Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 778/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 12 de diciembre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 17 de diciembre de 2024), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar si se ajusta a Derecho 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.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización pretendida (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración autonómica ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.gr.*, Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril, 493/2021, de 14 de octubre o 223/2023, de 18 de mayo).

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

Por tanto, ello determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según lo establecido en 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 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 (en adelante, LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen y si bien no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la citada Ley 5/2002, mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

"e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros".

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Además, actúa debidamente representada mediante abogado -(...)- (art. 5 LPACAP).

4.2. 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.

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 16 de enero de 2023 respecto de una actuación médica de la que causó alta el 8 de abril de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. 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, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- El pasado día 7 de enero de 2022, la dicente acude al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil, por sentir un agudo dolor abdominal, náuseas y vómitos y padecer fiebre, síntomas que se recogen en el informe de asistencia en el citado Centro Hospitalario con el siguiente tenor literal "refiere que desde el día 5 está febril con náuseas y emesis los cuales progresan a inchoersible concomitante con dolor abdominal difuso de predominio hipogastrio" (según informe de urgencias del Centro Hospitalario).

Tras la oportuna exploración se emite el siguiente diagnostico "DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Quiste Ovárico Roto con Hemoperitoneo de Moderada cuantía", y se decide por los facultativos actuantes "EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Dado a los hallazgos al examen físico de la Pacte a la PC se conversa con Ginecología Materno Dra. (...) quien acepta traslado. pacte hemodinamicamente estable se canaliza traslado con 112 y se le explica a la pacte la patología".

(...)

SEGUNDO. - A raíz de lo expuesto en el correlativo que antecede, la paciente es trasladada al Servicio de Urgencias Gine y Obstetricia, en el cual, y tras la oportuna exploración, se emite el siguiente diagnostico "DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Dolor abdominal inespecífico" y se establece lo siguiente "se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, sin embargo, no se observan cambios inflamatorios pericecales ni adyacentes a la válula ileocecal, sin signos indirectos de apendicitis aguda"

(...)

En el informe de Alta del Servicio de Ginecología y Obstetricia, que se adjunta como Documente CUATRO, se recoge lo siguiente

"MOTIVO DE INGRESO: Abdomen agudo TIPO DE INGRESO: Urgente.

(...)

"HISTORIA ACTUAL: Paciente de 20 años que acude hoy a urgencias del H Insular por dolor abdominal cólico en hipogastrio durante el día de hoy acompañado de picos febriles náuseas y vómitos En Hinsular se realiza Analítica: 7500 leucocitos; Hb 13; Plaquetas 111.000: Coag aterada 1Q 57 %. BLR 4 a expensas de la indirecta Procalcitonina 30; PCR 45. Dado signos de infección se extraen hemocultivos en H Insular y se administra una dosis de Ertapenem TAC: Se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste IV en fase venosa desde las cúpulas diafragmáticas hasta la sinfisis del pubis. Impresión diagnóstica: Moderada cuantía de hemoperitoneo en pelvis con aumento de tamaño del ovario derecho, probable ruptura

quiste hemorrágico, se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, aunque sin signos indirectos de apendicitis aguda. Hallazgos radiológicos: Moderada cuantía de líquido libre en pelvis de alta densidad, con contenido hemático, con lateralización del útero hacia la derecha y aumento de tamaño del ovario derecho, a valora probable ruptura de quiste hemorrágico, se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, Sin embargo, no se observan cambios inflamatorios pericecales ni adyacentes a la válvula ileococa, sin signos indirectos de apendicitis aguda Se envía a la paciente con sospecha de folículo hemorrágico roto

*** Dado que la paciente llega inestable con iritación peritoneal y con signos de sepsis se decide cirugía urgente"*

TERCERO. - A raíz de lo expuesto en los correlativos que anteceden, la paciente es intervenida quirúrgicamente de urgencias con el siguiente protocolo

"PROTOCOLO QX: Se inicia primer tiempo laparoscópico. Posteriormente se completa la cirugía con laparotomia mini supra e infraumnilical. Se objetiva peritonitis purulenta generalizada en todos los cuadrantes, con un riñón izquierdo ectópico en fosa iliaca izquierda. trompa derecha edematosa pero de aspecto no patológico y trompa izquierda rudimentaria. Hemiútero. Apéndice vermiforme flemonoso. Durante las maniobras de exploración se objetiva tras la digitopresión salida de contenido purulento por trompa derecha. Se colocan dos drenajes intraabdominales (Blake n°19, I. en pelvis y parietocólico derecho e izquierdo en fondo de D. y parietocolico izquierdo)".

La paciente es dada de alta del presente proceso clínico el día 16 de enero de 2022.

(...)

