

Expediente Núm. 126/2007
Dictamen Núm. 14/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de febrero de 2008, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de mayo de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en la Delegación de Gobierno en Asturias el 16 de octubre de 2006, y registrado de entrada en el Servicio de Salud el día 19 del mismo mes, doña solicita responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de dos intervenciones quirúrgicas, efectuadas entre los días 6 y 11 de noviembre de 2005; la primera, en el apéndice, que resultó ser, según señala la reclamante, innecesaria, y que se le habría practicado “sin tener previo conocimiento de la necesidad de la realización de tal operación”, y

de la segunda, "que afectaba a mi ámbito ginecológico (...) tampoco fui informada". Manifiesta que todo ello se deduce "una vez interesada copia de la historia médica por mi parte y obtenidos comentarios de facultativos", y que queda pendiente la cuantificación del daño "por no tener al día de la fecha suficientemente valorados los perjuicios que me han sido causados".

2. El día 26 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias pide a la interesada que "especifique (...) los perjuicios que le han sido ocasionados (...), el centro sanitario y (el) Servicio en el que tuvieron lugar las intervenciones quirúrgicas (...) (y) la cuantificación económica del daño", con la indicación de que, de no recibirse contestación en el plazo de diez días, se le tendrá por desistida de su petición.

3. Mediante escrito presentado en la Delegación de Gobierno en Asturias el día 11 de noviembre de 2006, comparece la interesada señalando que "los centros donde se han producido los daños son: (...) Hospital `X´ (...). Hospital `Y´" y que "la cuantificación económica del daño" se cifraría en ciento veinte mil euros (120.000 €).

Relata nuevamente los hechos que motivan la reclamación indicando que "acudo al Servicio de Urgencias de `Y´ por un dolor muy agudo en el vientre. Después de realizarme unos análisis y restando importancia los facultativos a las molestias que padecía, éstos me remiten al Servicio de Urgencias del Hospital `X´, al que acudo por indicativo médico al día siguiente. En este Servicio me intervienen de urgencia tras la espera de más de 12 horas sin atención médica, y debido a las protestas que formularon mis familiares./ La operación se hace según la médica (...) de peritonitis provocada por una posible apendicitis./ Al día siguiente mi familia es informada (de) que la operación se realizó innecesariamente, pues el problema real era ginecológico y debería haberse resuelto en el primer ingreso hospitalario a que me he referido, es decir, el Hospital `Y´ (...). Sigo una serie de días ingresada, se me da el alta y se me pautan una serie de medidas a seguir. Todas esas medidas se deben a la

negligencia médica, lo que me conlleva a acudir a diferentes médicos que coinciden en que la intervención quirúrgica no era precisa”.

Expone que, “en relación a los daños y perjuicios causados, dada la gravedad de los mismos, en este escrito me limito a hacer una brevísima descripción, puesto que todavía me encuentro pendiente de pruebas médicas”. A continuación refiere los daños, que, en sustancia, se contraen a: una agravación de la esquizofrenia paranoide que padecía, y que le impide realizar las pruebas que los médicos le aconsejan; “dolores abdominales durante todo el mes, no poder hacer esfuerzos, fuertes dolores menstruales, cansancio, estreñimiento, fobia a la medicación (...), que me la han tenido que pautar de nuevo por el miedo que encadenó en mí acudir a consultas médicas” y añade que aportará “nuevos escritos o bien cintas grabadas explicando más detenidamente todos los hechos y daños”.

4. Mediante escrito notificado el día 23 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la fecha en la que ha tenido entrada su contestación al requerimiento efectuado, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo se le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación (...), podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización”.

5. El día 20 de noviembre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Secretaría General del Hospital `X´ copia de la historia clínica de la interesada “en lo relativo a un episodio iniciado en noviembre de 2005 que se extiende hasta el momento actual”, e informes de los servicios afectados, “que en este caso parece (...) que han sido los de Cirugía General y Ginecología”.

6. Con fecha 4 de diciembre de 2006, el Secretario General del Hospital `X´ remite al órgano instructor copia de la historia clínica de la interesada,

integrada, entre otros, por los siguientes documentos: a) Hoja de consulta médica del Servicio de Cirugía General I, de fecha 8 de noviembre de 2005, en la que se señala que la paciente “acude ayer a Urgencias de Ginecología por dolor abdominal continuo de horas de evolución con vómitos (...). Se le realiza ECO (...), viéndose quiste O.D. de 38 x 33 mm. Se recomienda acudir a Urgencias para valoración (...). Ayer no acude, pero hoy viene (porque) el dolor no cede. Sigue con vómitos. Febril 38° C./ El dolor es en fosas ilíacas, sobre todo derecha. (...) dice (...) que ahora le duele epigastrio. Disuria (...). (Abdomen) blando, depresible, doloroso a palpación FID y ligeras molestias en palpación FII y en epigastrio. Blumberg (+), Murphy (-) (...). Eco (abdominal): quistes ovario D. e Izdo. (...) valoración por Ginecología ayer, se vieron quistes y nada más./ Hoy, leucocitosis muy importante”. Refiere “sospecha de peritonitis pélvica” y ordena intervención. b) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I, en relación con la ecografía abdominal practicada el día 8 de noviembre de 2005 y resultado de las pruebas analíticas realizadas entre el 8 y el 15 de noviembre de 2005. c) Hojas de las intervenciones quirúrgicas efectuadas, de fecha 8 de noviembre de 2005. d) Hojas de observaciones de enfermería, correspondientes al periodo comprendido entre el 8 y el 16 de noviembre de 2005. e) Hojas de curso clínico. f) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital `X´, en el que se refiere como diagnóstico principal “apendicitis, abscesos tubo-ováricos”. g) Informe del Servicio de Anatomía Patológica, de 17 de noviembre de 2005, en el que consta, como diagnóstico, “apéndice sin alteraciones. Endometriosis ovárica y de mesosalpinx. Peritonitis fibrino purulenta localizada”.

