el SIP:

«En la actualidad se entiende como pseudomixoma peritoneal la enfermedad caracterizada por la presencia de sustancia mucinosa libre en la cavidad abdominal, asociada a una tumoración mucinosa primaria e implantes en peritoneo y el epiplón de epitelio columnar productores de mucina.

Las zonas intraabdominales más comprometidas, además del apéndice y ovarios, son peritoneo diafragmático derecho, espacio retrohepático, correderas parietocólicas, espacio pélvico y epiplón, evitando las asas intestinales.1

La presentación del pseudomixoma peritoneal es variable e inesperada, y el diagnóstico se hace durante la laparotomía y posterior estudio anatomopatológico. El diagnóstico preoperatorio con frecuencia es de apendicitis aguda, tumores ováricos, masas inguinales o de pared abdominal con sintomatología poco específica (dolor y/o vómitos).

La clínica inicial suele ser insidiosa e inespecífica, destacando sobre todo la distensión abdominal progresiva, generalmente con escasa repercusión sistémica.

Se trata de tumores poco frecuentes y de tratamiento complejo que requieren una valoración diagnóstico -terapéutica multidisciplinar -como ha ocurrido en el presente caso-».

Por tanto, el proceso padecido por la reclamante se trata de tumores poco frecuentes y de tratamiento complejo.

Pues bien, es preciso responder a cada una de las cuestiones planteadas por la reclamante a lo largo de este procedimiento, sobre la base de la patología diagnosticada.

1) En primer lugar, y respecto de lo alegado por ella en cuanto a que «debido a una incorrecta actuación del servicio sanitario y un mal estado después de la primera cirugía tuvo que ser sometida a una segunda intervención quirúrgica», explica el SIP que ambas intervenciones quirúrgicas eran precisas, en todo caso:

“la primera intervención se programa ante la sospecha dada por las pruebas complementarias de tumoración centro pélvica sospechosa de malignidad, posiblemente carcinoma de ovario. Durante la intervención se realiza análisis anatomopatológico intraoperatorio que confirma: Carcinoma de tipo mucoso con probable origen en el apéndice. Esto es, conforme a lo expuesto, que la afectación lesión mucinosa primaria dependía del apéndice en este caso. Los hallazgos intraoperatorios obligaron a la práctica de histerectomía + anexectomía bilateral + omentectomía + apendicectomía de forma reglada, es decir siguiendo los protocolos».

Y es que, como señala en su informe el Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, «El principal diagnóstico diferencial del pseudomixoma de origen apendicular ha de hacerse con las tumoraciones ováricas, por su vecindad anatómica y porque comparten síntomas de presentación, siendo los más frecuentes el dolor y la distensión abdominal».

Recordemos así que el diagnóstico se hace durante la laparotomía y posterior estudio anatomopatológico:

«fueron los hallazgos de esta primera intervención y el resultado anatomopatológico de las piezas extraídas, que correspondió a pseudomixoma peritoneal, lo que condicionó la necesidad de la segunda intervención cirugía citorreductora y quimioterapia hipertérmica intraabdominal (HIPEC) con Mitomicina, siendo la mejor opción terapéutica. De esta forma se realizó cirugía citorreductora + esplenectomía + colecistectomía + HIPEC con Mitomicina y posterior seguimiento por Oncología Médica».

En conclusión, las dos cirugías practicadas fueron precisas a la vista de las pruebas diagnósticas, los hallazgos de la primera cirugía y la propia naturaleza del proceso padecido por la reclamante.

2) En segundo lugar, en cuanto a las pruebas realizadas y su seguimiento, igualmente cabe considerar que este último fue correcto y adecuado a las manifestaciones clínicas presentadas en cada momento, realizándose un seguimiento multidisciplinar, como exige la patología sufrida por la reclamante.

Al respecto explica el SIP que es la prueba diagnóstica realizada en fecha 4 de mayo de 2018, ecografía especializada la que permitió sospechar malignidad de tumoración anexial derecha, que había sido preventivamente realizada el 3 de agosto de 2017.

Sin embargo, en aquel momento aún arrojaba datos de proceso benigno.

De hecho, coincidiendo con la solicitud de la prueba, el 3 de mayo, encontramos la primera manifestación clínica de aumento del diámetro o distensión abdominal.

Tal es así que la propia paciente en la valoración en esa fecha habla de «*unos días de evolución*» y en fecha 8 de junio de 2018 en el CHUIMI manifiesta distensión de «*un mes de evolución*».

Hasta este momento, tal y como se deriva de la historia clínica, y explica también el SIP, nos encontramos con las siguientes actuaciones:

- En la primera consulta al Servicio de Ginecología, 14 de junio de 2016, se realiza ecografía TV que objetiva ovario derecho normal y en espacio de Douglas formación quística de 59x33x23 de contenido heterogéneo, no líquido libre, la formación parece depender de origen intestinal.

