



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y  
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 21 de diciembre de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 17 de noviembre de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de noviembre de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.050/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

**Primero.-** Dña. xxxxx, nacida el 20 de diciembre de 1958, acude el 7 de diciembre de 2001 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx refiriendo dolor en flanco izquierdo, como pinchazos, no irradiado, que aumentaba al levantarse de la silla y se aliviaba con la expulsión de gases.



Durante la última semana había tenido muchos gases. No tiene fiebre, náuseas, vómitos ni ninguna otra sintomatología digestiva.

La exploración física es normal, el abdomen es globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y vacío izquierdo. No se palpan masas ni megalias; existen ruidos hidroaéreos y no hay signos de irritación peritoneal.

La analítica determina una leucocitosis de 15.100 con neutrofilia: 11.900. El sedimento urinario presenta hematíes aislados, leucocitosis 1-5. Células de vías bajas abundantes y de vías altas aisladas, bacterias escasas. La radiografía de abdomen no objetiva hallazgos valorables.

Con el juicio clínico de dolor abdominal inespecífico, le recomiendan observación domiciliaria, dieta blanda y rica en residuos, y acudir de nuevo a urgencias si aparecen nuevos síntomas.

No hay constancia de que la paciente vuelva a urgencias ni que acuda a la consulta de su médico de cabecera.

El día 5 de marzo de 2002 la reclamante acude a la consulta externa de digestivo del Hospital qqqqq de xxxxx, por cuadro de distensión abdominal, de predominio vespertino, de varios meses de evolución, acompañado en ocasiones de dolor abdominal. El cuadro mejora con la defecación y expulsión de gases; no hay estreñimiento ni alteración del hábito intestinal.

En la exploración física observa un abdomen distendido con matidez a la percusión y la palpación de una gran masa abdominal desde hipogastrio.

La radiografía simple de abdomen declara la presencia de una gran masa de densidad agua que ocupa la pelvis menor y el abdomen. La ecografía evidencia una gran masa de ecogenicidad mixta con quistes en su interior; quiste en lóbulo derecho del hígado de 82 mm; riñón y úteros normales. El TAC objetiva una gran masa (aproximadamente de 20 cm de diámetro longitudinal por 26 cm de diámetro transversal máximo y 17 cm de diámetro anteroposterior máximo) de predominio hipodenso aunque con polos sólidos que realzan de forma heterogénea con contraste, bien definida, que produce un desplazamiento periférico de todas las asas intestinales, extendiéndose desde



mesogastrio hasta pelvis. Debido a su gran tamaño es difícil determinar el origen, aunque sus características radiológicas sugieren cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario como primera posibilidad diagnóstica. Útero discretamente aumentado de tamaño con el contorno alterado, hallazgos en probable relación con útero miomatoso. No se objetiva ascitis, ni adenopatías, abdominales o pélvicas, patológicas.

Ante el resultado de estas exploraciones, se solicita ECG informado a cardiología, consulta preanestesia y consulta a ginecología.

De la exploración ginecológica resulta: genitales externos, vagina y mamas normales; cuello de retro normal, gran quiste gigante de ovario con tumoraciones que crecían hacia adentro y que alcanzaban cuatro traveses de dedo por encima del ombligo. Útero imposible de delimitar por palpación bimanual. En la analítica destacan hipercolesterolemia, marcador Ca 12,5 elevado; VSG: 21 (normal: 1-20). El ECG: potenciales bajos ¿derrame, obesidad, enfisema? El scan óseo, serie ósea completa, no define imágenes metastásicas en tórax ni imágenes sugestivas de metástasis óseas. El estudio de frotis cérvico-vaginal es inespecífico hormonalmente con fondo limpio y algunos neutrófilos (dentro de la normalidad) y citología negativa (no se observan atipias celulares).