7. El día 19 de diciembre de 2006, el Secretario General del Hospital `X´ remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia del informe del Servicio de Cirugía General I que había atendido a la interesada.

En el citado informe, emitido el 13 de diciembre de 2006 por el Jefe del Servicio, se indica que la “paciente ha ingresado en nuestro Servicio desde el Área de Urgencias el día 8 de noviembre de 2005 (*sic*) por dolor abdominal

agudo. Había sido vista el día anterior por el Servicio de Ginecología, que la remitió al de Urgencias por no objetivar origen ginecológico. La paciente no acudió ese día, sino al siguiente. Vista por el cirujano de guardia, se hace constar que el dolor persiste e incluso ha aumentado, que presenta vómitos, fiebre de 38 grados y que en la exploración física hay dolor selectivo en fosa ilíaca derecha y menos en la izquierda, con discreta contractura de defensa. Se practica analítica general que pone de manifiesto una leucocitosis de 22.600 con desviación izquierda. Se solicita ecografía urgente que es informada como de lesiones quísticas en ambos ovarios (...), no siendo posible visualizar el apéndice./ Ante la situación clínica de (la) paciente (...), y habiendo sido ya valorada por Ginecología, se decide hacer laparoscopia diagnóstica que confirma la existencia de pus en pelvis e inflamación tubárica. Se extirpa por esta vía el apéndice y se avisa al Servicio de Ginecología que decide hacer laparotomía (...) y extirpar el anejo derecho, además de lavado peritoneal. Desde este momento la paciente queda bajo el control de Ginecología". En el apartado de comentarios, refleja que "el Servicio de Cirugía ha actuado con exquisita corrección en este caso. Es vista en el momento que avisan desde el Área de Urgencias, 14:15 horas, se la explora y observa y se solicita una ecografía urgente. A las 20:40 horas llega a la Unidad de Hospitalización de Cirugía General (enfermería anota que con mucho dolor) y a las 00:40 (horas) llega a quirófano para ser realizada la laparoscopia diagnóstica. Por tanto, no es cierto que haya estado sin atención médica, pues durante ese tiempo se practicó la ecografía y se observó ya que el cuadro no estaba claro. En todo caso desde que se avisa a Cirugía hasta que llega a quirófano han pasado 10 horas./ El hecho de observar pus en cavidad pelviana obliga a hacer apendicectomía profiláctica, pues, con toda seguridad, aunque el apéndice fuese normal en ese momento, en poco tiempo se habría inflamado por contaminación desde afuera. Por otra parte el hecho de realizar la apendicectomía no significa ningún incremento en el riesgo operatorio ni es motivo de descompensación del cuadro psiquiátrico".

8. Con fecha 4 de enero de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera a la Dirección Gerencia del Hospital `X` la solicitud de informe del Servicio de Ginecología.

9. Mediante escrito de 12 de enero de 2007, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia del informe del Servicio de Ginecología que había atendido a la interesada.

En el mismo, emitido el día 11 de enero de 2007 por el Jefe del Servicio, se deja constancia de que "el curso posoperatorio transcurre con normalidad necesitando el aporte de concentrado de hematíes por una discreta anemia posquirúrgica./ La paciente fue dada de alta el día 17-11-05". Adjunta un informe -sin firmar- del equipo de guardia que intervino directamente en la atención de la paciente, de fecha el 27 de diciembre de 2006, según el cual "reciben una llamada de urgencia desde el quirófano de Cirugía General, el día 9 a las 00:40 horas, solicitando nuestra colaboración por haberse detectado en el transcurso de una laparoscopia diagnóstica un cuadro de peritonitis con presencia de quistes ováricos bilaterales y trompas muy inflamadas". En el apartado comentarios, se consigna que "1) En el momento en que se nos avisa del quirófano nos encontramos con una paciente con un cuadro de pelviperitonitis de etiología no establecida con exactitud por la laparoscopia, que nos obliga a realizar una laparotomía exploradora para aclarar la etiología de un proceso grave que puede comprometer la vida de la paciente si no se ataja con la premura adecuada./ La intervención se llevó a cabo con arreglo a la lex artis y se procuró ser lo más conservador posible dentro del cuadro patológico, realizando únicamente extirpación del ovario y de la trompa derecha y conservando el útero, el ovario y la trompa izquierda, practicando además los preceptivos lavados y dejando puntos de drenaje para el pus que se había acumulado en la cavidad abdominal./ Los protocolos de la SEGO, y la literatura científica actual coinciden con dicho tratamiento, tanto para el caso de abscesos tubo-ováricos rotos como para el tratamiento de los endometriomas mayores

de 2 cm, por lo que creemos que la afirmación de que la intervención quirúrgica no era necesaria no se fundamenta en ningún hecho científico, y de hecho la evolución posterior de la enfermedad fue favorable./ 2) Desconocemos quién informó a la paciente o a su familia de que la operación que se realizó era innecesaria, ya que pensamos que era absolutamente precisa para el correcto tratamiento del cuadro clínico./ 3) Los dolores menstruales que la paciente refiere son un síntoma bien conocido de la endometriosis y pueden ser manejados con algunos tratamientos médicos, siempre que los implantes endometriósicos sean de pequeño tamaño, en caso contrario, será preciso una nueva intervención quirúrgica para su extirpación./ 4) La extirpación de uno de los ovarios no altera en absoluto el ambiente hormonal ni impide la posibilidad de embarazos futuros, por lo que su relación con el agravamiento psiquiátrico que la paciente padece nos parece improbable”.