Estos datos son congruentes con la ausencia de cáncer de ovario original y de formación dependiente de origen intestinal. Esta información coincide con los resultados posteriores que orientan a un origen apendicular.

Por ello la paciente es derivada al Servicio de Digestivo, donde es valorada el 21 de julio de 2016, sin perjuicio de la continuidad del control a los 3 meses en el Servicio de OG.

Explica en informe del Servicio de Ginecología, en contra de la afirmación realizada por la reclamante en cuanto a que «*la ecografía TV realiza en septiembre de 2016 se detecta un tumor y en mayo de 2017 en TC hallazgos sugestivos de teratoma*», que en la ecografía vaginal realiza en el Servicio de Ginecología el 14 de

junio de 2016 se objetiva no una tumoración sino una formación quística de contenido heterogéneo que ya parecía depender de origen abdominal. De ahí su correcta remisión al Servicio de Digestivo.

- Por su parte el Servicio de Digestivo, el 21 de julio de 2016, valora a la paciente y solicita TAC abdominal a fin de valorar la imagen descrita en ecografía (por sospecha, pero no objetivación de tumoración de origen abdominal). Que se realiza el 29 de mayo de 2017 y valora por el Servicio de Digestivo el 12 de julio de 2017: adyacente a ovario derecho pero sin aparente dependencia del mismo, se identifica una masa de morfología tubular de 75x37x35 mm de estructura heterogénea predominantemente quística. Hallazgos sugestivos de tumor germinal, probable teratoma por lo que se remite nuevamente al Servicio de OG.

Ha de decirse que, previo a la realización del TAC fue valorada, nuevamente, en el Servicio de Ginecología, 19 de septiembre de 2016, a los 3 meses de la primera consulta. Se comprueba solicitud de prueba por el Servicio de Digestivo, lo que, unido a la imagen de tumoración de origen intestinal, llevó al alta en el Servicio de Ginecología, si bien, tras los hallazgos encontrados por el Servicio de Digestivo, como vimos, fue remitida de nuevo a Ginecología.

Al respecto, explica el SIP:

«Los teratomas de ovario constituyen el tipo de tumor más frecuente entre los que no son de origen epitelial, y aunque su incidencia es mucho más baja (un 10%) representan más de 95% de todos los tumores de ovario de origen germinal. La mayoría se descubren de forma fortuita, durante una revisión ginecológica rutinaria, ya que a menudo no provocan síntomas. A veces se acompañan de dolor abdominal o pélvico, pero este síntoma solo se presenta en un 30% de los casos.

Los teratomas en la mayoría de los casos se mantienen estables en el tiempo y por ello un control ecográfico continuado puede ser una buena opción para controlar su evolución. Además, en el presente caso este tumor no fue confirmado en estudios posteriores ni en el estudio anatomopatológico tras la intervención».

Importa aclarar en este momento como hace el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, respecto de la afirmación de la reclamante de que por el Servicio de OG se solicitó una ecografía específica que fue rechazada, lo siguiente:

«Realizado el TAC el 5 de mayo de 2017 con imagen a sugestiva de teratoma tras la valoración en el Servicio de Digestivo, 12 de julio de 2017 es remitida al Servicio de Ginecología con cita el 18 de julio de 2017.

Hasta este momento se había realizado ecografía vaginal con resultado de formación quística de origen intestinal y TAC que objetiva imagen compatible con teratoma. Por lo que desde el Servicio de Ginecología, 18 de julio de 2017, se solicitó para un diagnóstico más fidedigno estudio ecográfico pélvico especializado en centro hospitalario, prueba que se realizó el 3 de agosto de 2017, 15 días después de su solicitud.

Por tanto la prueba solicitada en la consulta de 18 de julio de 2017 no fue rechazada como afirma la reclamante.

De haberse tratado de un teratoma, imagen sugerida en el estudio TAC, la tumoración hubiera sido dependiente de ovario. Sin embargo se ha comprobado en la evolución del cuadro presentado por la reclamante que no se trataba de teratoma, con lo cual el estudio pélvico indicado el 18 de julio fue correcto».

- En ecografía pélvica especializada realizada el 3 de agosto de 2017, es decir el mismo tipo de prueba diagnóstica que con posterioridad orientó a la sospecha de proceso maligno, en ese momento se consignó: Ambos ovarios normales (en congruencia con la ecografía TV de junio de 2016, con el TAC que apreciaba teratoma adyacente al ovario derecho pero sin dependencia del mismo). Adyacente al ovario derecho y por debajo del mismo se objetiva formación alargada de 70x28x36 mm independiente del ovario derecho y del útero. Diagnóstico probable: degeneración hialina de mioma interligamentario.