El día 2 de abril de 2002 la reclamante ingresa en el Servicio de Ginecología del Hospital qqqqq; la ecografía confirma la existencia de una tumoración hasta el reborde costal, de patrón líquido fundamentalmente, con numerosas zonas sólidas y tabiques, cápsulas, sin ascitis.

La paciente es informada por el ginecólogo del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico propuesto, así como de sus posibles complicaciones, y autoriza con su firma el tratamiento.

El día 4 de abril de 2002 es intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general. Le realizan una laparotomía media hasta unos 5 cm sobre ombligo, apertura por planos, encontrando una gran tumoración que ocupaba todo el abdomen, de contenido mucinoso, adherida a hipocondrio izquierdo por una adherencia dura, con zonas sólidas en su interior; ascitis de unos 100 cm<sup>3</sup>; útero polimiomatoso como de 12 semanas; ovario izquierdo normal; la



tumoración es de cápsulas sólidas, no parece infiltrada; epiplón y pared abdominal sin infiltración.

Aspiran líquido ascítico (AP: anatomía patológica), abren la tumoración y aspiran 8.500 cm<sup>3</sup> de líquido sero-mucinoso, liberan la tumoración de la pared y realizan anexectomía derecha (de donde procedía la tumoración). La BIO (biopsia intraoperatoria) confirma que se trata de un carcinoma infiltrante; continúan con histerectomía total extrafascial y anexectomía izquierda en 4 pasos (suturas Vicryl). Omentectomía: entre pinzas, ligaduras con seda (0). Apendicectomía reglada ligando la apendicular y la base con seda (0) e invaginando en bolsa de tabaco. Lavado de cavidad. Revisan el hígado, no se observan nódulos ni infiltrados; cierran la pared por planos.

El estudio anatomopatológico del líquido ascítico es: citología negativa. Hiperplasia mesotelial reactiva. El estudio del líquido quístico objetiva: frotis con escasa representatividad citológica, compatible con lesión quística.

El 12 de abril de 2002 se le da el alta hospitalaria.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria es informado el 15 de abril de 2002 en los siguientes términos:

“Descripción macroscópica: Se recibe como biopsia intraoperatoria una formación quística que tiene unas dimensiones máximas de 31 x 22 x 7cm que muestra una superficie externa lisa de coloración blanquecina. Al corte se identifican múltiples formaciones quísticas de tamaño variable ocupadas por material de aspecto mucinoso. De forma ocasional se observan áreas sólidas de pequeño tamaño de coloración blanquecina y consistencia más firme. No se ha observado infiltración de la cápsula a ningún nivel. Se diagnostica de carcinoma infiltrante.

»Descripción microscópica: Los cortes histológicos muestran una neoformación epitelial mucinosa que en la mayor parte de las áreas estudiadas está constituida por estructuras glandulares con abundante estroma entre ellas, identificándose células mucinosas con núcleos basales y citoplasmas amplios. Se observan áreas con sobrecrecimiento del epitelio, observándose varias capas de células con frecuente configuración papilar. Igualmente se identifican áreas de proliferación glandular compleja con multiestratificación y reduplicación



luminal con variable atipia celular, con presencia de núcleos hiper cromáticos con nucleolos prominentes y descenso de la mucina citoplasmática. Las figuras de mitosis son frecuentes. Se observan invasión focal del estroma sin clara destrucción del mismo. No se ha observado invasión capsular a ningún nivel.

»Diagnóstico: cistoadenocarcinoma mucinoso de bajo grado (tumor mucinoso proliferante atípico con mínimas áreas de microinfiltración)”.

El 26 de julio de 2002 el Dr. vvvvv remite a la paciente el informe de alta en el que se señala: “(...) Diagnóstico clínico: tumoración ovárica gigante. Diagnóstico anatomopatológico: Cistoadenocarcinoma mucinoso de bajo grado (tumor mucinoso proliferante atípico con mínimas áreas de microinfiltración). Apéndice sin lesiones. Epiplon sin evidencia de infiltración neoplásica. Ovario izquierdo con folículos quísticos. Citología de líquido libre abdominal: hiperplasia mesotelial reactiva. Tratamiento: histerectomía total y anexectomía bilateral, omentectomía y apendicectomía. Quimioterapia con Taxol y Carboplatino 5 ciclos”.

