



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 165/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 9 de mayo 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 (...), en nombre y representación de su hijo menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 125/2019 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado el 18 de marzo de 2019 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 22 de marzo de 2019) por el Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. De la cuantía reclamada, que asciende a 100.000 euros, se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual es aplicable, en virtud de la Disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la Disposición derogatoria 2.a) y la Disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

---

\* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

Asimismo son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

3. Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la Disposición transitoria tercera, a), en relación con la Disposición derogatoria 2.d) y la Disposición final séptima de la LPACAP.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama, si bien, en este caso, al tratarse de un menor de edad, presenta la reclamación su madre, (...), quien ostenta su representación legal, tal y como se acredita en el expediente.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la 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.

Mediante 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, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple, asimismo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el 31 de marzo de 2016 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del alta de la intervención quirúrgica realizada el 21 de septiembre de 2015, la cual tuvo lugar al día siguiente. Por tanto, no ha transcurrido el plazo de un año para reclamar de conformidad dispuesto en el art. 142.5 de la LRJAP-PAC.

### III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado por los siguientes hechos:

«El día 19 de septiembre de 2015, acudo con mi hijo a los Servicios de urgencias del Centro de Salud del Doctoral, en el municipio de Santa Lucía de Tirajana, dado a que el mismo presenta un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha (FID), así como presenta dos vómitos sin productos patológicos, donde es diagnosticado de "dolor abdominal cuadrante inferior derecho. Observaciones: Alta sospecha de apendicitis aguda, siendo derivado al Hospital Materno Infantil, donde tras ser observado es diagnosticado de "Adenitis Mesentérica", recomendándose, tras el alta en dicho servicio de urgencias, Ibuprofeno 400 mg, 1 cada 8 horas si dolor, así como control con su pediatra.

Cuál es mi sorpresa que el día 21 de septiembre de 2015, es decir, dos días después, me veo en la obligación de acudir nuevamente con mi hijo a los servicios de urgencias del Centro de Salud del Doctoral, por empeorar su situación dado a que sigue con dolor, además de presentar un agrandamiento testicular agudo y eritema del mismo, donde es diagnosticado de Bulto Testicular (Observaciones: Testículo agudo a descartar etiología), siendo remitido nuevamente al Hospital Materno Infantil, donde tras ser valorado se demuestra que mi hijo sufre una "torsión testicular derecha", perdiendo su capacidad de funcionamiento y por tanto teniéndose que extirpar quirúrgicamente el mismo dado el tiempo transcurrido».

Se solicita por todo ello una indemnización que es cuantificada en 100.000 euros.

### IV

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 1 de abril de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello recibe notificación el 16 de abril de 2016, viniendo a cumplimentar este trámite el 27 de abril de 2016.

- Por Resolución de 5 de mayo de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada ésta el 21 de mayo de 2016.

- El 10 de mayo de 2016 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el cual, tras recabar la documentación oportuna, lo emite el 5 de julio de 2017.

- El 18 de septiembre de 2017, a efectos de dictar acuerdo probatorio, se insta a la reclamante a aportar los medios de prueba que estime oportuno, de lo que recibe

notificación el 28 de septiembre de 2017. Con fecha 11 de octubre de 2017 aporta escrito por el que solicita se tome su declaración, así como documentales consistentes en dar por reproducida la documentación aportada con la reclamación, aportación de informes médicos obrantes en su poder, así como la aportación de la historia clínica obrante en poder de la Administración.

- El 28 de febrero de 2018 se dicta acuerdo probatorio, inadmitiendo, por su improcedencia, la prueba propuesta por la reclamante consistente en su propia declaración, por constar ya en la propia reclamación los hechos y circunstancias de la misma, y admitiendo las documentales e incorporando las pruebas aportadas por la Administración. Siendo todas las pruebas documentales y constando en el expediente, se acuerda la conclusión de este trámite. De ello recibe notificación la parte interesada el 14 de marzo de 2018.

- El 28 de febrero de 2018 se acuerda la apertura de trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 14 de marzo de 2018, presentando escrito de alegaciones el 22 de marzo de 2018.

- El 16 de febrero de 2019 se emite Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de la reclamante, constando en igual sentido borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, lo que es informado favorablemente por el Servicio jurídico el 25 de febrero de 2019, por lo que el 11 de marzo de 2019 se dicta Propuesta de Resolución definitiva que se remite a este Consejo para la emisión del preceptivo dictamen.

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial el informe del SIP.

2. Efectivamente, entendemos que debe ser desestimada la reclamación interpuesta en los términos señalados en la Propuesta de Resolución, a cuyo efecto es preciso señalar, como hace ésta, los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del menor, expuestos en el informe del SIP, que son los siguientes:

«Con fecha 19 de septiembre de 2015 acude, a las 19:58 horas al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (El Doctoral) por dolor en la fosa iliaca derecha de 1-2 horas de evolución de comienzo brusco. El dolor empeora con la movilidad. No otra sintomatología.