Pues bien, la actuación del Servicio de OG ante este diagnóstico fue la marcada por los protocolos de atención a miomas.

En este sentido, responde el informe del Servicio de OG a la reclamante en relación con que «*Afirma la reclamante que realizó control cada tres meses ante mioma intraligamentario sin realizarse otra prueba complementaria para esclarecer si la masa era mioma*».

Y es que, explica aquel informe que la ecografía pélvica especializada orientó a mioma intraligamentario tomándose como decisión, correcta ante este diagnóstico, control cada 3 meses.

Y es que "los miomas no precisan para su confirmación una "herramienta superior en capacidad a la ecografía" se corresponde con esta afirmación los protocolos de la SEGO y del propio Servicio. "La prueba diagnóstica recomendada para el diagnóstico y seguimiento de los leiomiomas es la ecografía". Esta prueba le fue practicada a la paciente. La RM no se considera prueba diagnóstica de primera elección para los miomas.

Queda reservada a ampliación del estudio en casos especiales como, por ejemplo, cuando se quiere identificar de forma exacta su localización previa a la cirugía en mujeres con deseo genésico.

Siguiendo los controles, informa el Servicio de OG, si se compara la ecografía de 12 de junio de 2016 realizada en CAE Vecindario con la realizada el 3 de agosto de 2017 (un año después) en el CHUIMI "los hallazgos no muestran cambios en tamaño ni en morfología" de lo que deriva que la actitud expectante fue correcta.

Se añade que la paciente se mantuvo asintomática. Incluso en la valoración por el Servicio de Digestivo en relación a su patología celíaca, la sintomatología atribuible a la misma (dolor y distensión abdominal) había mejorado con los cambios realizados en la dieta.

Refuta además el informe del Servicio de OG la alegación vertida por la reclamante en relación con que «en la ecografía realizada en noviembre de 2017 se desprende ausencia de la tumoración»:

«Frente a esta afirmación aunque estaba asintomática, se realizó ecografía TV en CAE en la que se objetiva que la tumoración no había cambiado ni en tamaño ni en las características y ausencia de líquido ascítico.

Por lo que no sería correcta la afirmación "con ausencia del bulto no se realizó ninguna otra prueba".

En esa visita no hay constancia de que, como afirma la reclamante, se aludiese a aumento del contorno en la zona pélvica. Además, informa el Servicio de Ginecología que "una tumoración de 7 cm de diámetro máximo, sin líquido ascítico acompañante no produce un incremento del perímetro abdominal"».

- El 3 de mayo de 2018, acudió por dolor abdominal acompañando, primera referencia, de distensión abdominal al Servicio de Urgencia. Se palpa masa pélvica de tamaño como gestación de 22 semanas por lo que se solicita ecografía especializada que es realizada al siguiente día, 4 de mayo de 2018. En esa fecha se objetiva dependiente de ovario derecho: tumoración de 210x120x140 mm. tumoración anexial derecha con sospecha ecográfica de malignidad, sugestivo de tumor borderline.

Se remite a la Unidad de Oncoginecología, se solicita TAC abdominal y marcadores tumorales para ampliar estudio.

El 8 de junio de 2018 se decide practicar cirugía de forma preferente por sospecha de neoplasia maligna, tumoración anexial sospechosa de malignidad. Ya hemos explicado la necesidad de esta intervención, y que solo a través de ella pudo realizarse el diagnóstico que orientaba a la segunda. Por ello, ambas eran precisas.

El 12 de junio de 2018, primera intervención, se realiza anexectomía derecha y se envía a análisis anatomopatológico intraoperatorio que confirma: Carcinoma de

tipo mucoso con probable origen en el apéndice. Se completa la cirugía con histerectomía, + anexectomía contralateral + omentectomía + apendicectomía de forma reglada y sin incidencias. El estudio anatomopatológico informó de pseudomixoma peritoneal.

En el DCI firmado para esta intervención entre otros se incluye que según los hallazgos se decidirá el tipo de intervención: Observación, toma de tejido, extirpación de aparato genital y/o cadenas ganglionares pélvica y/o paraaórticas y/u otras estructuras abdominales (epíplon, apéndice, peritoneo, etc.), cirugía ampliada al aparato digestivo y/o urinario, cirugía citorreductora.

Además de, entre los riesgos indicados, se hace constar: histerectomía, no posibilidad de tener más hijos, extirpación de ambos ovarios y trompas, esterilidad.

Obtenido el diagnóstico AP y llevado a comité de tumores se decide cirugía citorreductora y quimioterapia hipertérmica intraabdominal (HIPEC) con Mitomicina.