**Segundo.-** Mediante escrito presentado con fecha 30 de diciembre de 2002, la interesada formula una reclamación como consecuencia del error de diagnóstico de una tumoración ovárica de gran tamaño que tiene que ser extirpada cuatro meses después en el Hospital qqqqq. Considera que debe ser indemnizada por el daño moral y físico por el peligro sufrido por el retraso, dada la naturaleza de la enfermedad. No concreta la cuantía de la indemnización.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del Seguro de Responsabilidad Sanitaria.

- Historia clínica de la reclamante, remitida por el Hospital qqqqq.

En ella figura un informe de 11 de febrero de 2003 del Dr. zzzzz, coordinador de urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, en el que consta lo siguiente:

“(...) En la exploración física no se apreció fiebre (T<sup>a</sup>C 36,6° C), ni inestabilidad hemodinámica T.A. 100/60, y la exploración del abdomen no se palpaba masas ni signos de oclusión, los ruidos hidroaéreos estaban presentes, ni signos de irritación peritoneal, solamente el dolor en hipocondrio y



vacío izquierdo. Las exploraciones complementarias que se le practicaron fueron Radiografía de Abdomen en la que no se apreció ningún hallazgo, Analítica de sangre y de orina en la que solo llama la atención una Leucocitosis discreta de 15.100 leucocitos con neutrofilia del 79,3%.

»El juicio clínico fue de Abdominalgia Inespecífica que es un término que implica un diagnóstico en negativo pues con ello se trata de transmitir al paciente y a su médico que no se ha encontrado patología aguda, sobre todo Abdomen Agudo Quirúrgico ni patología médica urgente como oclusión intestinal, patología inflamatoria, por lo que se achacó el cuadro abdominal a una Dispepsia por Hipomotilidad y se le pautó dieta rica en residuos, debido a la Leucocitosis se le indicó que si aparecían nuevos síntomas acudiera de nuevo a urgencias.

»La actuación médica fue correcta desde el punto de vista científico, pues a partir de los hallazgos de la anamnesis y la exploración física se solicitaron las pruebas complementarias adecuadas, pues la Ecografía Abdominal no estaba justificada pedir la de urgencias pues ningún hallazgo indicaba que estuviéramos ante un Abdomen Agudo quirúrgico ni médico, otra visión es que esta paciente en consulta para completar el estudio estuviera indicado hacer esta prueba, así como colonoscopia y estudios analíticos más complejos pero nunca de urgencias.

»Igualmente ningún dato recogido en urgencias indicaba patología ginecológica por lo que no estaba indicado la interconsulta a ginecología.

»La paciente no tenía criterios de ingreso dado su buen estado general.

»La patología tumoral es una patología grave pero no urgente, de hecho la mayoría de las veces se diagnostica por consulta pues la clínica que presente es generalmente de inicio paulatino y no suele dar cuadros agudos, salvo complicaciones.

»Los tumores de ovario pueden alcanzar tamaños muy grandes pues tiene gran cantidad de líquido pero esto puede acontecer en



períodos muy cortos de tiempo y esto es conocido por todos los profesionales pero desde luego cuando acudió a urgencias no se palpaba" (sic).

- Informe de la Inspección Médica de 21 de marzo de 2003, entre cuyas conclusiones cabe destacar:

"(...) En el momento de esa consulta no existía ningún dato que indicara enfermedad ginecológica, por lo que, no estaba indicada la interconsulta con ginecología. Tampoco presentaba signos de afectación intestinal que requiriera la realización de exploraciones complementarias con carácter de urgencia. La paciente no tenía criterios de ingreso dado su buen estado general. Se le recomendó observación domiciliaria con la indicación, verbal y por escrito, de que si aparecía algo nuevo en la clínica volviera nuevamente a urgencias (...).

