Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de diciembre 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 por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 480/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. señora Consejera de Sanidad el 3 de noviembre de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 5 de noviembre siguiente), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 150.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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).

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

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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 SCS, está delegada en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP)], puesto que alega haber sufrido un daño personal cuyo resarcimiento reclama, causado según ella por un funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado largamente el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP sin que conste justificación alguna apareciendo un extenso período de inactividad, de varios años de duración, lo que no puede dejar de señalarse.

Pero la demora no impide la resolución del procedimiento, pues subsisten para la Administración la facultad y la obligación de resolver expresamente, de acuerdo con los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

1. La reclamante sustenta la acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos, extraídos de la reclamación:

Con fecha 14 de marzo de 2019 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por fuerte dolor abdominal que la propia reclamante relaciona con estreñimiento. Constan como antecedentes familiares madre con cáncer de colon y mama.

Se concluye en el informe: «*Lesiones quísticas anexiales no complicadas de características radiológicas benignas a valorar desde el punto de vista ginecológico. Sin otros hallazgos de interés radiológico».*

Con anterioridad había acudido al centro de Salud y Hospital por serios problemas de estreñimiento.

El 1 de abril acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa y se realiza una ECO TV/abdominal con resultado de *«útero en anteversión regular 10* endometrio *secretor. Anejo 76/57 mm parcialmente delimitada heterogénea 1-2. Anejo izquierdo no se objetiva vía vaginal. Mediante sonda abdominal se objetiva formación de I6XI3 cm bien delimitada anecoica en su región mas declive que se aprecia tabique grueso de unos 9.10 mm capta color».*

Se decide trasladarla a la Unidad de Ginecología de Las Palmas por sospecha de CA de ovarios para cirugía.

Estando ingresada en Ginecología por la tumoración anexial bilateral, empeora, sufriendo una perforación de víscera hueco con solución de continuidad de sigma, siendo intervenida de forma urgente bajo el diagnóstico de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de sigma, masa anexial izquierda. Sufriendo una sepsis secundaria a la perforación intestinal.

Alega que la falta de diagnóstico acertado, ya que lo que sufría desde el primer momento era una peritonitis fecaloidea y, el retraso en la actuación médica puso en riesgo su vida, siendo portadora de ileostomía y encontrándose pendiente de reconstrucción de tránsito intestinal.

Cifra en 150.000 euros los daños y perjuicios ocasionados.

III

Los principales trámites practicados en el expediente de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 30 de julio de 2021, en los términos expuestos en el fundamento anterior.

Junto con la reclamación aporta documentación obrante en su historia clínica que propone como prueba documental, así como su historia clínica completa obrante en el Hospital Dr. José Molina Orosa (HDJMO) y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).

2. Con fecha de 26 de agosto de 2021 se requiere a la reclamante a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada presentándose, con fecha de registro de entrada de 21 de septiembre de 2021, la documentación requerida.

3. Con fecha de 24 de septiembre de 2021, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

4. El 27 de enero de 2025, por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) se remite la siguiente documentación e informes médicos:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

- Copia de la Historia Clínica obrante en Atención Especializada – Hospital Dr. José Molina Orosa.

- Copia de la Historia Clínica obrante en Atención Primaria.

- Informe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa, de fecha 29 de octubre de 2021.

- Informe del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, de fecha 3 de noviembre de 2021.

5. Con fecha de 11 de febrero de 2025 se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, confiriendo a la parte reclamante, un plazo de 10 días para formular alegaciones, aportar los documentos y justificaciones que tuviese por conveniente.

6. Con fecha de 11 de marzo de 2025, se formulan alegaciones por la reclamante, en trámite de audiencia.

7. El 23 de abril de 2025 se aporta Historia Clínica actualizada de la reclamante, obrante en Atención Especializada – Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa-, así como en Atención Primaria.

8. Con fecha 3 de julio de 2025, a la vista de los informes y de las alegaciones formuladas, el SIP, emite informe.

9. Con fecha de registro de entrada de 2 de octubre de 2025, la parte reclamante, en trámite de audiencia del citado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de fecha de 3 de julio de 2025, presenta escrito de alegaciones en el que se reitera en la existencia de un error inicial de diagnóstico que desembocó en una peritonitis fecaloide secundaria a perforación de sigma que motivó una sepsis con importantes daños y que motivaron una incapacidad absoluta para todo trabajo.

10. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, todo ello *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

11. Con fecha 22 de octubre de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por entender que no concurren los requisitos legalmente exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

12. Mediante oficio de 3 de noviembre de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 5 de noviembre se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias previsto en el art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que «*los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en una formulación, reiterada, que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3)m que dice que *«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC* [cuya regulación es similar a la actual LRJSP]*: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».*

Además, en el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que

se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o cumplimiento de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia sin que quepa exigírsele garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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* es el que 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).

Finalmente, juntamente con los requisitos anteriores, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable 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 efecto o consecuencia de dicho funcionamiento.

La carga de probar los hechos de los que se deduzca este nexo causal, su sustrato fáctico, incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que de 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, o de la presencia de causas de fuerza mayor o de 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).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada a la reclamante y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído de la historia clínica, del informe emitido por el SIP de la Secretaría General del SCS, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por ella misma como reclamante durante la tramitación del procedimiento.

Por ello, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- (...) de 44 años de edad en el momento inicial de los hechos, presentaba como antecedentes médicos, estreñimiento habitual y, debido a los antecedentes

familiares de cáncer de mama, desde 2009 fue sometida a cribado de cáncer de mama y de cérvix.

- En fecha 14 de marzo de 2019**,** acude al Servicio de Urgencias del HDJMO, por dolor abdominal desde el día anterior, quedando recogido en anamnesis, que acude por dolor abdominal difuso que ella misma vincula a su estreñimiento habitual, refiriendo no consigue evacuar satisfactoriamente durante unos 4 días. En antecedentes personales figura estreñimiento crónico, y familiares: madre con cáncer de colon y mama.

En exploración: presenta buen estado general, abdomen blando. Depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se palpa masa abdominal en hipogastrio izquierdo hasta el ombligo.

La exploración física ginecológica muestra cérvix de multípara cerrado y bien epitelizado. Útero de difícil valoración, palpándose formación de consistencia dura no dolorosa al tacto.

Se realiza ecografía transvaginal (TV), apreciándose útero en anteversión con endometrio trilaminar, paredes miometrales homogéneas, histerometría normal. Dependiente de anejo derecho (ovario derecho) se aprecia formación redondeada de cápsula gruesa multitabicada de contenido anecoico con tabiques gruesos de 4 mm En anejo izquierdo (ovario izquierdo) se aprecia formación anecoica que escapa a sonda vaginal. No presenta líquido libre en Douglas.

En Ecografía abdominal se visualiza en anejo izquierdo formación anecoica redondeada de 16x17x15 cm de bordes regulares con contenido anecoico sin tabiques ni papilas.

Se realiza estudio TAC abdominopélvico en el que se objetivan lesiones quísticas anexiales no complicadas de características radiológicas benignas a valorar desde el punto de vista ginecológico. No se objetivan otros hallazgos de interés patológico.

Con el diagnóstico de tumoración anexial a estudio se da alta a domicilio con cita preferente en consulta de Ginecología y tratamiento frente al dolor.

- En consulta de Ginecología de fecha 1 de abril 2019, la paciente continúa refiriendo dolor y estreñimiento. En exploración del abdomen se palpa masa que llega hasta ombligo, dura pétrea, no móvil, dolorosa a la palpación.

En ecografía transvaginal/abdominal, se describe útero en anteversión regular 10, endometrio secretor. En anejo derecho se describe formación de 76x57mm, parcialmente delimitada, heterogénea score 1-2. El anejo izquierdo no se objetiva vía vaginal, objetivándose con sonda abdominal una formación de 16x13 cm, bien delimitada, anecoica, apreciándose en su región más declive, tabique grueso de unos 9-10 mm, que no capta color.

Tras las exploraciones la impresión diagnóstica es de formación anexial de aspecto maligno, realizándose informe para el traslado a la Unidad de Ginecología Oncológica del CHUIMI (hospital de referencia). Quedan solicitados marcadores tumorales (CA 19,9; CA 15,3 HE4) cuyos resultados plantean un Índice Roma de 10.1 %, lo que en mujeres premenopáusica, como la paciente, puede ser indicativo de alto riesgo de cáncer epitelial de ovario.