CUARTO.- Esta parte entiende que lo expuesto en los correlativos que anteceden, es consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria, toda vez que a pesar de haber acudido la paciente con los síntomas descritos y haber expuesto, en varias ocasiones, cuál era su estado y las dolencias que presentaba, en el servicio de urgencias, lo cual es de ver en los informes médicos que se adjuntan, a la misma no se le practicó, de inicio y pese a los síntomas que describía, prueba complementaria alguna, lo cual derivó en una intervención quirúrgica de urgencias que en nada tuvo que ver con el primer diagnóstico determinado en el servicio de urgencias, y que fue quiste "DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Quiste Ovárico Roto con Hemoperitoneo de Moderada cuantía".

Considera esta parte que la actuación médica dispensada a la paciente fue negligente por la demora en el diagnóstico de la patología de la misma y entiende que existían criterios clínicos suficientes para solicitar la intervención de otros especialistas o bien para la realización de pruebas urgentes, entendiendo esta parte que se omitió por los facultativos del Servicio de Urgencias que atendieron a la paciente, el deber objetivo de cuidado.

Entiende, asimismo, esta parte que se produjo un retraso en el diagnóstico de la paciente, pues transcurren cuatro días desde la primera visita al Servicio de Urgencias hasta que se deriva a la misma a Cirugía, cuatro días en los que la paciente muestra los mismos síntomas cada vez que es explorada; provocando dicho retraso un aumento del riesgo de complicaciones y posteriores secuelas, puesto que, para esta parte, si la paciente hubiera recibido las atenciones necesarias para combatir las complicaciones, no hubiese presentado un cuadro tan grave como el que presentaba a la hora de ser intervenida quirúrgicamente.

A juicio de esta parte, se realizó una exploración clínica incompleta ya que se debieron solicitar pruebas complementarias y pedir interconsultas con especialistas, provocando todo ello una serie de complicaciones clínicas que derivaron en escueles tanto física como psíquicas para la paciente, así como en daños personales y laborales de muy difícil reparación.

Entiende, en fin, esta parte, que por los facultativos que atendieron a la paciente, no se actuó con la precaución suficiente, puesto que en ningún momento se le practicó prueba médica alguna que descartara el origen real de los síntomas que venía padeciendo, manteniéndose durante dos días el diagnóstico erróneo de "Quiste Ovárico Roto con Hemoperitoneo de Moderada cuantía" y que al final, tal como se recoge en el Informe emitido por la Doctora de Atención Primaria del Centro de Salud de Jinámar, (...) Centro: JINAMAR, C.S. CIAS: 1201190113W Colegiado: 3535080413, tuvo un diagnóstico final de "Paciente que ha sido intervenida de urgencias por peritonitis aguda" (...) .

Para esta parte no existe duda alguna sobre la relación de causalidad entre la conducta de los facultativos que atendieron a la paciente y las secuelas físicas y psíquicas y los daños personales y laborales causados a la misma, lo cual constituye una negligencia médica cometida por parte de la administración de salud, negligencia que causo unos daños y perjuicios a la reclamante, los cuales deben ser indemnizados.

Como prueba de las secuelas alegadas se adjunta los siguientes documentos

(...)

QUINTO.- El día 11 de enero de 2022 se presentó, por el padre de la dicente y en el impreso oficial disponible a tal efecto, Reclamación en el Ámbito Sanitario, que con número 90948, quedó recogido por el Servicio de Atención al Usuario del H.U.M.I.C., en la cual se denunció la deficiente y negligente atención dispensada a la paciente (...), y en la que se denuncia y se hace referencia al error de diagnóstico y posterior intervención quirúrgica de urgencia realizada a la paciente.

Dicha reclamación no fue respondida en el plazo de dos meses, por lo que a medio del presente escrito, se reitera la reclamación ante la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, dependiente de la Secretaría General Técnica de Sanidad de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a la que se dirige la presente Reclamación.

(...)

SÉPTIMO.- En consecuencia se solicita que se inicie el procedimiento, se continúe por sus trámites reglamentarios, se conceda el término de prueba en que se propone la documental y testifical que dejo concretada por otrosí, y finalmente se dicte resolución expresa en que se reconozca el mal funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria, abonando a la interesada, en concepto de indemnización, la cantidad que corresponda en aplicación del baremo correspondiente, devengando el interés legal desde la fecha de esta reclamación hasta su completo pago.

(...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 4 de septiembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

«RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Se trata de una joven de 20 años al momento de los hechos, con antecedentes médico-quirúrgicos de riñón ectópico pélvico izquierdo e intervención por hernia inguinal izquierda (noviembre 2012).

2.- El 1/1/2022, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por disnea, sin otros síntomas asociados (se refleja en la historia clínica de Atención Primaria la ausencia de fiebre, vómitos o diarreas). Se realiza un test de antígeno SARS-COV-2, con resultado positivo.

3.- Se registra un contacto con un familiar de la paciente, el 5/01/2022, motivado por estreñimiento de la misma, sin otros síntomas asociados ("no refiere fiebre, ni vómitos, ni dolor abdominal ni otros síntomas acompañantes").