Se realiza toma de constantes vitales y exploración física: Se describe el abdomen de aspecto normal, blando, depresible, con dolor intenso a la palpación, dolor en el punto Mc Burney, Blumberg y Rovsing positivo, no masas, no visceromegalias, percusión normal, no soplos audibles, peristaltismo normal.

Se administra medicación y se deriva al Hospital Materno Infantil con el diagnóstico de dolor abdominal cuadrante inferior derecho, alta sospecha de apendicitis aguda.

Es remitido al Hospital Insular-Materno Infantil por dolor en fosa iliaca derecha (FID) con Blumberg++, que ha presentado vómitos sin producto patológico y no fiebre, donde permanece en estudio y observación de evolución durante el periodo de 20 horas del día 19 de septiembre a las 2 horas del 20 de septiembre.

En la exploración física se incluyó genitales y zona inguinal que se describe como normal.

Se realiza ecografía abdomino-pélvica, con signos de adenitis mesentérica, apéndice de FDI de diámetro normal, sin cambios inflamatorios de la grasa adyacente.

En relación con los signos de adenitis mesentérica se objetivan adenopatía ovoideas hipoeoicas a nivel FID, la de mayor tamaño de 11,7 mm, con mínima cantidad de líquido adyacente.

En las observaciones de enfermería, a las 23:45 horas, que el paciente refiere mejoría del dolor a nivel hipogástrico.

A las 00:30 horas durmiendo. Es valorado por Cirugía. Maniobras apendiculares negativas. A las 1:45 horas no refiere dolor, tras valoración médica causa alta a domicilio con analgesia. Diagnóstico: Adenitis aguda.

En fecha 21 de septiembre acude al Centro de Salud por dolor y agrandamiento testicular agudo de 24 horas de evolución.

A la exploración dolor espontáneo en testículo derecho con significativo agrandamiento testicular y eritema del mismo.

Se remite ella HUMIC con el diagnóstico de testículo agudo a descartar etiología.

Es valorado en el Servicio de Urgencias del HUMIC el 21 de septiembre de 2015. Dolor teste derecho de 24 horas, con aumento progresivo de intensidad.

“Consulta por dolor de inicio súbito en reposo y aumento de volumen teste derecho desde 24 horas (...) 24 horas antes del inicio del dolor testicular tuvo dolor en flanco-FID que ha cedido y ha vuelto a presentar. (...) En ocasiones previas ha tenido dolor testicular autolimitado durante unas horas sin aumento de volumen”.

En la exploración, teste derecho indurado, importante eritema y edema local, horizontalizado, ausencia de reflejo cremastérico, no signo de Prehn. Escroto agudo y sospecha de torsión testicular.

Se solicita ecografía testicular bilateral, preoperatorio e interconsulta al Servicio de Cirugía Pediátrica.

En ecografía: Teste izquierdo homogéneo de tamaño y morfología normal con un flujo intraparenquimatoso conservado. Teste derecho, alteración difusa de la ecogenicidad intraparenquimatoso, heterogéneo y con ausencia de flujo intraparenquimatoso, compatible con torsión testicular. Quiste simple de 10 x 6 mm de diámetros máximo en cabeza de epidídimo derecho.

Se indica intervención quirúrgica urgente. Se practica orquiectomía derecha y fijación profiláctica contralateral.

Diagnóstico al alta en fecha 22 de septiembre de 2015, escroto agudo».

3. La reclamante fundamenta su reclamación en el retraso sufrido en el diagnóstico del menor, tras diagnóstico erróneo el 19 de septiembre de 2015, lo que a su juicio produjo la pérdida del testículo derecho del menor en la intervención a la que hubo de someterse el día 21 de septiembre de 2015.

Para refutar esta argumentación, viene la Propuesta de Resolución, adecuadamente, a fundamentar que la atención dispensada al menor fue correcta y acorde con la sintomatología presentada cada día, que era distinta el día 19 y el día 21 de septiembre de 2015, tratándose, por tanto, de dos procesos diferentes producidos cada uno en una fecha.

1) En la asistencia prestada el 19 de septiembre, no se manifestó por el paciente ni se observó en la exploración física signos orientativos de un posible cuadro de síndrome escrotal agudo que hiciera preciso nuevas pruebas complementarias.

En este momento, tal y como se expuso en los antecedentes resultantes de la historia clínica, el menor acude a consulta al Centro de Salud por cuadro de dolor en fosa iliaca derecha (FID), refiriendo dos vómitos. Consta: «no otra sintomatología».

Es determinante en relación con ello lo expresado en su informe de 23 de mayo de 2016, por el Dr.(...), médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de El Doctoral, donde señala que «en la anamnesis y el examen físico del paciente no existían ni síntomas ni signos sugerentes del síndrome escrotal agudo (dolor escrotal, aumento de volumen, enrojecimiento de la piel del escroto, tumefacción), *condictio sine quam non* para al menos plantearse el diagnóstico diferencial del Síndrome escrotal agudo. Por sí solo y de forma aislada el dolor abdominal en ninguna de sus

localizaciones son un signo directo de torsión testicular, no forma parte del diagnóstico diferencial del mismo, si no se acompaña de los síntomas y signos descritos».

