



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 0 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 28 de febrero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 28/2019 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 10 de noviembre de 2017 a solicitud de (...), por los daños padecidos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante cuantifica la indemnización por los daños sufridos en la cantidad de 15.264,23 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

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

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

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

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Como consecuencia de tener problemas digestivos, el médico de cabecera le remitió al especialista en digestivo, el cual, después de las pertinentes pruebas, lo remite nuevamente al médico de cabecera, al entender que la causa no era del aparato digestivo, procediendo éste, a remitirlo al especialista en Urología.

Se le realiza una flujometría erróneamente ya que el paciente no orinó normalmente -le indicaron que tenía que aguantar lo más que pudiera- lo que supuso que cuando orinó, la prueba no salió correctamente.

A consecuencia de lo anterior, se le realizan varias pruebas más, entre ellas, una uretroscopia el 20 de junio de 2016, en la que se observa una uretra peneana y vulvomembranosa normal, sin ningún daño y un estudio uro dinámico el 23 de noviembre de 2016, consistente en la introducción de varias sondas paralelas.

En el momento de realización de la prueba siente gran dolor en la entrada de la uretra, al introducir las sondas paralelas, produciéndole un desgarró con sangre. En ese momento, el paciente solicita que paren la prueba. Le pinchan un antibiótico, le pautan ibuprofeno y le indican que el desgarró y los dolores remitirían.

Al no remitir a los dos días de la realización de la prueba, acudió a Urgencias de (...), donde constataron infección con sangre y la prescripción de antibióticos durante tres días.

Terminado el tratamiento de antibióticos, al no remitir el dolor y la sensación de ardor al orinar, acude al Servicio de Urología del Hospital de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC). Las enfermeras le remiten al Servicio de Urgencias del mismo Hospital, donde le realizan examen físico y una analítica y le prescriben spamo-ugenin y control por médico de cabecera.

El médico de cabecera, al no remitir los síntomas, lo deriva al urólogo, que le pauta diversas flujometrías, ecografía y exudado uretral.

El interesado reclama por el daño en la uretra a raíz de la prueba realizada el 23 de noviembre de 2016, que le ha causado ardor continuo, dolor suprapúbico e irritación al orinar y eyacular. Entiende que el tratamiento pautado no fue el adecuado, sufriendo innecesariamente.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la historia clínica del paciente y de los informes obrantes en el expediente, relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Previo al hecho objeto de reclamación presentó:

Dolor suprapúbico en el año 2010. Episodio de hemorragia rectal con posterior dolor sólo con la micción. Continúa el cuadro de dolor abdominal suprapúbico en enero de 2011.

Ansiedad. Cefalea tensional.

En fecha 3 de febrero de 2011 su médico de familia realiza interconsulta al Servicio de Urología: «Dolor abdominal en región de hipogastrio y al realizar la

micción. Estudio ecográfico normal, analítica de orina con calcio/creatinina normal. Refiere desde hace unos días dolor en escroto izquierdo. La exploración es normal».

En fecha 4 de marzo de 2011 comunica a su médico de familia molestias al orinar. La exploración física se describe dentro de los límites normales.

En fecha 1 de abril de 2011 acude a su médico de familia por cuadro de dolor en hemiabdomen derecho desde hace 3 días en relación con el ejercicio.

Acude al Servicio de Urgencias con cólico abdominal y recomiendan valoración por el Servicio de Digestivo.

Acude a consulta del Servicio de Urología en fecha 19 de abril de 2011 bajo el motivo «Hace 4 meses dolor epigástrico que le obligó ir a urgencias. Posteriormente el dolor se localiza en hipogastrio y comienza a tener dolor miccional total con aumento discreto de la frecuencia miccional diurna y nocturna de una vez, que antes no tenía. Por ello acude al Servicio de Urgencias donde no encuentran patología en sedimento, ni en ecografías, ni en Rx simple del aparato urinario».

Se solicita urografía intravenosa que es valorada en el 17 de mayo de 2011: Normalidad en morfología y funcionalismo. No RPM. No obstante el paciente refiere retardo inicial miccional, que sigue con dolor hipogastrio cada dos o tres horas, disuria total, chorro normal con chorro un poco más fuerte. Se decide esperar evolución.

Dolor torácico y Taquicardia (2012).