4.- La primera consulta en Atención Primaria por síntomas digestivos es el 7/01/2022, cuando acude por "vómitos" y "desde el domingo (es decir, el día 2/01/2022) no tolera la vía oral". Se repite el test de antígenos, resultando positivo.

5.- Con respecto a la sintomatología reclamada, la paciente acude al Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Insular por primera y única vez el 7/01/2022, siendo atendida en triage a las 15:43 por síntomas gastrointestinales.

- A su llegada, las constantes vitales eran normales (tensión arterial: 115/73 mmHg, frecuencia cardíaca 102 lpm) y estaba afebril (temperatura corporal de 36 º C).

- La paciente estaba en aislamiento domiciliario por COVID-19, con positividad registrada en Atención Primaria el día 1/01 mediante test de antígenos y confirmada el 7/01 con la repetición de la misma prueba.

- Acude al SU por presentar, desde el 5/01, fiebre, náuseas y emesis que progresaron a ser incoercibles, acompañadas de dolor abdominal difuso de predominio en el hipogastrio.

- En la exploración general, registrada en la valoración de urgencias (toma de las 19:16), se observan condiciones generales estables. La piel, mucosas y escleras presentan un tinte amarillento. La paciente se encuentra en posición antálgica (flexión del tronco contra los muslos y los muslos contra el abdomen). La exploración torácica es anodina, mientras que el abdomen es doloroso a la palpación superficial, resultando imposible explorar en profundidad. Se aprecia irritación abdominal; no se palpan masas ni es posible valorar megalias, y los ruidos intestinales están presentes. Las extremidades son simétricas, sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

- Las pruebas complementarias solicitadas y realizadas fueron las siguientes:

Radiografía de tórax (realizada a las 15:48).

Analítica (extraída a las 17:37).

TC abdominopélvico con contraste (realizado a las 18:43 e informado a las 21:52).

Exudado nasofaríngeo y orofaríngeo para SARS-CoV-2 (realización de PCR).

Hemocultivos y urocultivos (cursados a las 21:38).

- Se administra tratamiento antibiótico intravenoso (ertapenem) a las 18:44 horas.

- En cuanto a los resultados de las pruebas complementarias:

La radiografía de tórax fue informada como normal: "sin hallazgos de significado patológico".

En el TC abdominopélvico con contraste: "Moderada cuantía de hemoperitoneo en pelvis con aumento de tamaño del ovario derecho, probable ruptura de quiste hemorrágico; se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, sin signos indirectos de apendicitis aguda. Hallazgos radiológicos: moderada cuantía de líquido libre en pelvis de alta densidad, con contenido hemático, con lateralización del útero hacia la derecha y aumento de tamaño del ovario derecho, a valorar probable ruptura de quiste hemorrágico; se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, sin cambios inflamatorios pericecales ni adyacentes a la válvula ileocecal; sin signos indirectos de apendicitis aguda. Hígado de tamaño y densidad normales, sin lesiones focales identificables. Vías biliares de calibre normal. Riñón derecho de tamaño y morfología normales. Riñón izquierdo ectópico en región pélvica izquierda. Páncreas, bazo, suprarrenales y vejiga sin alteraciones. No se observan adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. Resto del estudio sin otros hallazgos significativos".

Consta positividad al exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2 (PCR).

(...)

Resultado PCR realizada en el SU hospitalario (reflejado en historia de AP).

6.- A las 22:01 del 7/01 se da de alta del Hospital Insular por traslado al Hospital Materno Infantil del mismo complejo, debido a la sospecha diagnóstica de: "quiste ovárico roto con hemoperitoneo de entidad moderada" y a los "hallazgos al examen físico de la paciente". Se conversa con el servicio de Ginecología y se acepta el traslado por parte del servicio receptor. En ese momento (22:01) se refleja que la paciente está hemodinámicamente estable. El traslado se realiza en ambulancia. El Hospital Insular y el Hospital Materno Infantil del CHUIMI están ubicados en el mismo complejo, situado en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. La distancia entre ambos, dentro del mismo complejo hospitalario, es de aproximadamente 200 a 300 metros.

7.- Consta el registro de triage en el Hospital Materno Infantil (hospital receptor el traslado) a las 23:13, con constantes vitales: tensión arterial en rango normal de 100/60 mmHg, si bien algo más baja que la anterior y frecuencia cardíaca de 100 lpm (en límite máximo de la normalidad). Afebril.

- Durante su valoración en el hospital ginecológico, se realiza una exploración vaginal: "cérvix de nulípara bien epitelizado, no se observa flujo patológico; tacto vaginal doloroso a la movilización". Se realiza ecografía: "útero en anteversión de bordes y contornos regulares con endometrio lineal vacío. Abundante líquido libre en D. Asas distendidas, no se distinguen correctamente los ovarios".

- Se explora a nivel general: "paciente con mal estado general, afebril en este momento, hipotensa y taquicárdica. Abdomen en tabla. Dado que la paciente presenta irritación peritoneal y signos de sepsis, constando en analítica procalcitonina de 30 ng/mL (positiva); PCR de 45 mg/L (positiva) se indica cirugía GEN (general)".