Con tales datos se realiza interconsulta a Ginecología oncológica del CHUIMI, donde es incluida en lista de espera quirúrgica para ser intervenida por su propio equipo de oncocirujanos.

- En consulta de Ginecología (CHUIMI), de 2 de mayo 2019, se realiza Ecografía TV, que objetiva formaciones nodulares dependientes de anejos derecho e izquierdo, sin presencia de líquido libre. Ya realizados marcadores (CA 19,9; CA 15,3 HE4 con Índice Roma de 10.1%), y TAC, con el juicio diagnóstico de tumoración anexial bilateral de aspecto benigno, se explica intervención quirúrgica a realizar mediante laparoscopia exploradora y según hallazgos continuar con laparoscopia/laparotomía con anexectomía, que la paciente acepta, por lo que queda incluida en lista de espera quirúrgica, constando consentimiento informado firmado en la historia clínica.

- En consulta de Preanestesia (CHUIMI) de fecha 3 de mayo de 2019, se objetiva anemia, se solicita interconsulta a Hematología. Es valorada en consulta de Hematología en fecha 08/05/2019, constando que presenta anemia ferropénica con hemoglobina de 9,6 g/dl, por lo que se le indica tratamiento con pauta de hierro intravenoso durante dos semanas para optimización de hemoglobina prequirúrgica. En analítica al ingreso muestra hemoglobina baja de 9,7 g/dl.

En la exploración física, la paciente está afebril. El abdomen se describe muy distendido, globuloso por masa dura, fija, lisa y dolorosa a la palpación que llega a 4 cm por debajo del reborde costal.

- El 16 de mayo de 2019, queda hospitalizada en el HDJMO en el Servicio de Ginecología por dolor abdominal, describiéndose a su valoración al ingreso en

Ginecología, la paciente refiere dolor abdominal desde hace 4 días, náuseas y varias deposiciones diarias, algunas líquidas, sin fiebre ni otros síntomas.

En Ecografía abdominal, se aprecia formación quística hipoecogénica de contenido algo jaspeado que ocupa casi la totalidad del abdomen de 16x16.5 cm. Ecografía TV: útero en AVF normal, endometrio no engrosado, OD con formación multicameral heterogénea de tabiques gruesos de 79x62mm. Sin líquido libre en Douglas.

La paciente con masa anexial, pendiente de cirugía que ha estado en tratamiento de optimización de hemoglobina previo a la cirugía, queda ingresada a cargo de Ginecología con dieta absoluta, sueroterapia, analgesia, y vigilancia de su evolución.

En evolutivos de los días 16 y 17, presenta constantes vitales normales, se mantiene sin fiebre. Inicia dieta con buena ingesta. Se le hacen pruebas cruzadas, dado que tiene indicación de transfusión de hematíes de cara a la intervención pendiente.

El día 18, se le administran los dos concentrados de hematíes pautados.

- En fecha 19 de mayo de 2019, presenta náuseas y vómitos biliosos, olor «*fecaloideo*» dudoso (documento 7.3 folio 78). Se suspende alimentación oral y se administra sueroterapia. Permanece estable con constantes vitales normales y sin fiebre.

Se le realiza ecografía abdominal en la que se describe distensión de asas de colon de manera generalizada con abundante aire intestinal, lo que limita la ventana ecográfica. No obstante, no se identifica líquido libre entre asas, ni edema de pared que pueda sugerir sufrimiento intestinal. Tampoco se visualizan imágenes sugestivas de absceso intraperitoneal (de absceso en cavidad abdominal).

Se descarta compromiso de asas pese a que sí se encuentran desplazadas y dilatadas. No ascitis masiva. No patrón obstructivo. Gas en colon distal. No signos de perforación.

- En fecha 20 de mayo de 2019, dado sus antecedentes, y clínica desde ayer con molestias abdominales y sensación disneica, es valorada y le es solicitado por Medicina Interna, Angio TAC, para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP) que una vez es realizado no evidencia signos compatibles con dicha patología, objetivando líquido ascítico lo que en el contexto de su patología de tumoración

anexial se valora como una probable progresión de su enfermedad, lo que motiva que el 21 de mayo de 2019, la paciente sea trasladada al Servicio de Ginecología del CHUIMI, para cirugía programada para el día 23 de mayo de 2019.