Por otra parte, explica el informe del Servicio de OG:

«El postoperatorio de la primera intervención fue normal con alta el 17 de junio, tan solo 5 días después de la intervención, por buena evolución.»

Los síntomas padecidos en la estancia hospitalaria como referidos por la reclamante vómitos y molestias abdominales son inherentes a un posoperatorio de cirugía abdominal del calibre de la efectuada. Tampoco se registró fiebre.

De esta forma la buena evolución poscirugía permitió la realización de la segunda intervención más agresiva al añadir el tratamiento HIPEC.

*En consecuencia las afirmaciones realizadas por la interesada para argumentar el incumplimiento de la *lex artis* reclamada, han sido rebatidas sobre la base de los datos contenidos en la historia clínica, acreditando su corrección conforme a los protocolos vigentes».*

Por todo lo expuesto, así, pues, se observa que en cada momento se realizaron las pruebas diagnósticas y actuaciones terapéuticas indicadas según la sintomatología presentada y los resultados de las pruebas realizadas, siendo conforme a la *lex artis* la actuación sanitaria en todo momento.

4. Finalmente, analizado el funcionamiento del Servicio, procede pronunciarse sobre los eventuales daños alegados. Y es que, tal y como se deriva de los informes incorporados al expediente, no se ha producido daño alguno como consecuencia del proceso asistencial.

En tal sentido, explica el informe del Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, en relación con el alegado daño moral derivado del tiempo de incertidumbre de la presencia de cuerpo extraño en el abdomen y posterior incapacidad para procrear aludido por la reclamante.

1.- *«Con respecto al daño moral que implica el perder la capacidad reproductora es importante señalar que el tratamiento de la neoplasia maligna de ovario, así como del pseudomixoma apendicular de alto grado implican una cirugía citorreductora, estando la supervivencia de la enfermedad condicionada por el éxito de dicha cirugía. En estos casos no existe la posibilidad de conservación del útero ni los ovarios pues se debe actuar priorizando los criterios oncológicos, que aseguren la supervivencia. No cabe en ningún caso con (...) ni bajo la primera sospecha diagnóstica (ca ovario) ni ante un pseudomixoma apendicular de alto grado la posibilidad de plantear la conservación de la función reproductora.*

Por tanto la cirugía requerida tanto en el caso de que se hubiese tratado de ca ovario como del proceso padecido pseudomixoma apendicular lleva implícita la pérdida de la capacidad reproductora ligada por tanto al proceso padecido y a su tratamiento y no al tiempo en establecer el diagnóstico».

De hecho, en todo caso, consta en la historia clínica, respecto de la primera intervención quirúrgica, de 12 de junio de 2018, en la que se realiza anexectomía derecha y se envía a análisis anatomopatológico intraoperatorio, DCI en el que, como ya se ha expuesto, no solo consta que *«según los hallazgos se decidirá el tipo de intervención: Observación, toma de tejido, extirpación de aparato genital y/o cadenas ganglionares pélvica y/o paraaórticas y/u otras estructuras abdominales (epíplon, apéndice, peritoneo, etc.), cirugía ampliada al aparato digestivo y/o urinario, cirugía citorreductora»*, lo que determina que la segunda intervención quirúrgica estaría debidamente consentida, sino, en lo que a los daños morales por pérdida de capacidad reproductora afecta, además, consta debidamente aceptado por la paciente:

“Entre los riesgos: histerectomía, no posibilidad de tener más hijos, extirpación de ambos ovarios y trompas, esterilidad”.

2.- *En cuanto al tiempo transcurrido hasta la intervención, señala el informe referido que “estuvo condicionado por los hallazgos en las pruebas complementarias y las sintomatología clínica”. Y añade: “Los tiempos de respuesta en los procesos diagnósticos y terapéuticos han sido extremadamente rápidos y acordes a lo recomendado en las guías clínicas”.*

Por ello, el daño alegado no guarda relación causal con el funcionamiento del servicio, que ha sido conforme a la *lex artis* en todo momento.

5. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 LRJSP, 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, tal como establece 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.

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 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).

Pues bien, en este caso, la reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Más allá de cuanto llevamos expuesto hasta ahora en los apartados precedentes, tampoco cabe dejar de señalar que la reclamante no ha aportado prueba alguna que permita relacionar los daños por los que se reclama con el funcionamiento de la Administración, pues, incluso a pesar de anunciar en su reclamación la presentación de informe pericial, y tras conferirse plazo a tal efecto en trámite probatorio, no se aporta aquel documento ni ningún otro que permita sostener la responsabilidad de la Administración por los daños por los que se reclama.

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

C O N C L U S I Ó N

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