10. Con fecha 20 de enero de 2007, la reclamante presenta en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias un informe de los Servicios de Salud Mental, de fecha 11 de enero de 2007.

En él se señala que la paciente “sigue tratamiento ambulatorio (...) desde 1992. Diagnosticada de esquizofrenia./ Antecedentes de consultas y tratamientos psiquiátricos desde 1967, en los que presentaba una sintomatología esquizofrénica, recibiendo tratamiento con diferentes neurolépticos. (...) en los últimos meses, coincidiendo con enfermedad de la madre y complicaciones quirúrgicas ginecológicas, realiza consultas en las que destaca importante incremento de ansiedad y angustia catastrófica. La paciente se encontraba a tratamiento con Risperdal Consta 50 y una dosis de benzodiacepinas que se incrementó a partir de estas ansiedades./ El 3 de febrero de 2006 se añadió al tratamiento Sinogan 25 por problemas de insomnio y temblores. En consultas posteriores refiere fobia a acudir a las consultas a la vez que informa de la buena evolución del proceso de su madre./ El 18 de septiembre de 2006 refiere estar estable mentalmente aunque físicamente continúa con molestias”.

11. Con fecha 29 de enero de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos alegados, explica en qué consiste la endometriosis y sus signos exploratorios más frecuentes, "dolor a la palpación pélvica, induración en el fondo de saco de Douglas, masa anexial, fijación y retroversión uterina. El diagnóstico de la endometriosis debe empezar por la clínica y la exploración física. Muchas veces es asintomática, pero la presencia de dolor a nivel pélvico, en todas sus variedades, debe hacer pensar como posibilidad diagnóstica en una endometriosis. La exploración ginecológica puede ser absolutamente normal pero algunos hallazgos exploratorios pueden resultar orientativos, como dolor a la palpación del saco de Douglas y de los ligamentos útero-sacros, la presencia de masas palpables, aumento de tamaño de los anejos, movilización dolorosa del útero; también la existencia de lesiones pigmentadas azul-violáceas en una cicatriz, en el área genital o en el ombligo, especialmente si aumentan de tamaño o sangran coincidiendo con la menstruación. Dado que tanto la clínica como la exploración física son inespecíficas, el diagnóstico requiere la visualización de las lesiones, para lo que se emplea la laparoscopia y toma de biopsia. Las técnicas de imagen, esencialmente la ecografía, el TAC y la RNM, más que como métodos diagnósticos directos o primarios, se usan para investigar la posible afectación de los órganos pélvicos (...). La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (...) afecta a mujeres menores de 35 años, siendo factores de riesgo la EIP previa, la promiscuidad sexual, uso de DIU, vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual, nuliparidad y cirugía uterina previa. Entre las entidades incluidas en el EIP se encuentra la salpingitis (...), cuyo comienzo suele tener lugar después de la menstruación. La clasificación clínica se basa fundamentalmente en el grado evolutivo de la enfermedad, en la sintomatología y en los datos recogidos en la exploración (...). La clínica se caracteriza por dolor abdominal bajo con defensa, signo de rebote e hipersensibilidad a la movilización del cuello uterino. La afectación

habitualmente es bilateral. Las náuseas y los vómitos son frecuentes cuando la infección es grave. Son frecuentes también la fiebre, la leucocitosis, la secreción vaginal mucopurulenta o el sangrado irregular. Una complicación de la salpingitis es el absceso tubo-ovárico que acontece en el 15 % de las mujeres con salpingitis y que requiere hospitalización. La rotura del absceso es una urgencia quirúrgica que cursa con fuerte dolor abdominal bajo y progresa rápidamente con náuseas y vómitos, peritonitis generalizada hacia un shock séptico. Para el diagnóstico hemos de tener en cuenta la clínica; existen una serie de criterios mayores, como: hipersensibilidad abdominal baja, hipersensibilidad uni o bilateral de órganos anejos y dolor a la movilización del cuello uterino. Los criterios menores son: fiebre mayor de 38°, secreción cervical o vaginal anormal, aumento de la VSG, aumento del PCR, leucocitosis marcada e infección del cuello uterino. La exploración física detecta hipersensibilidad, dolor al movilizar el cuello uterino o palpación de una masa pélvica. Para el diagnóstico son útiles la ecografía pélvica, la laparoscopia y la toma de cultivos, y test de embarazo para descartar embarazo ectópico. En cuanto al tratamiento, en la EIP no complicada (estadios I y II), el objetivo (...) es preservar la fertilidad posterior y prevenir el embarazo ectópico y la formación de abscesos. Si ya existe absceso, lo más importante es la prevención de las complicaciones sépticas y, si éste está roto, la preservación de la vida (...). La ruptura ocurre en el 2-3% de los abscesos tubo-ováricos. La paciente presenta un estado séptico, con signos peritoneales y sin respuesta al tratamiento. En este caso, el tratamiento quirúrgico inmediato bajo cobertura antibiótica es vital, practicando cirugía agresiva". Finaliza el informe extrayendo las siguientes conclusiones: "1. La primera vez que la reclamante acudió al Servicio de Urgencias de Ginecología del Hospital `X` el 7 de noviembre de 2006 (*sic*), la analítica realizada reveló la presencia de una ligera anemia y leucocitosis, pero como la exploración efectuada no reflejara patología de la especialidad, se le indicó que fuese al Servicio de Urgencias (...), al que no acudió hasta el día siguiente. / 2. Cuando (...) acude a Urgencias del Hospital `X`, a las 14:15 horas, la clínica, los estudios analíticos y los de imagen