Acude a su médico de familia con episodios de dolor abdominal los días 3 de abril, 19 y 21 de mayo, 23 y 30 de junio (urgencias), 3 y 8 de julio de 2015.

Se solicita ecografía bajo el motivo «presenta dolor abdominal intermitente, estreñimiento y diarreas alternadas».

Derivado desde su médico de familia realiza la primera visita en el Servicio de Digestivo el 21 de agosto de 2015. Refiere que desde hace tres meses está mal. Tiene dolor cólico abdominal difuso y más intenso en epigastrio. Pirosis. Náuseas. Diarreas con moco de hasta 8 deposiciones diurnas diarias. Perdió unos 10 Kg en este tiempo.

Colonoscopia y ecografía abdominal dentro de la normalidad, en gastroscopia mucosa duodenal atrófica. Amplios análisis con resultado normal. Diagnóstico funcional completo. Colon irritable?

Refiere a su médico de familia, en fecha 11 de septiembre de 2015 que continúa con mucho decaimiento, heces semipastosas, en ocasiones claras o con grasas,

decaimiento matutino, dolor en costado. Se deriva a estudio por Medicina Interna: «En seguimiento por Digestivo tanto privado como de la Seguridad Social desde hace 6 meses. Fatiga, pirosis, con pérdida de 10 Kg».

Se relaciona el cuadro con síndrome ansioso-depresivo. No obstante lo citan para valoración. Ileocolonoscopia normal.

En fecha 8 de octubre de 2015 se realiza interconsulta al Servicio de Urología. Persiste la clínica de dolor abdominal, los resultados del estudio por digestivo fueron normales. Además refiere el paciente dolor perineal, polaquiuria en ocasiones, urgencia miccional con poca orina. Añade molestas suprapúbicas, cansancio, malestar general, mialgia, sensación febril nocturna.

Nuevas visitas a su Médico de Familia en las fechas 14 de octubre (dolor en periné, lumbar y cuadro de diarrea), 29 de octubre, 10 de noviembre (dolor epigastrio) y 13 de noviembre de 2015 (dolor en la micción).

En Estudio por el Servicio de Medicina Interna por dolor abdominal, fatiga crónica, síndrome miccional.

Visto el 13 de octubre de 2015, refiere cuadro de 5-6 meses de dolor epigástrico postprandial, pirosis, pérdida de peso de unos 10 Kg. Se le han realizado analíticas, ecografía abdominal, gastroscopia y colonoscopia, todo dentro de límites normales, así como calprotectina, SOH, Ag Helicobacter y Acs transglutaminasa. Biopsia duodenal sin atrofia vellositaria ni linfocitos intraepitelial, presencia de infiltrado en lámina propia.

En ese momento aqueja molestias lumbares, dolores en hombro y fatiga que dice le impiden la actividad normal (estudiar). También refiere urgencia miccional.

Analíticas solicitadas por su Médico de Familia, amplia, con screening de patología infecciosa crónica negativa (hepatitis, lues, VIH, etc.). Exploración física y neurológica dentro de límites normales. Como JD: Dolor abdominal (estudio amplio previo por digestivo y diagnóstico de cuadro funcional) y síndrome anseniforme en estudio. Taquicardia.

Se recomienda suspender medicación y se sugiere aumentar la actividad física, coger sol (...).

Se solicita analítica de sangre y orina y ECG.

En fecha 10 de noviembre de 2015 analítica normal salvo ligero aumento del hierro y disminución de vitamina D. Orina y ECG normales.

- El 26 de noviembre de 2015 es valorado en el Servicio de Urología: Acude urgente por nicturia, urgencia, frecuencia diurna cada 2 horas con dificultad para el inicio de la micción. Con chorro débil, entrecortado, con sensación de vaciado incompleto. Lo que más se queja es de dolor hipogástrico que se alivia con la micción. No alteraciones en las analíticas. Bajo el motivo de síndrome miccional obstructivo a estudio se solicita ecografía con RPM (residuo postmiccional) y flujometría.

- En ecografía del aparato urinario de 13 de enero de 2016: Vejiga de paredes normales, sin crecimientos endoluminales, que no deja, prácticamente, restos postmiccional (1,5 cc). Próstata y riñones sin describirse alteraciones.