- El 21 de mayo de 2019 ingresa en Ginecología del CHUIMI para cirugía programada. Consta en la anamnesis que es derivada *(hoy)* por empeoramiento del estado de salud. Refiere empeoramiento clínico desde hace una semana con dificultad respiratoria y aumento de perímetro abdominal. Se decide ingreso en Lanzarote y hoy se decide traslado.

- Una vez es ingresada en el CHUIMI, empeora clínicamente presentando hipotensión y taquicardia, por lo que le es realizado TAC abdominal que muestra aparente solución de continuidad mural en sigma. (El colon sigmoide está situado previo al recto). Hay signos de peritonitis con formación de colecciones en pelvis y las tumoraciones anexiales bilaterales ya conocidas.

- Previa información y consentimiento informado, la paciente es intervenida quirúrgicamente de forma urgente el 22 de mayo de 2019 mediante laparotomía exploradora.

En la hoja quirúrgica se describen hallazgos de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de unos 5 cm en sigma por fecalomas. Endometrioma en anejo izquierdo. Útero aumentado de tamaño. Quiste anexial derecho. El tacto rectal no mostró masas ni fecalomas, con salida de heces líquidas.

Se le realizó bajo anestesia general y profilaxis antibiótica, operación de Hartmann con sección del sigma, refuerzo de muñón y colostomía terminal sobre flanco izquierdo por parte de Cirugía y anexectomía izquierda (extirpación del ovario) con endometrioma por parte de Ginecología. Se comprueba permeabilidad, control de hemostasia, lavados profusos, se dejan drenajes y se realiza cierre. Se envía pieza quirúrgica a Anatomía Patológica para estudio.

- Durante el transcurso del postoperatorio inmediato la paciente presenta un ingreso prolongado en la Unidad de Reanimación por dificultad para el destete de la ventilación mecánica.

A su llegada a planta de Cirugía General y Digestiva la paciente presenta una evolución favorable, en seguimiento por Rehabilitación. Actualmente se encuentra con buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril, tolerando la dieta, con colostomía funcionante y sin signos de complicación a nivel de la herida quirúrgica.

Por todo lo anterior comentado se decide alta el 18 de junio de 2019 y control en Consultas Externas de Cirugía General.

«Diagnóstico principal: PERITONITIS FECALOIDEA SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE SIGMA. MASA ANEXIAL IZQUIERDA».

- El estudio de Anatomía Patológica reveló ausencia de malignidad tanto en el sigma colónico resecado, (que presentaba perforación de la pared con necrosis e inflamación + peritonitis aguda con áreas abscesificadas) como en la tumoración anexial, que se correspondió con un endometrioma (endometriosis).

Por tanto, la paciente no tenía cáncer de ovario ni de colon, sino que presentaba endometriosis y la masa anexial (tumoración) era un endometrioma.

- En fecha 23 de septiembre de 2019, en consulta de Cirugía de control evolutivo, tras operación de Hartman (creación de colostomía terminal), se describe la paciente se encuentra muy bien y ha ganado 10 kg de peso. En la exploración se aprecia buen estado general; colostomía funcionante y pared abdominal sin eventraciones. Se prevé colonoscopia pasados 6 meses de la cirugía, previo a la reconstrucción del tránsito intestinal. Se describe en seguimiento de paciente con ostomía, está animada y ha retomado sus actividades de ocio.

- En consulta de Cirugía (CHUIMI), de fecha 10 de febrero de 2020, se describe colonoscopia por ostomía y ano, sin lesiones. Ganancia de peso. La propia paciente refiere no se siente actualmente inclinada por la cirugía de reconstrucción, decisión que manifestará en la siguiente consulta.

- En consulta de Cirugía (CHUIMI), de fecha 18 de enero de 2021, la paciente, adaptada a la colostomía, insiste en que no se quiere reconstruir el tránsito intestinal, lo que motivó su alta para seguir controles por Atención Primaria.

