



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 265/2016

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de septiembre de 2016, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 16 de septiembre de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 348/15), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 4 de febrero de 2011 se presentó reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), formulada por x, en la que, en síntesis, expuso lo siguiente:

"Primero.- Con fecha de 5 de febrero de 2010, a las 10:24 ingresé en Urgencias (del Hospital General Universitario "Reina Sofía") por motivo de dolores abdominales, diagnosticándose una apendicitis aguda, practicándose una intervención urgente que dio como resultado que la apéndice era normal y, persistiendo mis dolores, acudí nuevamente a urgencias el día 2 de marzo de 2010, donde ya se hizo constar la <salpingitis> que me provocaba los mismos, por lo que entiendo que la operación a la que he sido sometida no era ineludible y necesaria, siendo posible otros tratamientos alternativos, ya que en la analítica que se me practicó el 5 de febrero se mencionada "gérmenes abundantes", pudiéndose haber evitado el riesgo de la intervención quirúrgica que se me practicó, actividades y omisiones culposas éstas que llevan a sostener que el médico o médicos que intervinieron en los hechos asumieron los riesgos por sí solos, entendiendo, por último, la que suscribe que no se me practicó una asistencia adecuada, atendidas las circunstancias de su caso.

Segundo.- Por lo tanto, he padecido un sufrimiento moral que creo que ha de ser indemnizado de conformidad a la valoración que disponga la ley, y así les requiero que lo asuman y acepten".

Adjunta a su escrito varios documentos de su historia clínica relativa a los referidos hechos.

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del SMS de 2 de marzo de 2011 se admitió a trámite la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

En esta misma fecha se solicitó a la Gerencia del Área de Salud VII copia de la historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Mediante escrito presentado el 28 de marzo de 2011 la reclamante concretó la indemnización solicitada en la cantidad de 3.000 euros, sin mayor especificación.

CUARTO.- Mediante oficio de 29 de marzo de 2011, desde el citado hospital se remitió la documentación solicitada, de la que se destaca el informe del 21 anterior del Dr. x, Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que expresa lo siguiente:

"La paciente x, con NHC --, acudió a urgencias de este Hospital el día el día 5 de febrero de 2010 por presentar cuadro de dolor abdominal de unas 12 horas de evolución. En la exploración practicada, la paciente presenta

defensa a nivel de fosa ilíaca derecha con signos de irritación peritoneal. Durante su estancia en urgencias se le practican dos analíticas de sangre observándose un aumento de la leucocitosis y del porcentaje de neutrófilos. Asimismo se realizó ecografía abdominal en la que no se encuentran signos de patología aguda intrabdominal. Valorada nuevamente por la cirujano de guardia Dra. X, ante la persistencia del cuadro abdominal y el empeoramiento de algunos signos de sepsis (aumento de la leucocitosis, disminución de la actividad protombínica, etc.), se decidió intervención quirúrgica urgente. La paciente fue informada y firmó el consentimiento informado, donde, además, se refleja por la cirujano la indicación de LAPAROSCOPIA EXPLORADORA. Mediante abordaje laparoscópico (menos lesivo para la paciente) se accede a cavidad abdominal, hallando apéndice de aspecto normal, que se extirpa profilácticamente, y una salpingitis supurada en trompa derecha. En el postoperatorio se consulta al servicio de ginecología que cita a la paciente para revisión en consultas externas.

El día 2 de marzo de 2010 la paciente acude nuevamente a urgencias por dolor abdominal en FOSA ILIACA IZQUIERDA, siendo dada de alta con la impresión diagnóstica de DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO y tratamiento sintomático, ES DECIR, SIN NINGUNA RELACIÓN CON EL CUADRO DE 25 DÍAS ANTES.

Ante esta reclamación hay que hacer constar las siguientes puntuaciones:

1. El diagnóstico de apendicitis aguda es clínico, es decir, se basa fundamentalmente en la anamnesis y la exploración.
2. La ecografía es una ayuda a diagnóstico, pero su sensibilidad es inferior al 85% y, dependiendo del radiólogo que la practique, puede ser incluso inferior.
3. La decisión de intervenir fue totalmente correcta, pues si hay una duda razonable es preferible intervenir y no dejar evolucionar un cuadro de posible peritonitis.
4. Se eligió la vía laparoscópica por ser más efectiva para el diagnóstico y menos lesiva para la paciente.
5. En el caso de hallar un apéndice de aspecto normal la mayoría de los cirujanos realizan la apendicetomía profiláctica para evitar confusiones futuras".