- Nuevas consultas a su Centro de Salud: 8 de febrero (dolor abdominal), 31 de mayo (molestias al orinar, disuria, polaquiuria, dolor en fosa iliaca derecha), 14 de junio (dolor, disuria sin fiebre) y el 17 de junio de 2016 (astenia, se deriva a Salud Mental).

- En fecha 9 de junio de 2016 en la consulta de Urología refiere dificultad miccional, frecuencia miccional. Flujometría, de 27 de mayo de 2016, claramente obstructiva con alto RPM. (Qmax de 6.5 ml/seg y Tq de 105,7 seg para un volumen de 283 ml y un RPM de 141 ml). Se refleja flujo miccional bajo y alto RPM. Ecografía sin patología demostrable.

Bajo el diagnóstico de sospecha VN hipoactiva-acontractil se solicita estudio + urodinámico. Se solicita uretrocistoscopia para descartar patología congénita uretral. Se solicita RM de columna lumbar y estudio neurofisiológico del suelo pélvico.

En la misma fecha, 9 de junio de 2016, firma Documento Consentimiento Informado estudio urodinámico como para cistoscopia. En el DCI para estudio urodinámico se recoge entre las indicaciones «paciente con síntomas miccionales, incontinencia urinaria, dificultad miccional sin causa orgánica aparente». Entre los riesgos posibles, a pesar de su correcta realización, puede presentarse molestias al orinar de corta duración, presencia de infección urinaria y/o sanguínea de gravedad variable, presencia de sangre en la orina (hematuria), inflamación y/o infección testicular, fisura anal, dolor anal, (...). La no realización del estudio, dificulta la identificación de las alteraciones funcionales que ocasionan la sintomatología

urinaria, limitando en gran medida el tratamiento posible. Se añade que en la actualidad no se dispone de un estudio diagnóstico alternativo de esta precisión.

En relación al DCI para la realización de cistoscopia, entre los efectos indeseables posibles del procedimiento se incluyen hemorragia, infección urinaria o general, estenosis uretrales, cuadro febril (bacteriemia).

- El 20 de julio de 2016 se realiza uretrocistoscopia flexible. No se objetiva estenosis de uretra salvo una cierta hipertonicidad del cuello vesical: Uretra peneana y bulbomembranosa normal. Uretra prostática y cuello vesical con cierto grado de hipertonicidad sin estenosis. No lesiones vesicales.

- En fecha 20 de julio de 2016 acude a su Médico de Familia por imposibilidad de orinar posterior a la uretrocistoscopia.

En la exploración del abdomen: Suave, depresible, no globo vesical, no dolor a la palpación.

Se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. El paciente no acude, dice que mejoró con Ibuprofeno. Normalidad en tira de orina.

- En la Unidad de Salud Mental, remitido desde Psicología, 1 de septiembre de 2016, consta trastorno de adaptación. El 21 de septiembre neurastenia, causa alta en esta fecha con la indicación de que no procede tratamiento (no presenta psicopatía susceptible de tratamiento).

- En consulta del Servicio de Urología de 28 de septiembre de 2016 se describe: Clínicamente sin cambios. Ecografía previa sin patología y bioquímica con creatinina normal. RMN normal. Uretrocistoscopia informada como ausencia de patología. Pendiente de estudio urodinámico y de Neurofisiología. Flujometría aparentemente obstructiva, sin defensa abdominal y con alto residuo. Se solicita tres flujometrías consecutivas y, si los residuos se confirman como muy altos, citar para ¿? de autocateterismo.

Se inicia tratamiento con Silodosina (que el paciente no inicia al menos hasta la fecha 18 de enero de 2017) y se cita en un mes.

- En estudio urodinámico del 23 de noviembre de 2016 se describe: Alta sensibilidad vesical (durante el llenado vesical) con deseo fuerte y urgencia desde los

50 ml, sin contracciones no inhibitorias (CNI) del detrusor y con un vaciado no realizado por inhibición pero que sí hace por su cuenta sin RPM.

Consta en el apartado observaciones: Realizado estudio sin incidencias. Hecha exploración. Administración de profilaxis.

Aporta dos flujometrías con curva obstructiva y sin RPM (5/90/0) siempre con bajos volúmenes. En la exploración física reflejos normales. TR: Vol I sin lesiones, o dolorosa. Elástica. Móvil.