»Dña. xxxxx no demandó ninguna asistencia más del Servicio de Urgencias. Tampoco acudió a la consulta de su médico de cabecera ni por éste ni por otros motivos. (...)

»Cuando fue atendida por el Dr. ggggg en xxxxx, 3 meses después de haber sido vista en el Servicio de urgencias, presentaba distensión abdominal. La exploración física y el resto de exploraciones complementarias permitieron llegar al diagnóstico de una gran tumoración quística ovárica. (...).

»La patología tumoral es una patología grave pero no de presentación urgente, salvo complicaciones. Los tumores de ovario pueden alcanzar en periodos muy cortos de tiempo tamaños muy grandes, pues contienen gran cantidad de líquido. (...).

»La actuación de los profesionales del Servicio de Urgencias fue la adecuada y correcta, pues una vez descartada patología urgente recomendó la observación domiciliaria y acudir ante la aparición de nuevos datos clínicos.

»No se observa negligencia ni mala práctica en las actuaciones de los profesionales que atendieron a la paciente, actuando éstos en todo momento de acuerdo a la *lex artis*, (...)"



**Cuarto.-** Mediante nota interior de fecha 26 de marzo de 2003, la Gerencia de Salud de Área de xxxxx remite a la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud el expediente administrativo con el objeto de que se dicte la propuesta de resolución que corresponda.

**Quinto.-** Con fecha 26 de marzo de 2003, la Gerencia de Salud de Área de xxxxx remite el expediente a la compañía aseguradora sssss, para la gestión del contrato de seguro de responsabilidad civil.

**Sexto.-** El 13 de octubre de 2004 el Jefe del Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario, advirtiendo en el expediente la carencia de información relativa a la formalización del trámite de audiencia, requiere a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx la remisión de dicha información.

**Séptimo.-** Mediante escrito de 19 de octubre de 2004, el Jefe del Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Sanitaria considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Dicha circunstancia es comunicada mediante escrito de 26 de octubre de 2004 a la Asesoría Jurídica de la Gerencia de Atención Especializada, y mediante fax a la Inspección Médica en la misma fecha.

**Octavo.-** El día 26 de octubre de 2004, concluida la instrucción del procedimiento, se acuerda la apertura del trámite de audiencia a la interesada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos. Notificado a la interesada en fecha 28 de octubre de 2004, no consta que ésta, durante el plazo concedido al efecto, haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

**Noveno.-** Con fecha 26 de noviembre de 2004, la Gerencia de Salud de Área de xxxxx remite a la Dirección General de Desarrollo Sanitario la información relativa al trámite de audiencia.





**Décimo.-** Con fecha 1 de septiembre de 2005, el Director General de Desarrollo Sanitario formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

El 18 de octubre de 2005 el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

**Undécimo.-** El 28 de octubre de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido, en lo sustancial, con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.



No obstante, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada el 30 de diciembre de 2002, hasta el día 18 de octubre de 2005 no se emitió la propuesta de orden, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

Debe recordarse, asimismo, que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992 ya citada, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la



responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

**5ª.-** El motivo de la reclamación formulada se basa en la existencia de un error en el diagnóstico de la paciente, el día 7 de diciembre de 2001, en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, al haber sido diagnosticada de un dolor abdominal inespecífico, siendo así que el 4 de abril de 2002 fue intervenida quirúrgicamente a causa de un cistoadenocarcinoma de ovario, que, a su juicio, debió haber sido diagnosticado en dicho Servicio de Urgencias.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 30 de diciembre de 2002, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar el



hecho causante por el que reclama, que se produjo el día 12 de abril de 2002, fecha en que la paciente fue dada de alta hospitalaria.