- Diagnóstico al ingreso: "Abdomen agudo, sospecha de EPI (Enfermedad Pélvica Inflamatoria), signos clínicos y analíticos de sepsis".

8.- A las 23:30 del 7/01/2022 consta que la paciente está en quirófano.

9.- Según la hoja quirúrgica se realiza cirugía en dos tiempos: se inicia (primer tiempo) con laparoscopia (LPC), iniciada por ginecología. "No se objetiva origen ginecológico del cuadro por lo que se avisa a CGD (Cirugía General y Digestivo). Se continúa la cirugía de forma conjunta inicialmente por LPC pero ante una visualización no óptima de las estructuras sin poder identificar origen del cuadro infeccioso se decide pasar a abordaje abierto". Es decir, posteriormente, dado que los cirujanos encontraron que la visualización de las estructuras internas del abdomen no era clara o adecuada, se completó la cirugía con una "laparotomía mini supra e infraumbilical".

Se realiza "apendicectomía laparotómica de manera reglada y sin incidencias". Con hallazgos de: "peritonitis purulenta generalizada en todos los cuadrantes, con un riñón

izquierdo ectópico en fosa ilíaca izquierda; trompa derecha edematosa, pero de aspecto no patológico y trompa izquierda rudimentaria; hemiútero; apéndice vermiforme flemonoso".

Además, el cirujano reporta que "durante las maniobras de exploración se objetiva tras la digitopresión salida de contenido purulento por trompa derecha". Esto indica que, al aplicar presión manual durante la cirugía, se observó la expulsión de pus a través de la trompa derecha, lo que sugiere una infección que afecta tanto a los órganos reproductivos como a la cavidad abdominal.

Durante la cirugía se observa líquido purulento en toda la cavidad abdominal y pélvica, sin poder identificar con seguridad el origen de la infección. Se encuentra una malformación mulleriana asociada (hemiútero derecho, con rudimento de trompa izquierda y sin visualización de tejido ovárico izquierdo). Además, se observa el apéndice con signos de inflamación e infección.

10.- El postoperatorio se realiza en seguimiento conjunto por parte de Ginecología y Cirugía General y Digestiva. La paciente cursa con dolor que requiere ajuste del tratamiento analgésico y con sospecha de íleo paralítico funcional, que se resuelve espontáneamente sin incidencias. Se insiste a la paciente en la movilización para evitar el íleo paralítico, pero la paciente se muestra "poco colaborativa" y "con resistencia".

- Durante el ingreso se repitió la PCR para Covid-19, confirmándose positividad el día 13/01/22, por lo que se precisó continuar el ingreso en planta Covid.

- Resultado del exudado endocervical: positivo, lo que sugiere como probable origen de la infección una enfermedad de transmisión sexual. El resto de la serología fue negativa.

11.- Se da el alta el día 16/01/2022, indicando que la paciente permanece afebril, con buena evolución. Se da el alta con tratamiento antibiótico y control por Ginecología. Las analíticas muestran un descenso de los índices de infección.

12.- En el informe de anatomía patológica de la biopsia del apéndice ileocecal, con fecha de emisión 26/01/2022, se indica la presencia de apendicitis aguda perforada con periapendicitis e hiperplasia folicular linfoide reactiva. Es decir, se encontró inflamación del apéndice, que resultó perforado, y signos de inflamación en los tejidos circundantes.

13.- En consulta de atención primaria (AP) consta nota clínica del 10/02/2022: "orina bien, no dolor abdominal, no fiebre, no otros síntomas acompañantes".

14.- Tras el alta del hospital, la paciente ha mantenido seguimiento con el Servicio de Ginecología. Se registra una cita el 16/02/2022, durante la cual se realiza una exploración vaginal, una ecografía transvaginal y la extracción de exudado del cuello uterino. En la consulta de control del 9/03/2022, la paciente refiere "encontrarse bien".

15.- El 18/02/2022, la paciente acude a su médico de AP para parte de alta que su médico emite. El médico de AP, en esa fecha, emite informe para su club de fútbol

(aportado por la reclamante) en el que consta "paciente que se encuentra en fase de recuperación dada de alta por la parte quirúrgica, se aconseja no esfuerzos físicos, no ejercicio físico intenso, ir aumentando tiempo e intensidad de forma progresiva".

16.- La paciente aporta informe del club Torreblanca Melilla en el que consta que se incorporó a las disciplinas del equipo el día 21 de febrero, "no pudiendo entrenar con normalidad, ni tampoco ha realizado ningún tipo de esfuerzo que pudiera perjudicarle" por síntomas digestivos. En el informe no consta que se haya rescindido el contrato, contrariamente a lo declarado en la reclamación. Se concluye, de hecho, que "una vez se recupere y esté nuevamente de alta, pueda incorporarse si es posible en los próximos meses al equipo".