- Días después del estudio urodinámico el paciente acude al Servicio de Urgencias por molestias miccionales. En fecha 26 de noviembre de 2016 acude a su Médico de Familia por ardor miccional (ya tratado con Monurol). Además refiere dolor importante púbico y suprapúbico que le despierta por la noche, con espasmos.

Acude al Servicio de Urgencias del hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria el 28 de noviembre de 2016 por disuria y dolor en base del pene. Analítica normal. S. cístico.

Acude al Servicio de Urgencias del hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, por segunda vez, el 2 de diciembre de 2016 por disuria. Refiere molestias en relación con la micción tras estudio urodinámico hace 10 días. No fiebre. No náuseas ni vómitos. Refiere leve hematuria. Fue tratado con Fosfomicina con leve mejoría de la clínica, no otra clínica. No signos de infección en la exploración. Sistemático de orina negativo. Se le indica cultivo por su Médico de Familia. Como JD molestias en relación a sondaje previo.

En fecha 7 de diciembre su Médico de Familia, bajo el diagnóstico de cistitis aguda, prescribe antibióticos.

Es derivado el 16 de diciembre al Servicio de Urología por molestias en el meato urinario con disuria en tratamiento antibiótico.

En fecha 27 de diciembre en el Centro de Salud se descarta infección de orina. Urocultivos normales.

- Es valorado en consulta de control de Urología el 18 de enero de 2017: Refiere molestias uretrales tras el estudio urodinámico. Urocultivos todos negativos y sin exudado uretral purulento.

Refiere un empeoramiento de la clínica miccional a pesar de presentar en ese momento una flujometría con curva normal 13/300/50.

Como diagnóstico de sospecha Vejiga neurógena (VN) hipoactiva-contráctil. En el plan ante los hallazgos y pendiente de un diagnóstico y del resto de pruebas complementarias, se le explica la importancia del conjunto de sus síntomas y en probar con Silodosina a la espera de un diagnóstico de un proceso sistémico.

En relación al referido diagnóstico sistémico se expresa que ha sido visto por los Servicios de Neurología, Digestivo, Medicina Interna y Psiquiatría. Está en estudio por hasta 8 especialistas y con un síntoma en común la astenia y pérdida de peso, pendiente de Reumatología, Oftalmología, Neurofisiología Clínica, Dermatología y Medicina Interna. Se pauta Tamsulosina por congestión nasal secundaria.

- En consulta de Medicina Interna de fecha 31 de enero de 2017, refiere estar sin dolor abdominal y que desde el estudio urodinámico tiene problemas urinarios. Se realiza interconsulta a Hematología para estudio del metabolismo del hierro con resultado de no requerir seguimiento.

- En consulta de Urología de fecha 22 de marzo de 2017: El paciente refiere que nota como si no vaciara la vejiga y ardor al orinar. Que no le sale con fuerza el semen y que tiene sensación de vaciado incompleto. El paciente refiere que las molestias comenzaron después del estudio urodinámico y no después de la uretrocistoscopia. Refiere frecuencia miccional variable según la ingesta con urgencia miccional ocasional sin incontinencia.

Se solicita diario miccional, IPSS, 3 flujometrías, ecografía y nueva bioquímica junto a espermocultivo y urocultivo, con resultado negativos.

En ecografía renovesical con RPM realizada el 10 de abril de 2017: Riñones normales sin signos de uropatía obstructiva. Vejiga urinaria bien replecionada, de paredes finas. RPM de 50 cc. Próstata homogénea de 10 cc.

Flujometrías de 20, 24 y 25 de abril de 2017: 17/380/0, 14/220/0, 15/360/0. Sin residuos miccionales.

Se le pauta tratamiento con alfabloqueantes (Silodosina y Tamsulosina) para mejorar el vaciado vesical dado que en varias flujometrías se observó disminución de la presión miccional.

- En consulta de Urología de fecha 5 de julio de 2017: Figura como diagnóstico de sospecha vejiga neurógena hipoactiva-contráctil. Se propone como plan repetir cistoscopia para valorar problema uretra peneana. Si OK, alta.

- Citado en fecha 30 de octubre de 2017 para cistoscopia no acude.

- Se menciona seguimiento en urólogo privado pero no se incorpora documentación relativa al mismo en el expediente hasta el momento de realización de este informe.

- Acude a su Centro de Salud por cuadro de disuria: 9 de enero de 2018: disuria, polaquiuria.