sugerían en un primer momento una peritonitis pélvica por posible apendicitis, por lo que fue programada para cirugía, manteniéndose a la paciente en observación, mientras se observaba el correspondiente protocolo preoperatorio, que incluyó profilaxis antibiótica./ 3. La intervención fue iniciada por Cirugía General a las 00:40 horas y consistió en una laparoscopia exploradora que mostró la existencia de pus en la pelvis e inflamación tubárica. La presencia de pus, obligó a la realización de una apendicectomía profiláctica para prevenir la posible contaminación del apéndice desde la vecindad./ 4. Debido a los hallazgos ginecológicos, se avisó a los ginecólogos de guardia que continuaron la intervención, procediendo a realizar una laparotomía localizando un absceso tubo-ovárico derecho y una inflamación de la trompa izquierda, por lo que en una actitud lo más conservadora posible, practicaron una anexectomía derecha, lavado de la cavidad peritoneal y colocación de drenajes, con cobertura antibiótica posoperatoria./ 5. La evolución transcurrió favorablemente, con la sola excepción de la existencia de una anemia que requirió transfusión de dos concentrados de hematíes. En la primera y única revisión posterior al alta la paciente se encontraba bien, no permitiendo su exploración ginecológica, que se limitó a la exploración de la herida quirúrgica, informándole de los resultados de la anatomía patológica./ 6. Los dolores menstruales que la paciente refiere actualmente son un síntoma bien conocido de la endometriosis que pueden ser tratados con terapia farmacológica, siempre que los implantes endometriósicos sean de pequeño tamaño; en caso contrario, pueden ser tratados quirúrgicamente./ 7. Las intervenciones practicadas fueron absolutamente necesarias para la adecuada resolución del cuadro clínico que la reclamante presentaba. La extirpación de uno de los ovarios no altera el ambiente hormonal, ni impide la posibilidad de futuros embarazos./ 8. El agravamiento del cuadro psiquiátrico de la paciente puede ser reactivo a la patología ginecológica sufrida, pero no (...) achacado a un deficiente manejo de la misma./ De lo anterior se desprende que la actuación de los facultativos del Hospital `X` que intervinieron en la asistencia de la reclamante fue correcta y ajustada a la *lex artis*". A continuación, el inspector informante efectúa una

valoración del caso y señala que "1. La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada (...) ha sido presentada dentro del plazo legalmente establecido al efecto./ 2. Los facultativos (...) han actuado de forma correcta y ajustada a los parámetros definitorios de la buena praxis médica./ 3. La deficiente asistencia sanitaria invocada por la reclamante no ha sido tal, pues ni hubo más retraso en el tratamiento quirúrgico que el estrictamente necesario para la preparación de la paciente, ni la extirpación del apéndice fue innecesaria, ya que, como afirma el Jefe del Servicio de Cirugía General, la presencia de pus en la cavidad pelviana obliga a realizar una apendicectomía profiláctica, porque con toda seguridad aunque el apéndice fuese normal en ese momento se habría visto contaminado antes o después./ 4. El deterioro psicológico sufrido por la reclamante puede ser reactivo a la patología ginecológica padecida, pero no a una asistencia sanitaria defectuosa, porque la que le fue dispensada en el Hospital `X´ no merece ese calificativo. Por su parte, los dolores menstruales que la paciente sufre son un síntoma de la endometriosis que padece, susceptible de tratamiento farmacológico o quirúrgico". Por ello, entiende que la reclamación carece de fundamento y debe ser desestimada.

12. Mediante escritos de 30 de enero de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros, completándose esta última con fecha 31 de enero.

13. El día 2 de marzo de 2007, emite informe una asesoría privada, por encargo de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas, uno en Cirugía General y tres en Cirugía General y Digestivo. En él se realizan las siguientes consideraciones médicas "se trata de una paciente de 42 años que ingresa (...) por presentar un dolor abdominal acompañado de náuseas, vómitos y fiebre de 38°. En la exploración clínica se aprecia dolor con defensa abdominal en FID y la analítica