En el nivel de Atención Primaria resulta de la exploración: «dolor en el punto de Mc Burney, Blumberg y Rovsing positivos».

Por ello, y ante la sospecha de cuadro de apendicitis aguda se derivó al centro hospitalario.

Y es que, como explica el SIP, el dolor agudo en FID es un cuadro frecuente en la infancia cuyo origen puede ser secundario a un amplio abanico de procesos gastrointestinales y genitourinarios que constituyen el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, siendo las manifestaciones clínicas y el resultado de la exploración física de esa fecha compatibles con apendicitis aguda.

Las causas más frecuentes de dolor en la infancia en FID son apendicitis, enfermedad de Crohn y adenitis mesentérica, siendo la apendicitis aguda la urgencia abdominal quirúrgica de mayor frecuencia en la infancia, máxime entre menores de entre 6 y 12 años, edad del interesado, y de mayor predominio, precisamente en varones, como era el caso.

Por ello, en el centro hospitalario, donde fue atendido por el médico del Servicio de Urgencias hospitalario y Cirujano Pediátrico, se realizó exploración física, analítica y se solicitó ecografía abdominopélvica, por ser la técnica diagnóstica idónea a realizar en niños con dolor abdominal, según se explica por el SIP, dada su excelente resolución anatómica en la población infantil.

Tal estudio permitió descartar un cuadro de apendicitis aguda que hubiera requerido una intervención urgente, pero sí se objetivan imágenes compatibles con adenitis aguda, una de las causas frecuentes de dolor en la infancia en FID.

Además, en el centro hospitalario la exploración física fue completa y se describe «genitales y zona inguinal» como normal [informe del servicio de urgencias (Doc. 7.1)].

De todo lo expuesto procede concluir que, en esta primera asistencia, dada la sintomatología del paciente, debidamente explorado, y habiéndose realizado todas las pruebas precisas, el diagnóstico y tratamiento fueron correctos, constando en la historia clínica del menor mejoría de la sintomatología abdominal.

2) La segunda asistencia se produce el 21 de septiembre de 2015, fecha en la que el menor manifiesta por primera vez: «dolor y agrandamiento del testículo derecho de 24 horas de evolución». Es decir, nuevamente, se confirma que estos síntomas no estaban presentes el día 19, sino 24 horas antes, esto es, el día 20. Paralelamente, el menor, sin embargo, presentó mejoría en este momento respecto del dolor en el FID, pues había sido correctamente tratado el día 19.

Efectivamente, ahora sí se presentaron síntomas que determinan una situación de urgencia, orientando, como explica el SIP, hacia distintas causas: torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares (sobre todo la torsión de la Hidátide de Morgagni), siendo que, en el caso de la torsión testicular la viabilidad testicular es inversamente proporcional a la duración de la torsión.

Así, si el diagnóstico se realiza antes de las 6 horas de iniciado el proceso de torsión, el tratamiento es quirúrgico, pexia testicular, y es la única posibilidad de salvar el testículo. Entre las seis y doce horas de iniciado el proceso de torsión de cordón espermático es dudosa la respuesta favorable de salvar el testículo con la orquidopexia, siendo que, en el caso que nos ocupa, el paciente cuando llega al Centro de Salud afirma que se trata de un dolor de inicio súbito desde 24 horas antes.

Dada la urgencia, se remite al paciente al hospital para diagnóstico diferencial de síndrome escrotal agudo, en concreto descartar la posibilidad de torsión testicular, realizándose exploración y estudio ecográfico con resultado compatible con torsión testicular, siendo intervenido quirúrgicamente de orquiectomía derecha y fijación profiláctica contralateral.

A la vista de todo ello, se considera que en el presente caso se actuó adecuadamente según la nueva sintomatología, toda vez que en esta segunda asistencia, sí se presentaron síntomas compatibles con torsión testicular, no existentes el día 19, por lo que fueron realizadas las pruebas adecuadas, siendo correctamente diagnosticado y tratado, sin que sea imputable el resultado de pérdida del testículo del menor a una inadecuada asistencia, pues ésta fue conforme a la *lex artis*, ahora bien, en relación con la viabilidad del testículo, dado que, cuando el paciente acudió el día 21 llevaba 24 horas de evolución, y por tanto un lapso temporal superior a las 6 horas dentro de las cuales la tasa de viabilidad del testículo hubiese sido mayor, la consecuencia clínicamente normal es la pérdida del testículo.



4. Por todo lo expuesto, entendemos que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues, siendo la asistencia sanitaria prestada al interesado en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la pretensión resarcitoria solicitada.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.