23 de marzo de 2018: molestias al orinar tras la prueba hace un año. No fiebre ni otra sintomatología. No secreción por el pene.

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

1.- La reclamación se basa en un supuesto error en el resultado de la prueba flujometría debido a que, según el paciente, se realizó de forma incorrecta ya que «no orinó de forma normal» porque se le indicó «que tenía que aguantar lo más posible». Del supuesto «error» manifiesta que derivó la indicación de varias pruebas invasivas entre las que cita una uretrocistoscopia y un estudio urodinámico.

En este contexto pretende relacionar, en la reclamación que nos ocupa, la realización del estudio urodinámico de fecha 23 de noviembre de 2016 con la producción de un «desgarro en uretra». Expresó en consulta del Servicio de Urología, de fecha 22 de marzo de 2017, que sus molestias comenzaron después del estudio urodinámico y no después de la uretrocistoscopia.

Añade que como secundario al referido «daño en la uretra» presentó «ardor continuo, dolor suprapúbico e irritación al orinar» que precisó tratamiento antibiótico durante 3 días y que ha quedado como secuela estrechez en la misma sin infección ni insuficiencia renal.

2.- A la vista de la Historia Clínica, el paciente ha referido dolor suprapúbico relacionado con la micción desde el año 2010, es decir, desde 6 años previos a la realización de la prueba urodinámica objeto de la reclamación.

Las molestias relacionadas con la micción son referidas, nuevamente, a su médico de familia en marzo de 2011. De esta forma, fue estudiado ya en el año 2011 por el Servicio de Urología, describiéndose, en ese momento y en relación al hecho que nos ocupa, «dolor miccional con aumento de la frecuencia miccional diurna y nicturia que antes no tenía».

A pesar de que los resultados del estudio fueron normales, el paciente continuaba refiriendo «retardo miccional, dolor hipogástrico, disuria y chorro normal

pero más fuerte». Al respecto recordar que la disuria hace referencia a dolor o molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso y que orienta a irritación del trigono vesical o de la uretra por causas inflamatorias o infecciosas.

Observamos que estaba presentes, en ese momento, tanto el dolor suprapúbico como la irritación al orinar que el reclamante incluye en su escrito entre los síntomas que considera secundarios a una prueba diagnóstica realizada muy posterior en el tiempo.

Por otra parte, durante el año 2015 acude de forma repetida a su Médico de Familia por dolor abdominal que aunque difuso se describe más intenso en epigastrio. A este cuadro de dolor añade pirosis, náuseas, diarreas con moco de hasta 8 deposiciones diurnas diarias y pérdida de peso de 10 Kg.

De esta clínica comunicada de posible orientación a proceso digestivo resultó la derivación del paciente al Servicio de Digestivo para estudio. Se incluyó en el estudio gastroscopia, colonoscopia y analítica con resultado normal salvo la presencia de mucosa duodenal atrófica llegándose a establecer el juicio diagnóstico de cuadro funcional.

La pérdida de peso y el relato del paciente de decaimiento junto al resultado de normalidad de las pruebas digestivas condujo a su derivación al Servicio de Medicina Interna. Tras amplio estudio por este Servicio, expuesto en el apartado antecedentes, no se objetivó patología que justificara el cuadro por el que el paciente demandó asistencia.

Además, al añadir, nuevamente en octubre de 2015, sintomatología urológica dolor perineal, polaquiuria, urgencia miccional con poca orina, se realizó nueva interconsulta al Servicio de Urología.

De lo expuesto observamos, en relación al hecho primero expuesto por el reclamante, que fue inicialmente estudiado por el Servicio de Urología en el año 2011. Que en el año 2015 se deriva al Servicio de Digestivo y Medicina Interna con clínica predominante digestiva y síndrome asteniforme. Que ante la normalidad del resultado de las pruebas diagnósticas y al añadir, nuevamente, clínica urológica se deriva por segunda vez al Servicio de Urología.

3.- El reclamante afirma que el estudio urodinámico se recomendó una vez que se interpreta el resultado de la ecografía con RPM (residuo postmiccional).

Se observa en la Historia Clínica que en fecha 26 de noviembre de 2015 cuando el paciente acude al Servicio de Urología con urgencia refiere nicturia, urgencia, frecuencia diurna cada 2 horas con dificultada para el inicio de la micción, chorro débil y entrecortado, sensación de vaciado incompleto y dolor hipogastrio que se alivia con la micción.