17.- El 8/03/2022, su médico de AP solicita analítica (realizada el 14/03/2022: anodina) e interconsulta al servicio de cirugía, visita que se realiza el día 23/03/2022. Según notas clínicas: "Paciente intervenida por peritonitis purulenta secundaria a EPI (enfermedad pélvica inflamatoria); se realizó apendicectomía. Acude a consulta por molestias abdominales. A la exploración, cicatriz en buen estado. No me impresiona de eventración. Juicio Diagnóstico: dolor abdominal inespecífico. Plan Diagnóstico-Terapéutico: No me impresiona de patología abdominal subsidiaria de completar con otros estudios. Explico signos de alarma." Se alta del servicio de Cirugía.

18.- El día siguiente, 24/03/2022, su madre habla telefónicamente con el médico de AP para revisión de Incapacidad Temporal, en la cual la madre refiere la cita del día anterior con el cirujano, quien le comentó que estaba todo bien y que era normal que tuviera molestias de vez en cuando, aconsejando "reiniciar ejercicio a su ritmo y en 2 semanas reincorporarse".

19.- El 8/04/2022 se realiza revisión de Incapacidad Temporal (IT) en la que la paciente refiere que "se encuentra muy bien, ya jugando al fútbol sin incidencias". En esa fecha se le da de alta de IT.

20.- El 13/07/2022, acude al SU hospitalario tras diagnóstico en su centro de salud de herpes genital y condilomas acuminados (enfermedades de transmisión sexual). Se registra: "No dolor abdominal". Diagnóstico al alta: Vulvovaginitis inespecífica.

21.- En la historia clínica se reflejan episodios de ansiedad en un contexto específico y no relacionado con la intervención quirúrgica:

- 28/09/2022: ansiedad "tras tener mala noticia en domicilio".

- 19/10/2022: cuadro de ansiedad en relación con un problema con la actividad deportiva.

- 17/01/2023: "Acude con su madre por episodios de ansiedad esporádicos y trastorno del sueño que relaciona directamente con la entrenadora de fútbol sala; además, comenta que no puede irse de ese equipo por términos del contrato".

CONCLUSIONES:

1.- En relación con el caso reclamado, la paciente acudió al Servicio de Urgencias hospitalario por sintomatología abdominal por primera y única vez el 7/01/2022. Desde su acceso al servicio de urgencias del Hospital Insular (triage realizado a las 15:43 horas del 7/01/2022) hasta el inicio de la intervención quirúrgica (a las 23:30 horas la paciente ya estaba en el quirófano) transcurrieron pocas horas. Por lo tanto, no se cumplieron los cuatro días que se mencionan en la reclamación.

A pesar de que la paciente comenzó a manifestar intolerancia oral el domingo anterior (2/01), y desde el 5/01 presentó náuseas y vómitos incoercibles, así como dolor abdominal, decidió acudir por primera vez al Servicio de Urgencias del Centro de Salud el 7/01/2022. El mismo día fue valorada en el Servicio de Urgencias hospitalario. Es decir, la paciente probablemente tenía un cuadro abdominal de días de evolución sin haber consultado antes, posiblemente debido a su aislamiento por positividad al COVID.

Durante la exploración realizada en el SU del Hospital Insular se registra estabilidad hemodinámica, incluso durante el traslado al SU ginecológico (lo que indica un cuadro compatible con el traslado). Ante el empeoramiento observado en el SU ginecológico, se decide intervenir de forma inmediata (alta del Hospital Insular a las 22:01 horas, y a las 23:30 horas está en el quirófano).

2.- En cuanto a los tiempos, existen plazos técnicos mínimos para la solicitud, realización e informe de las pruebas complementarias necesarias para apoyar el diagnóstico. En concreto, la prueba de imagen (TAC) fue informada a las 21:52, la paciente fue dada de alta por el Hospital Insular a las 22:01, y a las 23:30 del mismo 7/01/2022, la paciente ya se encontraba en el quirófano. Todo se llevó a cabo dentro de los tiempos razonables y adecuados para asegurar una atención médica oportuna y para tomar decisiones terapéuticas.

3.- Como se describió anteriormente, se solicitaron las pruebas complementarias apropiadas para el caso, incluyendo análisis de sangre, cultivos de sangre y orina, pruebas de imagen, y un TAC, una prueba altamente sensible y de calidad técnica para visualizar el abdomen y la pelvis.

La decisión de trasladar a la paciente al SU ginecológico se tomó debido a la sospecha de un abdomen agudo de origen ginecológico, en línea con la recomendación del radiólogo que informó el TAC abdomino-pélvico. Este no mostró signos directos o indirectos de apendicitis, pero sí sugirió una posible rotura de un quiste ovárico.

Además, en toda mujer en edad fértil, siempre se debe considerar la patología ginecológica como una posible causa de abdomen agudo.