QUINTO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 10 de agosto de 2011, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por cuatro facultativos especialistas en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente

- "1. La paciente acude a la urgencia del HGURS de Murcia por un cuadro de dolor abdominal compatible con abdomen agudo inicial.
2. De manera correcta se realizan exploraciones clínicas analíticas y de imagen, sin que se llegue al diagnóstico exacto de la leucocitosis con desviación izquierda.
3. Una de las opciones habituales es la exploración del abdomen inferior y pelvis mediante la realización de una laparoscopia diagnóstico-terapéutica y así se propuso a la paciente y a la familia.
4. Antes de la intervención la paciente firmó los documentos de CI (consentimiento informado) para cirugía de urgencias con los diagnósticos de apendicitis aguda, laparoscopia exploradora.
5. La cirugía se lleva a cabo en tiempo y forma correctos, apreciándose en la misma la existencia de una pelviperitonitis, con salida de pus a través de la trompa derecha.
6. En estas circunstancias la extirpación del apéndice es un gesto absolutamente correcto que se realiza habitualmente en situaciones que requieren exploración de la FID (fosa ilíaca derecha) y pelvis.

7. Este gesto evita en el futuro complicaciones técnicas y diagnosticas en caso de producirse un abdomen agudo por apendicitis sobre una FID intervenida previamente.

8. Más del 30% de los pacientes sufre una apendicitis aguda de más de 48 h. y entre el 50 y el 70% presenta perforación apendicular.

9. La mortalidad de las intervenciones con gangrena o perforación apendicular llega a ser del 5%. Por todo ello es preferible operar apendicitis de inicio que esperar a que se presente una patología apendicular severa.

10. No existen secuelas tras una apendicetomía profiláctica, realizada por laparoscopia.

11. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trajeron a la paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la "lex artis".

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 9 de febrero de 2015, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1) Paciente de 20 años de edad sin AMI (antecedentes médicos de interés) que acudió a Servicio de Urgencias estableciéndose como juicio diagnóstico de sospecha apendicitis aguda de forma correcta, según la evaluación clínica.

2) Se propone acertadamente realización de laparoscopia exploratoria.

3) Constan en documentación clínica documentos de CI para anestesia y cirugía de urgencia firmados por la paciente.

4) A través de laparoscopia se detecta salpingitis derecha, que fue diagnosticada y tratada correctamente en esta primera asistencia sanitaria.

5. No se apreció afección en el apéndice, realizándose apendicetomía profiláctica para evitar confusiones en el diagnóstico en posibles episodios abdominales posteriores.

6. La patología ginecológica es la causa más frecuente que induce al error con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda.

7. En la segunda asistencia sanitaria tres semanas después el juicio diagnóstico fue dolor abdominal inespecífico que, según la clínica y la EF (exploración física), es correcto, siendo tratado con analgésicos, este proceso no tiene ninguna relación con el anterior.

8. La asistencia prestada ha sido correcta, no hay evidencia de mala praxis".

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 27 de marzo de 2015 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo a este último efecto la reclamante el 20 de mayo siguiente y presentando alegaciones el 25 de dicho mes y año, en las que expresa lo siguiente:

"Siendo la apendicitis aguda distinta a la salpingitis, es evidente que se cometió un error en diagnóstico, pues no sirve para eximirlo el hecho de que se sospechara de la existencia de apendicitis o que se firmara una autorización para esa intervención, toda vez que si se firmó fue también en la creencia de que el diagnóstico era ese y no otro.

Habiéndose reconocido por los propios informes que constan en el expediente el error padecido, la operación a la que fui sometida no era ineludible y necesaria, y sólo con un correcto diagnóstico se hubiera evitado la misma, actividad ésta culposa que llevan a sostener fundadamente que los médicos asumieron los riesgos por sí solos, en lugar de la paciente o de la persona llamada a prestar su consentimiento, siendo correcta la aplicación del art. 1902 CC por los daños causados, ratificando mi escrito por el que se inició este expediente".