Por tanto no sólo resulta la flujometría obstructiva con alto RPM sino que la clínica objeto de derivación al Servicio de Urología orientaba a un síndrome miccional obstructivo que requería estudio. De ahí que se indicara, entre otros, la realización de una uretrocistoscopia con la finalidad, como consta en la Historia Clínica, de descartar patología congénita uretral y un estudio urodinámico bajo el diagnóstico de sospecha de vejiga neurógena hipoactiva acontractil. De esta forma, realizadas flujometrías posteriores con curva normal se mantiene el diagnóstico de sospecha de VN hipoactiva-acontractil.

Por otra parte, la flujometría, prueba realizada previamente, forma parte del estudio urodinámico distinguiéndose en éste distintas fases uroflujometría, cistometría y estudio presión-flujo.

La flujometría libre aunque es un estudio no invasivo da una estimación del acto miccional, pero puede estar influido por la efectividad de la contracción del detrusor, la relajación esfinteriana y la permeabilidad uretral. No es posible hacer un diagnóstico de obstrucción del tracto urinario o un trastorno de la contractilidad del detrusor con solo el estudio de flujometría 1.

4.- Tanto el estudio urodinámico como la uretrocistoscopia estaban indicados para la patología expresada por el paciente de problemas miccionales. En concreto, el estudio urodinámico se realiza para valorar de forma objetiva el funcionamiento del esfínter y de la vejiga, tanto en la fase de llenado como de vaciado vesical. Se suelen realizar en pacientes que presentan problemas miccionales, tales como la incontinencia de orina, dificultad en la micción sin causa orgánica aparente y como estudio preoperatorio en pacientes que vayan a ser intervenidas de descensos de órganos pélvicos. En el examen, para medir la presión del esfínter y del interior de la vejiga, durante la fase de llenado y vaciado vesical, como se recoge en el DCI, se requiere la colocación de sondas en el conducto urinario de pequeño calibre y recto; y/o electrodos que transmiten presiones generadas en vejiga, uretra, recto y actividad eléctrica del esfínter uretral.

Este estudio se considera el estándar de referencia para el diagnóstico de la disfunción miccional y no hay prueba alternativa a él de esta precisión. «La no

realización del estudio dificulta la identificación de las alteraciones funcionales que ocasionan la sintomatología urinaria, limitando en gran medida el tratamiento posible».

Entre los riesgos leves inherentes a la prueba, a pesar de una técnica correcta, y que son las más frecuentes se describe molestias urinarias secundarias al sondaje dolor, escozor, sensación de urgencia al orinar, infección urinaria, sangre en orina (hematuria), que ceden con analgésicos y antibióticos, inflamación y/o infección testicular, fisura anal, dolor anal, etc. Los más graves suelen ser menos frecuentes: reacción vaginal, inflamación o infección testicular, sepsis o infección generalizada (...).

La flujometría es una parte del estudio urodinámico. Consiste en la medición del volumen de orina, orinado en la unidad de tiempo, es decir volumen/segundo. En ella, el paciente tiene que tener ganas de orinar suficientes para al menos eliminar más de 125 ml. Tras la flujometría interesa medir el residuo postmiccional siendo la forma más práctica de medirlo mediante ecógrafo.

Por otra parte, la cistoscopia, cistouretrocopia u uretrocistoscopia, es un método endoscópico que permite visualizar la vía urinaria baja y en su caso la estenosis y el porcentaje de cierre.

En el caso del cistoscopio flexible se considera un procedimiento seguro, con mínimo dolor asociado y disminución de la morbilidad en relación al rígido principalmente los síntomas irritativos. Como riesgos más frecuentes se describe infecciones urinarias o general, hemorragia, infección urinaria o general, estenosis uretrales, cuadro febril (bacteriemia).

5.- Aunque entre los efectos secundarios, incluidos en el DCI del estudio urodinámico se ha descrito molestias urinarias de tipo inflamación o infección urinaria, hematuria, inflamación y/o infección testicular e incluso sepsis, observamos que: El estudio urodinámico se realiza en la fecha 23 de noviembre de 2016, en cambio, como se ha expresado anteriormente, el paciente presentaba síntomas urinarios con anterioridad (año 2011) y en fechas posteriores aunque previas al estudio urodinámico:

31 de mayo de 2016 «molestias al orinar, disuria, poalquiuria».