La consulta a ginecología no causó un retraso diagnóstico ni perjuicio a la paciente; por el contrario, fue beneficiosa, ya que permitió abordar la cirugía con la participación de ambos especialistas (ginecología y cirugía general). Posteriormente, se evidenció que el origen de la infección era ginecológico, por lo que la derivación fue adecuada y respaldada por los hallazgos de la prueba de imagen.

4.- Es importante destacar que las diferencias entre los hallazgos de una prueba de imagen y los hallazgos quirúrgicos pueden deberse a varios factores, como limitaciones técnicas de la imagen, variabilidad en la interpretación, cambios dinámicos en la patología y diferencias en la evaluación directa durante la cirugía. Una revisión exhaustiva y multidisciplinaria de ambos conjuntos de hallazgos es esencial para una comprensión precisa de la condición del paciente y para la planificación adecuada del tratamiento. Aunque las pruebas de imagen tienen limitaciones, en este caso se realizó un TAC, que sigue siendo una prueba altamente sensible y específica. Durante la cirugía, el cirujano puede observar directamente la anatomía y la patología, revelando detalles que las imágenes previas podrían no haber mostrado.

En muchos casos de abdomen agudo, como el de esta paciente, el diagnóstico etiológico definitivo no se puede establecer antes de la intervención quirúrgica, por lo que lo más importante es determinar, con las pruebas complementarias, la necesidad o no de la intervención quirúrgica.

El diagnóstico inicial de quiste ovárico roto con hemoperitoneo, basado en las imágenes del TAC, se reveló no ser la causa del dolor abdominal. Sin embargo, esto no cambió la actitud diagnóstico-terapéutica, y se decidió una intervención quirúrgica inmediata cuando la paciente lo requirió. El TAC investigó signos de apendicitis, pero no los encontró, centrándose en signos indirectos ante la falta de visualización directa del apéndice.

Durante la cirugía, se descubrió que el líquido observado en el TAC era material purulento y que el desplazamiento del útero en realidad se debía a una malformación de los órganos reproductores. No obstante, el origen de la infección no se evidenció definitivamente en el momento de la cirugía.

La biopsia del apéndice, informada posteriormente, reveló inflamación tanto en el apéndice como en los tejidos circundantes; los exudados del cuello del útero indicaron que la infección tenía un origen ginecológico, específicamente causado por la bacteria gonococo, un patógeno de transmisión sexual. Esta bacteria puede desencadenar una enfermedad pélvica inflamatoria que afecta los órganos reproductores femeninos y puede propagarse a áreas cercanas, incluyendo el área alrededor del apéndice, lo que provoca síntomas similares a los de la apendicitis El aumento de tamaño en el ovario derecho, observado por el radiólogo,

probablemente se debió a este estado infeccioso, lo que también explica el hallazgo quirúrgico de material purulento dentro de la trompa derecha.

5.- Tras revisar la documentación clínica disponible, no se observan secuelas físicas, psíquicas ni daños laborales. En particular:

- La paciente fue valorada por el servicio de cirugía el 23/03/2022, y fue dada de alta debido a la ausencia de sintomatología que requiriera estudio adicional, siendo diagnosticada de dolor abdominal inespecífico.

- En varias citas posteriores, incluyendo consultas en el servicio de urgencias hospitalario, la paciente refirió que no presentaba dolor abdominal.

- Según la historia clínica de AP, la paciente se reincorporó a su equipo de fútbol el 8/04/2022, aproximadamente tres meses después de la cirugía abdominal, sin presentar incidencias. Es relevante mencionar que la propia paciente informó que deseaba dejar el equipo debido a problemas con la entrenadora, pero no pudo hacerlo debido a que estaba vinculada por contrato. No consta que la sociedad deportiva le haya rescindido el contrato.

- No se constatan secuelas psíquicas, ya que los episodios de ansiedad se describen como relacionados con otros factores, como problemas familiares y tensiones en el equipo.

En cuanto a los tiempos óptimos para la reincorporación al trabajo, según el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el tiempo medio de recuperación tras una apendicitis con peritonitis es de 45 días. Sin embargo, es importante considerar que estos son tiempos medios y que la paciente, al ser futbolista profesional, desempeñaba un trabajo que exigía esfuerzos físicos intensos, entrenamientos rigurosos y estaba asociado a posibles traumatismos. Por ello, el médico de atención primaria en su informe del 18/02/2022 recomendó evitar esfuerzos físicos, no realizar ejercicio intenso e ir aumentando la actividad de forma gradual. A los tres meses de la cirugía, la paciente pudo reincorporarse a su actividad deportiva sin complicaciones.

6.- La cirugía comenzó con un enfoque laparoscópico, pero debido a la visibilidad insuficiente, fue necesario convertir a laparotomía (cirugía abierta). Esta decisión se tomó en función de la seguridad de la paciente y de la necesidad de garantizar un resultado quirúrgico exitoso.

Además, se realizó una laparotomía mini, que implica una incisión de dimensiones reducidas en comparación con la laparotomía convencional. Aunque no tan pequeña como una incisión laparoscópica, este enfoque mínimamente invasivo permite un acceso adecuado y una intervención efectiva con un menor impacto en el paciente.