era de leucocitosis con desviación izquierda./ Ante un cuadro de estas características el primer diagnóstico es de apendicitis aguda, y el segundo diagnóstico es de EIP./ La paciente fue vista 48 h antes en Urgencias de Ginecología descartando un cuadro de origen ginecológico./ En estas situaciones la práctica de una exploración laparoscópica de FID y pelvis es la conducta a seguir./ Los preoperatorios eran correctos y no descartaban la cirugía./ De manera correcta se realiza una laparoscopia de urgencia, en la que se aprecia que el apéndice es normal y existe una pelviperitonitis por EIP./ La realización de una apendicectomía, aun sabiendo que el apéndice no presenta patología alguna es la conducta habitual, puesto que elimina la posibilidad de una apendicitis futura, sobre una zona ya intervenida, lo que puede dificultar el diagnóstico e incluso su tratamiento./ Por otra parte es conocido que la realización de apendicectomías normales, o 'en blanco' hasta en una proporción del 8 al 10% de las extirpadas, es un signo de calidad de los Servicios de Urgencia, puesto que si las apendicitis agudas fueran del 100% de las extirpadas, existiría una altísima probabilidad de que se hubieran pasado sin diagnosticar un tanto por ciento elevado de ellas./ Tras comprobar que la patología abdominal era de origen ginecológico, se solicita colaboración con los ginecólogos de guardia que proceden a extirpar el anejo derecho y lavado peritoneal./ La anatomía patológica confirma el diagnóstico de endometriosis ovárica y pelviperitonitis./ El posoperatorio cursa con normalidad, siendo dada de alta en buenas condiciones clínicas". En relación con la laparoscopia diagnóstica en dolores de FID, manifiestan que "nunca se insistirá demasiado en la importancia del papel que desempeña el retraso en la intervención quirúrgica. La morbilidad llega a ser de un 10% y cuando el apéndice está perforado o gangrenado sube hasta un 15 a 20%. La mortalidad de las intervenciones tardías con gangrena o perforación apendicular llega a ser del 5%./ Por lo tanto, la única forma de disminuir la morbilidad y de prevenir la mortalidad consiste en ejecutar una apendicectomía antes de que ocurra perforación o gangrena./ El dolor abdominal existe en todos los pacientes con apendicitis aguda, salvo en los que sufren mielitis transversa o trastornos

semejantes. El dolor puede manifestarse de manera típica o atípica. El dolor típico consistente en una primera fase de dolor no muy intenso, generalizado, seguido de dolor somático, localizado en cuadrante inferior derecho que sólo se manifiesta en el 55% de las apendicitis y ocurre en el 25% de los que presentan otros procesos intraabdominales./ De aquellos enfermos que presentaban un dolor abdominal atípico de apendicitis y fueron intervenidos, el 54% de ellos presentaban apendicitis aguda. A menudo este dolor abdominal no típico de apendicitis se localiza desde el comienzo en la fosa ilíaca derecha./ Las náuseas acompañan al dolor en 9 de cada 10 pacientes, los vómitos son más variables, aunque frecuentes, en niños y adolescentes. La mayoría de los enfermos sólo vomitan en una o dos ocasiones. Este síntoma suele ser secundario al dolor y si precediera a éste, habría que poner en duda el diagnóstico./ La diarrea acompaña a la apendicitis en el caso de los niños pequeños y en los de peritonitis pélvica con ocupación del saco de Douglas./ El diagnóstico diferencial con la gastroenteritis aguda suele hacerse porque en ésta el dolor es de tipo retortijón y se acompaña de diarrea acuosa". Respecto al valor diagnóstico de la ecografía abdominal en la apendicitis aguda, exponen que "tiene una especificidad, en las manos más expertas, según las últimas publicaciones del 90%. Una ecografía positiva con visualización del apéndice inflamado, lleno de gas y con líquido periapendicular conduce al diagnóstico de certeza en el 100% de los casos, pero no todas las veces nos encontramos en esa situación. Por lo tanto una ecografía positiva para apendicitis asegura el diagnóstico, pero una ecografía negativa no descarta la existencia de apendicitis aguda, puesto que una sombra sónica posterior extensa o la interposición de un asa de intestino delgado, pueden hacer difícil la visualización del apéndice inflamado./ Por otra parte la existencia de un quiste de ovario, ya sea derecho o izquierdo no descarta la existencia de apendicitis, puesto que las dos patologías son frecuentes". Como conclusiones consignan las siguientes: "1. La paciente ingresa en el Hospital `X´ por un dolor abdominal compatible con un abdomen agudo./ 2. Tanto la analítica como la exploración clínica confirmaban el diagnóstico de sospecha./ 3. En esas

circunstancias la realización de una laparoscopia exploradora es la técnica recomendada con el fin de llegar a un diagnóstico sin demora./ 4. Los preoperatorios eran correctos y no descartaban la cirugía./ 5. En la exploración quirúrgica abdominal se comprueba que el apéndice era normal y que la paciente presentaba una pelviperitonitis por una EPI./ 6. La extirpación del apéndice es correcta en base a prevenir una apendicitis aguda evolucionada en el futuro./ 7. La extirpación apendicular no produce secuela alguna y mucho menos puede influir en el cuadro psiquiátrico que padecía la paciente./ 8. De manera correcta y al comprobarse que la paciente presenta una pelviperitonitis se solicita la colaboración de los ginecólogos de guardia, que proceden a la extirpación del ovario derecho./ 9. La anatomía confirma los diagnósticos./ 10. La evolución es favorable, sin complicación alguna./ 11. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*.

14. Mediante oficio notificado a la interesada el día 4 de abril de 2007, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él.

15. Con fecha 9 de abril de 2007, la interesada confiere su representación a doña ante una funcionaria del Principado de Asturias y solicita una copia de todo el expediente, de lo que se deja constancia en sendas actas levantadas al efecto y suscritas por la funcionaria y la reclamante.