9 de junio de 2016 «dificultad miccional, frecuencia miccional».

14 de junio de 2016 «dolor, disuria, sin fiebre».

20 de junio de 2016 «imposibilidad de orinar».

Se añade que incluso se relacionó su clínica con la prueba uretrocistoscopia de fecha 20 de junio de 2016, al encontrarse, también entre sus posibles consecuencias.

Se descarta infección, los urocultivos realizados al paciente resultaron negativos a lo que se añade ausencia de exudado uretral purulento.

El mismo día de realización del estudio urodinámico el paciente acude al Servicio de Urgencias por imposibilidad de orinar. No obstante a la exploración no se objetiva globo vesical, no dolor a la palpación del abdomen.

Como se ha expresado en el DC, a pesar de una técnica correcta pueden presentarse los efectos indeseables ya descritos.

6.- Frente a la afirmación del paciente sobre que tras el estudio urodinámico presentó residuo miccional se observa que las flujometrías de las fechas 20, 24 y 25 de abril de 2017 se describen sin restos miccionales.

7.- El paciente afirma que presenta estrechez de la uretra como secuela secundaria a «daño en la misma en el estudio urodinámico».

Este proceso se relaciona, entre otros, con síntomas como retardo en el inicio miccional, chorro miccional flojo, goteo al final de la micción y sensación de vaciado incompleto. Observamos en su Historia Clínica que algunos de estos síntomas fueron manifestados con anterioridad a la prueba diagnóstica cuya relación causal se pretende, y constituyeron la causa de la indicación de las mismas.

Los resultados de los estudios realizados en el Servicio de Urología no permiten afirmar la patología reclamada como secuela por el paciente. Al paciente se le indica la realización de uretrocistoscopia. Como ya se ha expuesto, esta prueba es un método endoscópico que permite visualizar la vía urinaria baja y en su caso la estenosis y el porcentaje de cierre. Estando citado en la fecha 30 de octubre de 2017 no acude y por ello la no realización de la prueba nos conduce a no poder objetivar, en su caso, la lesión reclamada.

Tengamos en cuenta que precisamente antes de la realización del estudio urodinámico, de fecha 23 de noviembre de 2016, al paciente se le realizó una uretrocistoscopia mediante la cual se objetivó que no había estenosis pero sí cierto grado de hipertonicidad en la uretra prostática y cuello vesical. De haberse realizado el estudio indicado en fecha 5 de julio de 2017, para el que fue citado el 30 de octubre de 2017, se hubiera podido llevar a cabo un estudio comparativo.

Por tanto, la base fundamental de la reclamación, lesión uretral, no ha quedado demostrada en la documentación disponible en el expediente hasta este momento. No hay constancia de «desgarro uretral» sí en cambio diagnóstico de VN hipoactivacontractil. La VN, actualmente disfunción neurogénica del tracto inferior, es una alteración de la dinámica miccional cuyo origen está en el sistema nervioso, excluyendo factores psicógenos.

Se desconoce si la citada uretrocistoscopia se ha realizado, después de la fecha 30 de octubre de 2017, en el entorno privado.

8.- En relación a la afectación sistémica mencionada por el paciente, explicar que no se trata de que el proceso urológico haya derivado en una afectación sistémica sino que estuvo en estudio por diversos servicios, como se recoge en el apartado 11 de los antecedentes, bajo un denominador común astenia y pérdida de peso, situación previa a la indicación del estudio urodinámico.

9.- Añade el reclamante que debido al daño en uretra precisa «dilatación del meato uretral». No aporta documentación al respecto.

3. Dado el preceptivo trámite de vista y audiencia, el interesado vuelve a reiterar los hechos, objeto de su reclamación. Además aporta dos informes de urólogo privado, de 26 y de 28 de mayo de 2018, ambos con el mismo contenido, donde consta, entre otros extremos: «exudado uretral negativo», «no lesiones de Uretra, ni de vejiga», «Urografía endovenosa normal».