OCTAVO.- El 31 de agosto de 2015 se formula propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños (de posterior análisis) que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay repero que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*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*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- 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 sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el

estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "ciertamente 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 si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. Según se desprende de las alegaciones de la reclamante, ésta considera que el hecho de que el 5 de febrero de 2010 el Servicio de Urgencias del HGURS le diagnosticara "*probable*" apendicitis aguda y le indicara la procedencia de realizar una "*laparoscopia exploratoria*" (así consta en el documento de consentimiento informado suscrito por aquélla, f. 9 exp.), efectuándose dicha intervención tal día, fue una actuación "*culposa*" (es decir, y trasladado al ámbito sanitario que nos ocupa, contraria a la "*lex artis ad hoc*" médica), debido a que tal laparotomía reveló que no existía tal apendicitis, sino una salpingitis supurada en la trompa de Falopio derecha, patología que no requería dicha intervención. Considera que existió un error de diagnóstico de dicho Servicio que le llevó a indicar dicha laparotomía, cuya práctica afirma que le causó un daño moral, que valora en 3.000 euros, sin mayor especificación.

Siendo presupuesto esencial de toda reclamación patrimonial en materia sanitaria la acreditación de la existencia de los daños por los que se reclama y, de existir éstos, la verificación de que traen causa de la actuación médica cuestionada (causalidad vista en un principio desde una perspectiva meramente fáctica o física, es decir, prescindiendo en este momento del ajuste o no de dicha actuación a la "*lex artis ad hoc*" médica), se advierte que, en el presente caso, se reclama por el "*sufriimiento moral*" que la interesada considera haber padecido por el hecho de haberse sometido a una intervención quirúrgica que estima que no era necesaria. Considerando que no se ha acreditado que dicha intervención produjera secuela alguna, sólo cabe apreciar como hipotético daño indemnizable el período de incapacidad temporal derivado de dicha intervención (seis días de carácter hospitalario y siete no hospitalario), sin perjuicio de que en su valoración pueda darse una especial relevancia al hecho mismo de la intervención quirúrgica y determinar un "*premium doloris*" de mayor entidad que en otros casos. Pero no cabe considerar que exista un daño moral autónomo, como sería el derivado de una eventual privación del derecho de autodeterminación por deficiencias en el consentimiento informado, pues no se alegan deficiencias algunas en este aspecto, lo que resulta lógico, puesto que no las hay, ya que el documento suscrito al efecto es coherente y adecuado con el diagnóstico de apendicitis aguda que consigna, sin que se discuta que, para tal patología, el mismo indicara correctamente la realización de laparotomía y la inexistencia de alternativas terapéuticas razonables, como se desprende de los informes médicos emitidos.

II. Por ello, la cuestión a dilucidar es si el diagnóstico de apendicitis aguda efectuado por los servicios médicos del HGURS, que es lo que determinó la referida intervención, ha de ser calificado como una actuación contraria o no a la "*lex artis ad hoc*" pues, como expresamos en la Consideración precedente, sólo en caso afirmativo se generaría responsabilidad patrimonial, por los daños antes apuntados.

Y, en este sentido, de las alegaciones de la reclamante se desprende que considera que existe tal mala praxis por el mero hecho de que el citado diagnóstico no se viera confirmado al realizar la intervención de referencia, conclusión que no puede admitirse. Como asimismo se expresa en la indicada Consideración, a la actuación médica no puede exigírsele en todo caso y sin más matizaciones el acierto o la efectividad de sus diagnósticos o tratamientos, sino que emplee los medios y criterios que sean adecuados, según el estado de la ciencia y técnica médicas aplicados al caso concreto, para intentar obtener dicho acierto y efectividad.

Y, en este sentido, los informes médicos emitidos coinciden, sin contradicción por la reclamante, en que los servicios de urgencias del HURS emplearon los criterios y los medios adecuados para llegar al diagnóstico de probable apendicitis aguda e indicar la práctica de la laparotomía en cuestión; es decir, que la actuación médica fue correcta por haber procedido, en el proceso de diagnosis y a la vista del estado clínico de la paciente, conforme a la buena práctica sanitaria, lo que es independiente de que el inicial diagnóstico no se confirmara posteriormente, lo que, se insiste, no implica "per se" una mala praxis y, por tanto, no determina automáticamente y sin más la pretendida responsabilidad.