16. Mediante escrito presentado en las oficinas de Correos de el 20 de abril de 2007, la interesada formula alegaciones. En ellas señala que “en un primer momento, fue atendida a las 23:30 horas del 7 de noviembre de 2005 en el Servicio de Urgencias de Maternidad en el que se le apreciaron *vagina y cérvix normales. No dolor movilización cervical. Flujo inespecífico. TV: útero y anejos*

impresionan normales´, recomendándole que acuda al Servicio de Urgencias para una valoración del dolor abdominal `más discreta leucocitosis´. A pesar de su estado fue dada de alta a las 2:30 horas del día 8 de noviembre de 2005./ Sin embargo, a las pocas horas, cuando fue atendida ese mismo día 8 de noviembre de 2005 en el Servicio de Urgencias del (Hospital `X´), se le apreció una gravísima infección asociada a una peritonitis pélvica, que provocó que tuviese que ser inmediatamente intervenida quirúrgicamente al estar en peligro su vida”. Añade que “no pone en duda la pertinencia de las intervenciones quirúrgicas realizadas (...), lo que sí cuestiona es la buena praxis médica del Servicio de Urgencias de Maternidad, ya que en el momento en el que la paciente fue atendida tendrían necesariamente que haber detectado sus padecimientos, lo que no pudo ser porque no se le practicaron las pruebas que eran necesarias dado su estado. En el propio informe técnico de evaluación de fecha 29 de enero de 2007 (...) se recoge claramente que `el diagnóstico de la endometriosis debe empezar por la clínica y la exploración física. Muchas veces es asintomática, pero la presencia de dolor a nivel pélvico, en todas sus variedades, debe hacer pensar como posibilidad diagnóstica en una endometriosis’. Y no se hizo nada”. Manifiesta que “de haber sido correctamente atendida y diagnosticada en el Servicio de Urgencias de Maternidad, o bien no tendría que haber sido intervenida quirúrgicamente, o bien la intervención no hubiese tenido que ser de dicha importancia, y en todo caso su vida no hubiese corrido el riesgo que corrió ni en la actualidad tendría las secuelas que padece”.

17. Con fecha 23 de abril de 2007, la interesada presenta en las Oficinas de Correos de un escrito en el que indica que “acudió al Servicio de Urgencias de `Y´ en primera instancia porque unos días antes había realizado revisión ginecológica en el (...) Hospital `Z´ (...), y que tras practicarle una BX endometrial, ésta empezó a sentir las molestias que le llevaron a acudir al mencionado Servicio de Urgencias de `Y´, en el cual se informó a los facultativos que la atendieron, el precedente de dicha prueba realizada unos

días antes". Adjunta a dicho escrito: a) informe de alta del Servicio de Prevención ginecológica, de 23 de enero de 2006, del Hospital `Z´, en el que, entre otros datos, se consigna "exploración ginecológica: dentro de la normalidad" y refiere las pruebas realizadas a la interesada "Papanicolau (17/10/05): presencia de células endometriales. Control (07/11/05): Normal. BX Endometrial (08/11/05): Normalidad"; b) informe anatomopatológico, de fecha 11 de noviembre de 2005, y c) informe citológico emitido el día 21 de noviembre de 2005.

18. El día 3 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en la que propone desestimar la reclamación. Tras exponer los antecedentes de hecho, señala, en el fundamento de derecho tercero, que "en el caso que nos ocupa la actuación de los facultativos del Hospital `X´ que intervinieron en la asistencia a la reclamante fue correcta y ajustada a la lex artis profesional, y lo fue por las siguientes razones:/ a) Porque cuando por primera vez acude a Urgencias de Ginecología de la exploración efectuada se descartó patología ginecológica, siendo remitida al Servicio de Urgencias Generales./ b) Porque de la exploración y de los estudios complementarios realizados en Urgencias al día siguiente se concluyó que la paciente presentaba un cuadro de abdomen agudo, estando indicado en este caso la realización de una laparotomía exploradora urgente./ c) Que una vez descubierta la presencia de una pelviperitonitis por un absceso tubo-ovárico derecho con integridad del apéndice, pese a lo cual se procedió a la extirpación de éste que estaba indicada para prevenir su contaminación, y se avisó a los ginecólogos de guardia, que conforme a los protocolos vigentes procedieron a la extirpación del absceso y de los anejos afectados./ En resumen, las intervenciones practicadas fueron absolutamente necesarias para la adecuada resolución del cuadro clínico que la reclamante presentaba. La extirpación de uno de los ovarios no altera el ambiente hormonal, ni impide la posibilidad de futuros embarazos. Por otra parte, el agravamiento del cuadro

psiquiátrico de la paciente puede ser reactivo a la patología ginecológica sufrida, pero no ser achacado a un deficiente manejo de la misma”.

19. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de mayo de 2007, registrado de entrada el día 1 de junio de 2007, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En este caso, se presenta la reclamación el día 16 de octubre de 2006, y se le había dado de alta el 16 de noviembre de 2005, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo del año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que se le indica la fecha en que ha tenido

entrada el escrito de contestación a la información que le fue requerida y no la de entrada de la solicitud de reclamación y, además, se considera como fecha de inicio del procedimiento no la de entrada de la solicitud en el registro del órgano competente, sino “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial.

Presentada la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 19 de octubre de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 1 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor”.

SEXTA.- La interesada solicita indemnización por los daños que sufre a consecuencia de lo que considera una asistencia sanitaria inadecuada, pues, según manifestó en el trámite de audiencia, “de haber sido correctamente atendida y diagnosticada en el Servicio de Urgencias de `Y´, o bien no tendría que haber sido intervenida quirúrgicamente o bien la intervención no hubiese tenido que ser de dicha importancia y, en todo caso, su vida no hubiese corrido el riesgo que corrió, ni en la actualidad tendría las secuelas que padece”.