En situaciones de urgencia, como un cuadro de abdomen agudo, el resultado estético de la cirugía queda en segundo plano frente a la necesidad de asegurar una intervención que garantice la seguridad y la vida del paciente. En el caso en cuestión, como hemos visto, se trató de una cirugía exitosa.

7.- Por todo lo descrito anteriormente, no se configura una pérdida de oportunidad.

8.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

9.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 16 de enero de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 30 de enero de 2023 se requirió a la reclamante para que subsanara su reclamación aportando determinada documentación, lo que fue verificado mediante escrito de 23 de febrero de 2023.

- Con fecha 1 de marzo de 2023 se dicta Resolución de la secretaria general del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 1 de marzo de 2023 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 4 de septiembre de 2024 se remite informe del SIP, así como la Historia Clínica del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil –en adelante, CHUIMI-; la Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria; y el informe emitido por el jefe de Sección del Servicio de Urgencias del Hospital Insular.

- Con fecha 9 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 9 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada, sin que la interesada haya formulado alegaciones en el plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 11 de diciembre de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación*».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) «*que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: «*Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué

momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir

-incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la que considera una deficiente asistencia sanitaria, por entender que se produjo un «*retraso en el diagnóstico de la paciente, pues transcurren cuatro días desde la primera visita al Servicio de Urgencias hasta que se deriva a la misma a Cirugía (...) provocando dicho retraso un aumento del riesgo de complicaciones y posteriores secuelas, puesto que, para esta parte, si la paciente hubiera recibido las atenciones necesarias para combatir las complicaciones, no hubiese presentado un cuadro tan grave como el que presentaba a la hora de ser intervenida quirúrgicamente*». Así como, por haberse realizado *«una exploración clínica incompleta ya que se debieron solicitar pruebas complementarias y pedir interconsultas con especialistas (...)* ».

Pues bien, sentado en estos términos el objeto de la reclamación, a pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión, más allá de su propio testimonio expresado en el escrito de responsabilidad patrimonial, el cual, por otro lado, ha quedado desvirtuado por el examen del Historial Clínico y por los informes del SIP y del servicio concernido.

En relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, 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, 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).

Tal como se acaba de exponer, en el presente caso la reclamante imputa a la Administración sanitaria en primer lugar un retraso en el diagnóstico, sin embargo, examinado el expediente administrativo, en concreto, el Historial Clínico de la reclamante que correctamente ha sido trasladado al informe del SIP, se puede advertir que la Sra. (...) accedió al Servicio de Urgencias del Hospital Insular el día 7 de enero de 2022 a las 15:43 horas (triaje) siendo diagnosticada inicialmente de *«quiste ovárico roto con hemoperitoneo de entidad moderada»*, por lo que tras realizarse interconsulta con el servicio de ginecología del Hospital Materno-Infantil se decide trasladar a la paciente a este último centro hospitalario, lo que tuvo lugar a las 22:01 horas, donde, tras ser examinada y practicarle las pruebas que estimaron oportunas, fue intervenida quirúrgicamente a las 23:30 horas.

Como se puede advertir, en ningún caso transcurrieron cuatro días desde que la reclamante acudió a los servicios de urgencias hasta que fue operada. Al contrario, como se acaba de reseñar, desde que la reclamante ingresó en urgencias hasta que fue intervenida quirúrgicamente, transcurrieron apenas unas ocho horas. Tiempo que se considera adecuado y razonable en la actuación médica, en atención al estado en que se encontraba la paciente y los síntomas que presentaba.

Asimismo, se imputa también a la Administración sanitaria que a la reclamante no se le realizaron pruebas complementarias que ayudasen a determinar un diagnóstico acertado. Esta afirmación también ha quedado desvirtuada por los datos obrantes en el expediente administrativo.

En este sentido, consta que la reclamante ingresó en urgencias (triaje) a las 15:43 horas del día 7 de enero de 2022 y se le realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax (realizada a las 15:48 horas).

- Analítica (extraída a las 17:37 horas).

- TC abdominopélvico con contraste (realizado a las 18:43 horas e informado a las 21:52 horas) con el siguiente resultado:

«Moderada cuantía de hemoperitoneo en pelvis con aumento de tamaño del ovario derecho, probable ruptura de quiste hemorrágico; se recomienda descartar patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, sin signos indirectos de apendicitis aguda. Hallazgos radiológicos: moderada cuantía de líquido libre en pelvis de alta densidad, con contenido hemático, con lateralización del útero hacia la derecha y aumento de tamaño del ovario derecho, a valorar probable ruptura de quiste hemorrágico; se recomienda descartar

patología ginecológica. Apéndice vermiforme no visualizado, sin cambios inflamatorios pericecales ni adyacentes a la válvula ileocecal; sin signos indirectos de apendicitis aguda. Hígado de tamaño y densidad normales, sin lesiones focales identificables. Vías biliares de calibre normal. Riñón derecho de tamaño y morfología normales. Riñón izquierdo ectópico en región pélvica izquierda. Páncreas, bazo, suprarrenales y vejiga sin alteraciones. No se observan adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. Resto del estudio sin otros hallazgos significativos».