3. Establecida la anterior secuencia de hechos relativa a la asistencia sanitaria, procede su análisis desde la perspectiva de su adecuación a la *lex artis*, teniendo en cuenta que la acción de responsabilidad patrimonial ejercitada por la reclamante se sustenta en la atribución de un error de diagnóstico que derivó en la perforación de sigma que causó una peritonitis fecaloidea. Considera la reclamante que no se aplicaron los medios diagnósticos adecuados en tiempo y forma según la sintomatología presentada, lo que supuso la pérdida de oportunidad de un tratamiento precoz que hubiera evitado o minimizado los daños finalmente sufridos.

La reclamante, a pesar de que le corresponde la carga probatoria del nexo causal entre la actuación sanitaria y el resultado dañoso, no aporta otra prueba que la documental consistente en la historia clínica de la paciente.

Por parte del SCS, se solicitan y se formulan los siguientes informes: informe del SIP, informe del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa, e informe emitido por el Jefe de Unidad de Urgencias del HDJMO.

Según informa el SIP, y así se objetiva en la Historia Clínica, la paciente presentaba estreñimiento crónico y añade que «la presencia de síntomas como incapacidad para defecar o expulsar gases, vómitos persistentes, dolor abdominal intenso pueden ser síntomas de alarma de la presencia de una obstrucción intestinal, lo cual es una urgencia médica que requiere atención inmediata».

Los síntomas por los que acude el día 14 de marzo de 2019 al Servicio de Urgencias del HDJMO son el dolor abdominal difuso que ella misma vincula a su estreñimiento habitual.

Ese día se realizan diversas pruebas diagnósticas porque se palpa masa abdominal en hipogastrio izquierdo hasta el ombligo. Por ello se realiza ecografía transvaginal (TV), ecografía abdominal y TAC abdominopélvico.

En tales pruebas de imagen se visualiza tumoración anexial en ambos anejos, en el anejo izquierdo de 16x17x15 cm de bordes regulares, de características radiológicas benignas a valorar desde el punto de vista ginecológico y no se objetivan otros hallazgos de interés patológico.

Con el diagnóstico de tumoración anexial a estudio es valorada en consulta de Ginecología el 1 de abril de 2019, y la paciente continúa refiriendo dolor y estreñimiento. Se realiza nueva ecografía transvaginal/abdominal, donde se visualiza la tumoración anexial y tras las exploraciones la impresión diagnóstica es de formación anexial de aspecto maligno.

Según informa el SIP la identificación de masas anexiales constituye un hallazgo común en la práctica ginecológica, con frecuencia detectado de forma incidental y la mayoría son benignas, y que el estudio ecográfico continúa siendo el mejor método para evaluar la presencia de masas, su localización y características. Si existe la sospecha de malignidad de la lesión, la paciente debe ser remitida a un centro especializado en ginecología oncológica.

Por tanto, se evidencia la correcta praxis médica, pues ante el hallazgo ecográfico indicado, y ante la sospecha de patología anexial maligna, se derivó al

centro de referencia donde se dispone de cirugía oncológica ginecológica y se programa el tratamiento quirúrgico adecuado.

Por otra parte, el SIP en cuanto a la endometriosis informa que «es una patología ginecológica crónica, dependiente de estrógeno, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo, fuera del útero (ectópico), usualmente acompañado de fibrosis. Este proceso induce una reacción inflamatoria crónica, que de forma común afecta estructuras abdomino-pélvicas dentro de los cuales está el intestino, no existiendo síntomas ni signos patognomónicos que hagan sospechar una endometriosis intestinal. En general, la endometriosis es considerado un proceso benigno, aunque puede ser agresivo y provocar complicaciones, siendo la perforación de colon por endometriosis muy rara».

Y añade que aunque los estudios de imagen (ECO, TAC, RM), son ampliamente utilizados para el diagnóstico de endometriosis estos tienen sus limitaciones, y en ocasiones debe emplearse la técnica de la laparoscopia exploradora para confirmar el diagnóstico; procedimiento este que también permite extirpar la lesión y la zona u órgano afectado.

Es importante concentrar el análisis de los hechos en el ingreso hospitalario del 16 de mayo de 2019 en Ginecología del HDJMO, y en los síntomas que presentaba, pues acude por dolor abdominal desde hace 4 días, acompañado de náuseas y varias deposiciones diarias, algunas líquidas, sin fiebre ni otros síntomas.