Concreta el daño en la agravación de la “esquizofrenia paranoide” que padece y en “dolores abdominales (...), no poder hacer esfuerzos, fuertes dolores menstruales, cansancio, estreñimiento (y) fobia a la medicación”. La agravación de la esquizofrenia y la fobia a la medicación han quedado

acreditadas mediante el informe de los Servicios de Salud Mental de 11 de enero de 2007, pero la apreciación de una eventual responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario exige, además, probar la relación de causalidad de los daños alegados con la asistencia sanitaria recibida.

Según el citado informe, la interesada, con “antecedentes de consultas y tratamientos psiquiátricos desde 1967, en los que presentaba una sintomatología esquizofrénica”, había efectuado en los meses anteriores a enero de 2007, diversas consultas en relación con un aumento de la ansiedad y angustia catastrófica, “coincidiendo con enfermedad de la madre y complicaciones quirúrgicas ginecológicas”. Es decir, cuando acude a los Servicios de Salud Mental, la interesada atribuye la agravación de la esquizofrenia a la asistencia sanitaria recibida, aunque no de forma exclusiva.

En todo caso, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Este criterio opera tanto en la fase de diagnóstico, como en la de tratamiento.

En el presente caso, la solicitante considera que tanto el diagnóstico realizado, como la atención que se le dispensó, fueron incorrectos. En cuanto al diagnóstico, entiende, según manifiesta en el escrito presentado el 11 de noviembre de 2006, que se la intervino “de peritonitis provocada por una posible apendicitis”, cuando, en realidad, era un “problema (...) ginecológico”. En cambio, en las alegaciones que formula en el trámite de audiencia manifiesta que lo que “cuestiona es la buena praxis médica del Servicio de Urgencias de `Y´, ya que en el momento en el que la paciente fue atendida

tendrían necesariamente que haber detectado sus padecimientos, lo que no pudo ser porque no se le practicaron las pruebas que eran necesarias dado su estado”.

Respecto a la asistencia prestada, en aquel escrito de 11 de noviembre de 2006, afirma que fue incorrecta porque “me intervienen de urgencia, tras la espera de más de 12 horas sin atención médica”.

En relación con el examen del diagnóstico efectuado por el Servicio de Urgencias de `Y`, refiere el informe del Servicio de Cirugía General I, que consta en hoja de consulta médica de 8 de noviembre de 2005, obrante en la historia clínica, que la interesada había acudido a Urgencias de Ginecología por “dolor abdominal continuo de horas de evolución con vómitos. No fiebre. Disuria. Se le realizó ECO vaginal viéndose quiste O. D. de 38 x 33 mm. Se recomienda acudir a Urgencias para valoración”. Es decir, el diagnóstico realizado por el Servicio de Ginecología no era definitivo, sino provisional, por entender que el dolor abdominal que presentaba la interesada no era de origen ginecológico.

Sin embargo, la interesada no acude inmediatamente al Servicio de Urgencias, pues, según manifiesta en el trámite de audiencia, se le dio el alta en Ginecología “a las 2:30 horas del 8 de noviembre”, y es a las 14:15 horas de ese día 8 cuando llega aquel servicio. En ese momento, según la hoja de consulta médica, “hoy viene (porque) el dolor no cede. Sigue con vómitos. Febril 38° C. El dolor es en fosas ilíacas sobre todo derecha. Ella dice que comenzó FID-FII y que ahora le duele epigastrio. Disuria”. La exploración física mostraba abdomen “blando, depresible, doloroso a (la) palpación en FID (...). Blumberg (+)”. Del análisis de sangre resultó “leucocitosis muy importante”. En la ecografía abdominal se aprecia, según el informe relativo a la misma, quistes en ambos ovarios, “no se identifica el apéndice. No se ve líquido libre”. En cuanto al diagnóstico, en la hoja de consulta médica citada consta “sospecha de peritonitis pélvica”. De ello, ha de concluirse que el diagnóstico del Servicio de Urgencias, también provisional porque se consigna como una simple “sospecha”, confirmaba el de Urgencias de Ginecología.

Según el informe técnico de evaluación, la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) “afecta a mujeres menores de 35 años, siendo factores de riesgo la EIP previa, promiscuidad sexual, uso de DIU, vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual, nuliparidad y cirugía uterina previa” y la interesada tenía, en el momento de la intervención, 42 años, sin que constase que concurrieran en ella factores de riesgo, por lo que no respondía al perfil de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Por su parte, el informe emitido por la asesoría privada considera que, ante un cuadro de las características que presentaba la interesada, “el primer diagnóstico es de apendicitis aguda, y el segundo diagnóstico es de EIP”, lo que avala la actuación tanto del Servicio de Urgencias de Ginecología, que con estos síntomas había descartado inicialmente que el cuadro fuera de origen ginecológico, como la del Servicio de Urgencias, que apreció “sospecha de peritonitis”. Además, se analiza en el mismo el valor diagnóstico de la ecografía abdominal, prueba que se había realizado a la reclamante. Así, informan los especialistas en Cirugía que “la ecografía abdominal para apendicitis aguda tiene una especificidad, en las manos más expertas, según las últimas publicaciones del 90%. Una ecografía positiva con visualización del apéndice inflamado, lleno de gas y con líquido periapendicular conduce al diagnóstico de certeza en el 100% de los casos, pero no todas las veces nos encontramos en esa situación. Por lo tanto una ecografía positiva para apendicitis asegura el diagnóstico, pero una ecografía negativa no descarta la existencia de apendicitis aguda, puesto que una sombra sónica posterior extensa o la interposición de un asa de intestino delgado, pueden hacer difícil la visualización del apéndice inflamado./ Por otra parte la existencia de un quiste de ovario, ya sea derecho o izquierdo no descarta la existencia de apendicitis”. Según el informe de la ecografía practicada a la interesada, no se apreciaba el apéndice.