En cuanto al fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 18 de octubre de 2005 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que la reclamante imputa al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

En este punto cabe recordar algunos aspectos de la teoría de la *lex artis* en la actuación médica; teoría que se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 o 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, 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 a 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.



Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Frente a estos juicios la reclamante –a la que corresponde la carga probatoria– no ha aportado pruebas que confirmen sus tesis y que permitan afirmar que fue mal diagnosticada o tratada con vulneración de la *lex artis*.

Debe resaltarse que todos los anteriores juicios tienen apoyo en la historia clínica y en los informes que obran en el expediente, no rebatidos por la reclamante.

Así, el diagnóstico al que se llegó el día 7 de diciembre de 2001 en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx fue de dolor abdominal inespecífico. Según el informe de 11 de febrero de 2003 del Dr. zzzzz, coordinador de urgencias, la abdominalgia inespecífica “es un término que implica un diagnóstico en negativo pues con ello se trata de transmitir al paciente y a su médico que no se ha encontrado patología aguda, sobre todo abdomen agudo quirúrgico ni patología médica urgente”. En el propio Servicio de Urgencias, y debido a la leucocitosis advertida, se indicó a la paciente que acudiera de nuevo a urgencias si aparecían nuevos síntomas. Sin embargo, durante tres meses la reclamante no consultó ni en urgencias ni con su médico de cabecera, quien, de haber sido consultado, habría podido tener la oportunidad de haber solicitado exploraciones complementarias y posterior derivación al especialista correspondiente, pero nunca de urgencias, como se pone de relieve en el informe de la Inspección Médica.

En el informe del coordinador de urgencias se continúa señalando que “a partir de los hallazgos de la anamnesis y la exploración física se solicitaron las pruebas complementarias adecuadas, pues la Ecografía Abdominal no estaba justificada pedirla de urgencias pues ningún hallazgo indicaba que estuviéramos ante un abdomen agudo quirúrgico ni médico. Igualmente ningún dato recogido en urgencias indicaba patología ginecológica por lo que no estaba indicado la interconsulta a ginecología. La paciente no tenía criterios de ingreso dado su buen estado general”.



Los propios informes médicos subrayan que la patología tumoral es una patología grave pero no urgente; de hecho, la mayoría de las veces se diagnostican por consulta, pues la clínica que presenta es generalmente de inicio paulatino y no suele dar cuadros agudos salvo complicaciones. Los tumores de ovario pueden alcanzar tamaños muy grandes, pues contienen gran cantidad de líquido, y esto puede acontecer en periodos muy cortos de tiempo. En cualquier caso, en dicho informe se afirma que “cuando acudió a urgencias no se palpaba (...)”. En cambio, el día 5 de marzo de 2002, en la exploración física se observó la palpación de una gran masa abdominal desde hipogastrio.

También debe resaltarse que la radiografía de abdomen realizada en urgencias no objetivó hallazgos valorables. Por el contrario, tres meses más tarde, la radiografía simple de abdomen declaró la presencia de una gran masa de densidad agua que ocupaba pelvis menor y abdomen, y que en la primera radiografía no se apreció.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica de 21 de marzo de 2003, reiterando los argumentos anteriores, concluye:

“La actuación de los profesionales del Servicio de Urgencias fue la adecuada y correcta, pues una vez descartada patología urgente recomendó la observación domiciliaria y acudir ante la aparición de nuevos datos clínicos.

»No se observa negligencia ni mala práctica en las actuaciones de los profesionales que atendieron a la paciente, actuando éstos en todo momento de acuerdo a la *lex artis*, (...)”.

Por tanto, a la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta tanto los datos que obran en la historia clínica de la paciente, como las consideraciones manifestadas por los especialistas en los diversos informes que se incluyen en el expediente, puede concluirse que no se ha demostrado la existencia del error en el diagnóstico realizado a la reclamante, quien en todo momento recibió una asistencia médica ajustada a la *lex artis ad hoc*, razón por la que procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.