El 19 de mayo de 2019, aparece un nuevo síntoma: *vómitos biliosos, olor «fecaloideo» dudoso s*obre el que informa la enfermera al Facultativo que acude a valorarla (documento 7.3 folio 78).

Y en la valoración se anota: Abdomen distendido por masa dura, fija, lisa, y dolorosa a la palpación que llega 4 traveses de dedo por debajo de parrilla costal. Dolor a la palpación sobre todo en hemiabdomen superior. Timpanismo. Ruidos hidroaéreos disminuidos.

La actuación del Ginecólogo es solicitar, entre otras pruebas, RX tórax y abdomen, Ecografía Abdominal; y comenta el caso con Radiología de guardia, para descartar complicación aguda.

Según consta en la historia clínica, se descarta compromiso de asas, pese a que sí se encuentran dilatadas y desplazadas, no ascitis masiva, ni patrón obstructivo. Gas en colon distal y no signos de perforación.

Por tanto, los síntomas que presentaba de dolor abdominal, náuseas y vómitos se consideraron secundarios a la tumoración ovárica bilateral, como progresión de su enfermedad de base, y descartan complicación aguda subyacente.

Sin embargo, una vez es ingresada en el CHUIMI el 21 de mayo de 2019, empeora clínicamente por lo que se realiza TAC abdominal que muestra aparente solución de continuidad mural en sigma, signos de peritonitis con formación de colecciones en pelvis y las tumoraciones anexiales bilaterales ya conocidas.

La paciente es intervenida quirúrgicamente de forma urgente el 22 de mayo de 2019 mediante laparotomía exploradora, en la que se objetiva peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de unos 5 cm en sigma por fecalomas. Endometrioma en anejo izquierdo. Útero aumentado de tamaño. Quiste anexial derecho.

Finalmente, el estudio de Anatomía Patológica reveló ausencia de malignidad tanto en el sigma colónico resecado, (que presentaba perforación de la pared con necrosis e inflamación y peritonitis aguda con áreas abscesificadas) como en la tumoración anexial, que se correspondió con un endometrioma (endometriosis). Por tanto, la paciente no tenía cáncer de ovario ni de colon, sino que presentaba endometriosis y la masa anexial (tumoración) era un endometrioma.

En este punto, y a la hora de valorar la correcta actuación sanitaria conforme a la *lex artis*, debemos recordar y tener presente la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la conducta desencadenante del daño. De modo que hay que valorar si con los síntomas que presentaba la paciente en un momento determinado se adoptaron las medidas precisas para el adecuado diagnóstico.

En el presente caso, se trata de determinar si se agotaron todas las posibilidades de detección para conseguir, en la medida de lo posible, un buen diagnóstico, si no certero sí el más cercano posible a la realidad en el caso de la paciente.

En hallazgos quirúrgicos se evidencia que la perforación de unos 5 cm en sigma fue por fecalomas, que es una complicación grave del estreñimiento crónico donde una masa endurecida de heces (fecaloma) en el colon sigmoide provoca úlceras, necrosis y finalmente una rotura de la pared intestinal, causando una peritonitis fecaloidea con alta mortalidad.

La cuestión -sin duda central en el análisis médico de lo sucedido y a la vista de los elementos de prueba que hay en el expediente- es si con los síntomas de dolor abdominal que la paciente presentaba desde el día 14 de marzo de 2019, estreñimiento crónico, vómitos biliosos, olor «*fecaloideo*» dudoso desde el 19 de mayo de 2019, con el diagnóstico de tumoración anexial a estudio, con abdomen distendido por masa dura, fija, lisa, y dolorosa a la palpación, timpanismo, ruidos hidroaéreos disminuidos, y asas dilatadas y desplazadas, y gas en colon distal, se debió sospechar la existencia de fecaloma que pudiera ocasionar una perforación intestinal, o bien era posible relacionar dicha sintomatología y hallazgos con su patología de base consistente en tumoración anexial bilateral.

Y la respuesta es que no existe en el expediente remitido informe médico que concluya la existencia de un error o retraso diagnóstico, o de otra infracción de la *lex artis ad hoc*.