Añade el informe de los especialistas, que “en estas situaciones la práctica de una exploración laparoscópica de FID y pelvis es la conducta a seguir”. Pues bien, según refleja el Servicio de Cirugía General I, y consta en la

historia clínica de la paciente, “ante la situación clínica (...), se decide hacer laparoscopia diagnóstica que confirma la existencia de pus en pelvis e inflamación tubárica. Se extirpa por esta vía el apéndice y se avisa al Servicio de Ginecología que decide hacer laparotomía (...) y extirpar el anejo derecho además de lavado peritoneal”. El equipo de guardia del Servicio de Ginecología que atendió a la paciente reseña también que “en el momento en que se nos avisa del quirófano nos encontramos con (...) con un cuadro de pelviperitonitis de etiología no establecida con exactitud por laparoscopia, que nos obliga a realizar una laparotomía exploradora para aclarar la etiología de un proceso grave que puede comprometer la vida de la paciente si no se ataja con la premura adecuada”. Con base en ello, este Consejo ha de concluir que los servicios públicos sanitarios realizaron todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico adecuado de los síntomas que presentaba la paciente.

La interesada cita parte del informe técnico de evaluación en apoyo de sus manifestaciones; en concreto señala que, según aquel informe, “el diagnóstico de la endometriosis debe empezar por la clínica y la exploración física. Muchas veces es asintomática, pero la presencia de dolor a nivel pélvico, en todas sus variedades, debe hacer pensar como posibilidad diagnóstica en una endometriosis”, para añadir a continuación que “no se hizo nada”. Sin embargo ese contenido que transcribe no se refiere específicamente al caso objeto de análisis, sino que está incluido en un apartado de consideraciones genéricas en relación con la endometriosis y la enfermedad inflamatoria pélvica. En cambio, en el apartado de conclusiones del referido informe técnico se consigna que “la actuación de los facultativos del Hospital `X´ que intervinieron en la asistencia de la reclamante fue correcta y ajustada a la lex artis”. Obran, además, en el expediente las pruebas correspondientes a la actividad desplegada por los servicios sanitarios.

Respecto a la demora en la prestación de la asistencia sanitaria que señala la interesada, ha quedado acreditado en el expediente que a las 2:30 horas del día 8 de noviembre de 2005 el Servicio de Urgencias de Ginecología indicó a la reclamante que acudiera al Servicio de Urgencias, sin que ésta se

hubiese presentado hasta las 14:15 horas, es decir casi 12 horas después. Desde ese momento, según consta en la hoja de consulta médica del Servicio de Cirugía General I, se le realizaron a la misma diversas pruebas: exploración física, análisis de sangre y ecografía abdominal urgente, cuyos resultados figuran en el expediente. Así lo indica también el Jefe del Servicio de Cirugía General I, en su informe de 13 de diciembre de 2006, “es vista en el momento que avisan desde el Área de Urgencias, 14:15 horas, se la explora y observa y se solicita una ecografía urgente. A las 20:40 horas llega a la Unidad de Hospitalización de Cirugía General (...) y a las 00:40 llega a quirófano para ser realizada la laparoscopia diagnóstica. Por tanto, no es cierto que haya estado sin atención médica, pues durante ese tiempo se practicó la ecografía y se observó, ya que el cuadro no estaba claro. En todo caso, desde que se avisa a Cirugía hasta que llega a quirófano han pasado 10 horas”.

La extirpación del apéndice, a la que alude la interesada, no fue consecuencia del diagnóstico provisional de apendicitis, sino que, tal como señala el Jefe del Servicio de Cirugía General I en su informe, “el hecho de observar pus en cavidad pelviana obliga a hacer apendicectomía profiláctica, pues, con toda seguridad, aunque el apéndice fuese normal en ese momento, en poco tiempo se habría inflamado por contaminación desde afuera”. En este sentido, también observan los especialistas en Cirugía que “la realización de una apendicectomía aun sabiendo que el apéndice no presenta patología alguna es la conducta habitual, puesto que elimina la posibilidad de una apendicitis futura, sobre una zona ya intervenida, lo que puede dificultar el diagnóstico e incluso su tratamiento./ Por otra parte es conocido que la realización de apendicectomías normales, o `en blanco´ hasta en una proporción del 8 al 10% de las extirpadas, es un signo de calidad de los Servicios de Urgencia”. Señalan, además, que “la extirpación apendicular no produce secuela alguna y mucho menos puede influir en el cuadro psiquiátrico que padecía la paciente”.

Por lo que se refiere a la actuación del Servicio de Ginecología, según el informe del equipo que atendió a la interesada “se procuró ser lo más conservador posible dentro del cuadro patológico, realizando únicamente

extirpación del ovario y de la trompa derecha y conservando el útero, el ovario y la trompa izquierda, practicando además los preceptivos lavados y dejando puntos de drenaje para el pus que se había acumulado en la cavidad abdominal”.

A la vista de todo lo actuado, este Consejo considera que la actuación de los profesionales sanitarios fue correcta, tanto la fase de diagnóstico como en la posterior asistencia sanitaria prestada a la reclamante, a quien se le practicaron las intervenciones quirúrgicas necesarias en función del cuadro clínico que presentaba, y sin que en tales actuaciones se haya acreditado infracción alguna al criterio de la *lex artis* médica.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.