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por los interesados al no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 32 LRJSP, exigencia indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración, por su parte, recae el "onus probandi" de la eventual concurrencia de una conducta del

reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el "onus probandi" a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que la prueba realizada el 23 de noviembre de 2016 le ha causado ardor continuo, dolor suprapúbico e irritación al orinar y eyacular.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, los informes médicos que el interesado aporta en el trámite de audiencia (es verdad que emitidos dos años después de la fecha en la que localiza la causa de sus lesiones, pues los informes, de idéntico contenido, son de 26 y de 28 de mayo de 2018), son contrarios a su reclamación, pues en ellos se expresa que ni existen lesiones de uretra ni de vejiga, ni infecciones (el exudado uretral es negativo), y que a tales conclusiones se llega porque la urografía endovenosa es normal.

Pero tampoco hay otras pruebas que corroboren su pretensión; antes bien, de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente está acreditado que el paciente había referido dolor suprapúbico relacionado con la micción desde el año 2010, es decir, desde 6 años antes de la realización de la prueba urodinámica objeto de la reclamación.

Las molestias relacionadas con la micción son referidas, nuevamente, a su médico de familia en marzo de 2011.

A pesar de que los resultados de las distintas pruebas fueron normales, el paciente continuaba refiriendo «retardo miccional, dolor hipogástrico, disuria y chorro normal pero más fuerte».

En ese momento ya hay referencias tanto al dolor suprapúbico como la irritación al orinar que el reclamante incluye en su escrito entre los síntomas que considera secundarios a una prueba diagnóstica realizada muy posterior en el tiempo.

Por su parte, durante el año 2015 acude de forma repetida a su médico de familia por dolor abdominal que aunque difuso se describe más intenso en epigastrio. A este cuadro de dolor añade pirosis, náuseas, diarreas con moco de hasta 8 deposiciones diurnas diarias y pérdida de peso de 10 Kg.

De esta clínica comunicada de posible orientación a proceso digestivo resultó la derivación del paciente al Servicio de Digestivo para estudio. Se incluyó en el estudio gastroscopia, colonoscopia y analítica con resultado normal salvo la presencia de mucosa duodenal atrófica llegándose a establecer el juicio diagnóstico de cuadro funcional.

La pérdida de peso y el relato del paciente de decaimiento junto al resultado de normalidad de las pruebas digestivas condujeron a su derivación al Servicio de Medicina Interna. Tras amplio estudio por este Servicio, expuesto en el apartado antecedentes, no se objetivó patología que justificara el cuadro por el que el paciente demandó asistencia.

El 18 de enero de 2017 es valorado nuevamente por Urología siendo todos los urocultivos negativos y sin exudado uretral purulento. Refiere empeoramiento de la clínica miccional a pesar de presentar flujometría con curva normal.

El 22 de marzo y 5 de julio de 2017 vuelve a ser valorado y ante la normalidad de todas las pruebas realizadas y la insistencia en focalizar su problema urológico, se le propone repetir la uretrocistoscopia, aceptándose inicialmente, pero faltando posteriormente a la prueba y a visitas sucesivas.

En suma, la lesión uretral, base de su reclamación no queda acreditada ni por las distintas pruebas realizadas en el SCS, que acreditan que el paciente fue atendido adecuadamente en los distintos servicios y durante todas sus asistencias, fueran de urgencias o previa cita, ni mediante los informes que aporta, que, como se dijo, descartan cualquier tipo de lesión.

Finalmente, alega el interesado que el EUD (estudio urodinámico) era innecesario, añadiéndole un sufrimiento que le pudo ser evitado. Sin embargo, el EUD estaba indicado bajo la sospecha diagnóstica de VN hipoactivacontractil y el

paciente aceptó su realización, tal y como se acredita mediante la firma del documento de consentimiento informado.

3. En suma, la asistencia prestada al interesado fue la adecuada a la “lex artis ad hoc”, sin que las dolencias que refería hayan podido objetivarse pues no hay constancia clínica (no se detectan lesiones ni infecciones). En cualquier caso, de haber existido daños, o fueron consecuencia de las patologías que padecía (refiere esos síntomas desde 2010), o consecuencia de las pruebas diagnósticas a las que se sometió voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

No habiéndose acreditado lesión antijurídica alguna, ni mala praxis en la asistencia prestada, se ha de coincidir con la Propuesta de Resolución en que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, por lo que la desestimación de la pretensión del reclamante es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria del interesado, es conforme a Derecho.