En el informe emitido por el SIP se concluye:

«22.- De la información anterior se desprende que, ante datos clínicos de empeoramiento con náuseas, vómitos biliosos, se le realizó estudio de imagen de primera línea, en el que no se identificó que hubiera hallazgos sugestivos de complicación intestinal, es decir, se realizaron las pruebas oportunas que descartaron dicha complicación.

23.- También el día 20, fue valorada por Medicina Interna y se le realizó Andio TAC, que descartó tromboembolismo pulmonar. En su caso, se consideró la clínica actual podía estar relacionado con la patología anexial con sospecha de malignidad para lo cual estaba pendiente de cirugía previa optimización de hemoglobina prequirúrgica, lo que motivó el traslado de la paciente al CHUIMI, el día 21, con cirugía programada para el día 23.

24.- A su ingreso en el CHUIMI, empeora clínicamente presentando hipotensión y taquicardia, por lo que le es realizado TAC abdominal con resultado de sospecha de perforación intestinal dado aparente solución de continuidad mural en colon sigmoide y la presencia de colecciones abdominales (signo de infección).

25.- Una vez se sospechó la perforación intestinal se le realiza intervención quirúrgica de forma urgente con hallazgos de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de sigma y endometrioma (forma de endometriosis) en anejo izquierdo, para lo cual se le realiza operación de Hartman con sección de sigma y colostomía sobre flanco izquierdo, por parte del equipo de Cirugía, y Anexectomia izquierda por parte del Equipo de Ginecología.

26.- La paciente, bajo observación con diagnóstico de masa anexial sospechosa de malignidad, y en tratamiento de optimización de hemoglobina previo a la cirugía, se complica con una perforación intestinal. Durante su ingreso había estado estable, sin

sintomatología sospechosa de complicación intestinal. Los síntomas previos al día 22 de mayo, son muy inespecíficos, y se habían realizado estudios ecográficos de abdomen, en los que no había lesiones intestinales ni complicaciones de las masas quísticas anexiales, por lo que el manejo de la paciente estaba siendo el adecuado, e igualmente correcto fue, cuando ante el empeoramiento clínico y la realización de estudio de imagen con sospecha de perforación intestinal, esta se trató de forma correcta y diligente.

27.- Concluimos que, la paciente había sido informada a lo largo del proceso, tanto de los diagnósticos que se tenían, como de los tratamientos a realizar, lo cual consta en la historia clínica. Su atención tanto diagnóstica como terapéutica ha sido la razonable en su contexto y en ella no aprecio anomalía alguna.

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

Frente a todo ello no se ha producido por la reclamante la prueba de un diagnóstico errado o tardío, suficiente para identificar una aplicación incorrecta de la *lex artis*, pues se realizaron todas las pruebas diagnósticas disponibles, pero su resultado fue la ausencia de signos de perforación intestinal ni de complicaciones agudas que precisaran una intervención quirúrgica de urgencia, hasta que la hubo el 22 de mayo de 2019 y se encuentra y se visualiza la perforación del sigma.

Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, porque como exige la ley y la *lex artis* se han puesto a disposición del paciente los medios adecuados según las técnicas previstas para la patología en presencia y en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada. Debemos de nuevo recordar que la obligación del médico no es la de obtener la curación del paciente, sino proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y de la l*ex artis ad hoc*.

Como ha determinado en doctrina reiterada el TS, no es suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 a la ciencia garantizar en todos los casos la salud del paciente.

Y, si no es posible atribuir la lesión o sus consecuencias a la infracción de la *lex artis,* no cabrá apreciar o atribuir error ni responsabilidad médica por muy insatisfactorio que, comprensiblemente, sea el resultado producido, ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas las ocasiones una respuesta coherente a los

diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada en los resultados.

La reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

En definitiva, es obligado concluir del contenido del expediente administrativo, con la totalidad de los elementos probatorios existentes, que no existió una inadecuada asistencia sanitaria, lo que supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y los daños alegados, y, por ende, es obligadamente declarar inexistente la responsabilidad de la Administración y concluir que la Propuesta de Resolución desestimatoria es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria se considera conforme a Derecho, como se razona en el anterior Fundamento IV.