En este sentido, merece destacarse lo expresado por el Informe de la Inspección Médica:

"Del estudio detallado de los datos obrantes en la historia clínica de la paciente, documentación aportada y en relación a la documentación médica consultada, destacamos que x, de 20 años de edad sin antecedentes médicos de interés, acudió a servicio de urgencias de HURS por dolor abdominal de más de 12 horas de evolución localizado en FID. En EF destaca abdomen blando y depresible con dolor intenso en FID y Blumberg +. Se solicita analítica de sangre y orina en la que destaca 15400 leuc., 78,6 neutrófilos y 15,2 linf. Serie roja normal y en orina: leucocitos - y gérmenes abundantes. También se practica Rx abdominal en la que se aprecia abundante gas y heces. A la paciente se le administra analgesia y antibiótico quedando en observación. La situación de la paciente no mejora, se encuentra mal con aumento del dolor focalizado en FID y sensación distérmica, con buen criterio se solicita valoración por servicio de cirugía, ecografía y repetición de analítica de sangre y orina.

En la nueva analítica destaca una actividad protrombínica (índice Quick) del 68,77%, un incremento de la leucocitosis (16500 leuc.), y de la desviación a la izquierda (81,4 % neutrófilos) y 15,2 linf. En analítica de orina nitritos +, leucos - y 25 eritrocitos. La ecografía informa sin signos de patología aguda intrabdominal.

Valorada la paciente por servicio de cirugía se aprecia incremento de dolor en FID y sensación distérmica con REG y bastante afectada la paciente por el dolor. En exploración abdominal se aprecia abdomen blando, depresible y doloroso en FID e hipogastrio con defensa a ese nivel y signos de irritación peritoneal. Por lo que acertada y correctamente ante la persistencia del cuadro de dolor y la sospecha de apendicitis aguda se propone realización de laparoscopia exploratoria, constan documento de CI para cirugía de urgencias firmado por la paciente, procediéndose a su realización en la que se detecta trompa de Falopio derecha congestiva con escaso contenido purulento y se visualiza apéndice de carácter normal sin signos inflamatorios, se hace apendicetomía profiláctica. Se trata la salpingitis en interconsulta con servicio de ginecología, el postoperatorio transcurre sin complicaciones, siendo alta hospitalaria con citas para revisión en ginecología y cirugía.

En el caso que nos ocupa el juicio diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda realizado según la clínica, la EF y la evolución de la analítica es correcto, la paciente presentaba una evaluación clínica [...] si bien se han conseguido avances en el diagnóstico de la apendicitis aguda por medio de estudios complementarios de diagnóstico, ninguno ha demostrado superar a la evaluación clínica. Por lo tanto, la historia y la cronología de los síntomas, junto con la evaluación del paciente, son los datos más importantes para el diagnóstico de esta enfermedad [...] acorde con esa sospecha diagnóstica, el dolor comienza a aumentar en intensidad y se localiza en FID, no tiene fiebre pero presenta sensación distérmica, en la EF presenta defensa abdominal localizada en flanco derecho, el signo de Blumberg es positivo (indica irritación peritoneal,) en analítica de sangre se aprecia una leucocitosis con desviación a la izquierda, todos ellos síntomas y signos propios de una apendicitis aguda. Acertadamente se propone realizar laparoscopia exploratoria [...] que es el acceso quirúrgico de elección ante la sospecha de apendicitis aguda en una mujer de edad fértil por la alta fiabilidad diagnóstica y las ventajas que presenta en cuanto a morbilidad postoperatoria, tiempo de interacción y retorno a la actividad laboral [...] llegándose al diagnóstico exacto de salpingitis derecha. Hay que destacar que la patología ginecológica es la causa más frecuente que induce al error con la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda. (...)

Tres semanas después de la apendicetomía y el diagnóstico y tratamiento de su salpingitis derecha, la paciente acude de nuevo a Servicio de Urgencias por dolor abdominal, que en esta ocasión se localiza en FII (fosa ilíaca izquierda). La EF y las pruebas complementarias realizadas están dentro de la normalidad. Estableciéndose en esta ocasión como juicio diagnóstico de sospecha, dolor abdominal inespecífico que es tratado con analgésicos. No existe pues, ninguna relación entre este episodio y el anterior".

III. A la vista de todo lo anterior, no puede considerarse acreditada la existencia de una mala praxis en la asistencia sanitaria pública cuestionada, por lo que, conforme con lo señalado en la Consideración precedente, a los efectos de la pretendida responsabilidad patrimonial no existe una relación de causalidad jurídicamente

adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen, por lo que la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