- Exudado nasofaríngeo u orofaríngeo para SARS-CoV-2.

- Hemocultivos y urocultivos (cursados a las 21:38 horas).

Tal como se acaba de exponer, a la reclamante se le realizaron diversas pruebas complementarias tendentes a obtener el diagnóstico. Es más, este Organismo consultivo considera que la actuación sanitaria fue conforme a la *«lex artis»* porque, si bien las pruebas diagnósticas no determinaban claramente la existencia de una apendicitis, lo cierto es que los profesionales sanitarios del Hospital Insular, sospechando que pudiera tratarse de una posible rotura de quiste ovárico a la vista de los resultados del TC abdominopélvico -que no reveló la presencia de una apendicitis-, tras realizar interconsulta con el servicio pertinente, trasladaron a la reclamante al Hospital Materno-Infantil a los efectos de que la examinaran para descartar o confirmar este diagnóstico. De tal manera que es en el Hospital Materno-Infantil cuando, tras descartar la rotura de quiste ovárico y a la vista del estado físico de la reclamante (irritación peritoneal y signos de sepsis), proceden a intervenir quirúrgicamente de apendicitis, cuyo origen fue un patógeno de transmisión sexual -gonococo-.

En este sentido, compartimos las conclusiones expuestas en el informe del SIP cuando señala:

« (…) Es importante destacar que las diferencias entre los hallazgos de una prueba de imagen y los hallazgos quirúrgicos pueden deberse a varios factores, como limitaciones técnicas de la imagen, variabilidad en la interpretación, cambios dinámicos en la patología y diferencias en la evaluación directa durante la cirugía. Una revisión exhaustiva y multidisciplinaria de ambos conjuntos de hallazgos es esencial para una comprensión precisa de la condición del paciente y para la planificación adecuada del tratamiento. Aunque las pruebas de imagen tienen limitaciones, en este caso se realizó un TAC, que sigue siendo una prueba altamente sensible y específica. Durante la cirugía, el cirujano puede observar directamente la anatomía y la patología, revelando detalles que las imágenes previas podrían no haber mostrado.

En muchos casos de abdomen agudo, como el de esta paciente, el diagnóstico etiológico definitivo no se puede establecer antes de la intervención quirúrgica, por lo que lo más importante es determinar, con las pruebas complementarias, la necesidad o no de la intervención quirúrgica.

El diagnóstico inicial de quiste ovárico roto con hemoperitoneo, basado en las imágenes del TAC, se reveló no ser la causa del dolor abdominal. Sin embargo, esto no cambió la actitud diagnóstico-terapéutica, y se decidió una intervención quirúrgica inmediata cuando la paciente lo requirió. El TAC investigó signos de apendicitis, pero no los encontró, centrándose en signos indirectos ante la falta de visualización directa del apéndice.

Durante la cirugía, se descubrió que el líquido observado en el TAC era material purulento y que el desplazamiento del útero en realidad se debía a una malformación de los órganos reproductores. No obstante, el origen de la infección no se evidenció definitivamente en el momento de la cirugía.

La biopsia del apéndice, informada posteriormente, reveló inflamación tanto en el apéndice como en los tejidos circundantes; los exudados del cuello del útero indicaron que la infección tenía un origen ginecológico, específicamente causado por la bacteria gonococo, un patógeno de transmisión sexual. Esta bacteria puede desencadenar una enfermedad pélvica inflamatoria que afecta los órganos reproductores femeninos y puede propagarse a áreas cercanas, incluyendo el área alrededor del apéndice, lo que provoca síntomas similares a los de la apendicitis El aumento de tamaño en el ovario derecho, observado por el radiólogo, probablemente se debió a este estado infeccioso, lo que también explica el hallazgo quirúrgico de material purulento dentro de la trompa derecha».

Por otro lado, ha quedado igualmente desvirtuado en el presente expediente los daños alegados por la reclamante, pues tal como consta en el certificado que aporta con su reclamación y en las manifestaciones efectuadas a los profesionales médicos durante su proceso asistencial no fue despedida del equipo de fútbol al que pertenecía -Torreblanca Melilla C.F.-, tal como afirma en su reclamación. Además, las consultas médicas por ansiedad que constan son ajenas a este proceso asistencial y están relacionadas con aspectos laborales de su vida.

De lo expuesto se concluye que la actuación de los servicios sanitarios ni fue lenta, ni pasiva, ni poco diligente, practicándose las pruebas diagnósticas acordes con los síntomas que presentaba la paciente, practicándose dentro de unos tiempos que se han de considerar, a todas luces, dentro del estándar de normalidad de las actuaciones médicas -8 horas.

En atención a lo expuesto, la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.