



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 1 7 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de junio de 2021.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del servicio público sanitario (EXP. 131/2021 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 responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de Dictamen, de 3 de marzo de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 5 de marzo de 2021.

2. El interesado reclama una indemnización que asciende a la cantidad de 100.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

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. 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 [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, en este caso actúa por medio de la representación debidamente acreditada de (...)

Por otro lado, corresponde a la Administración autonómica la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. El órgano competente para instruir y resolver 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, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma 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 del SCS.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues, la reclamación se interpuso el 10 de diciembre de 2019, respecto a un presunto error de diagnóstico cuyo daño se determinó el 26 de agosto de 2019, fecha del alta del proceso asistencial.

## II

El interesado expone, como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

*«Segundo. - Los hechos cronológicamente expuestos son los siguientes:*

*1. Que el día 29 de julio de 2019 acudía al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma al padecer un fuerte dolor en el testículo derecho, por lo que tras ser valorado por el Servicio de Urología fue diagnosticado de epididimitis aguda derecha, prescribiendo*

tratamiento farmacológico y siendo dado de alta el mismo día, recomendando seguimiento por médico de cabecera y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de urgencias.

II.- Que dado que tanto el dolor como el tamaño del testículo continuaban aumentando el día 31 de julio acudí nuevamente al referido servicio de Urgencia que deriva nuevamente al servicio de Urología para ser valorado nuevamente, manteniéndose el diagnóstico de epididimitis aguda derecha, dándome de alta el mismo día y recomendado otra vez seguimiento por médico de cabecera y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de urgencias, con cita para ser valorado en 7 días, si bien recibe hospitalización domiciliaria los siguientes en los que acude el médico y enfermero a realizar seguimiento y curas.

III.- Que con fecha 7 de agosto de 2019 acudí otra vez al Servicio de Urología, siendo atendido por nuevo facultativo que al observar el aumento del tamaño del teste derecho tras una semana y del dolor, solicita la realización de ecografía urgente y que pone de manifiesto la existencia de una torsión testicular evolucionada, por lo que hay que practicar una orquiectomía inguinal derecha.

Tercero.- Todo lo hasta aquí expuesto no hace más que revelar los daños producidos como consecuencia de deficiente asistencia sanitaria prestada ante la mala praxis producida, pues los médicos y los servicios médicos adscritos no han actuado con la diligencia debida y se ha vulnerado la observancia de las reglas de actuación habiéndose producido perjuicios personales, morales y económico patrimoniales que no debieron producirse.

Es claro que la torsión testicular la presentaba desde el primer día que acudo al servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma por lo que ante la existencia de duda entre los distintos diagnósticos por parte del facultativo de urgencias y la insuficiencia de la exploración realizada para establecer un diagnóstico, se procedió a emitir el mismo, por lo que ante la sospecha de una posible torsión testicular, en la misma madrugada del día 29 de julio se debió concretar si padecía una torsión testicular o era un simple dolor testicular, lo que podía haber determinado que el testículo se salvase.

Cuarto.- Que por todo lo relatado, he perdido mi testículo derecho, limitándose también desde dicha fecha en gran medida las actividades de su vida cotidiana teniendo especial cuidado de protegerle de golpes y actividades para evitar inflamaciones, dolores testiculares o complicaciones urológicas, llegando incluso a perder mi puesto de trabajo.

A ello debemos de unir el perjuicio estético que como consecuencia de dicha pérdida se produce, debiendo pasar por diferentes etapas de mi desarrollo físico y psicológico sin esta parte de mi cuerpo y vivir con ello el resto de mi vida».

Por todo lo expuesto el reclamante solicita una indemnización que cuantifica en 100.000 euros.

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un Dictamen de fondo.

No obstante lo anterior, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. A pesar de lo cual, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 10 de diciembre de 2019 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que recibe notificación el 17 de diciembre de 2019, aportando lo requerido el 23 de diciembre de 2019.

- Por Resolución de 9 de enero de 2020, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, de lo que éste recibe notificación el 23 de enero de 2020.

- El 10 de enero de 2020 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, tras haber recabado la documentación oportuna [Copia de la Historia Clínica custodiada por la Gerencia de Servicios Sanitarios Área de Salud de La Palma e informe emitido el 13 de marzo de 2020 por el Servicio de Urología del Hospital General de La Palma, Dra. (...)], lo emite el 31 de marzo de 2020.

- El 23 de septiembre de 2020 se dicta acuerdo probatorio, que le es debidamente notificado electrónicamente al interesado, en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas, ya aportadas por el interesado, abriendo periodo probatorio a fin de que por el interesado se aporte la pericial propuesta el 23 de diciembre de 2010. Con fecha 9 de noviembre de 2020 se aporta poder de representación *apud acta* en favor del representante, así como se informa de la imposibilidad de aportar la prueba pericial por la situación económica del reclamante. Asimismo, se solicita copia de los nuevos documentos incorporados al expediente.

- Tras otorgarse al interesado trámite de audiencia el 10 de noviembre de 2020, y serle debidamente notificado electrónicamente, aquél presenta escrito de alegaciones el 21 de febrero de 2021.

- El 2 de marzo de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado.

- Mediante oficio de 15 de abril de 2021, se solicita por este Consejo determinada documentación, acordándose la suspensión del plazo de emisión de Dictamen.

- Si bien lo que se acordó fue la suspensión del plazo de emisión de dictamen a fin de la remisión de determinada documentación aclaratoria, se retrotrae el procedimiento, emitiéndose nuevo informe complementario del SIP, el 11 de mayo de 2021, a la vista del nuevo informe del Servicio de Urología del Hospital General de La Palma, de 4 de mayo de 2021, y se notifica nueva audiencia al interesado el 12 de mayo de 2021, presentando éste alegaciones el 25 de mayo de 2021. Así pues, se emite nueva Propuesta de Resolución el 27 de mayo de 2021. Todo ello se remite a este Consejo el 31 de mayo de 2021.

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en el informe del SIP de 31 de marzo de 2020, al entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, y así, nuevamente lo hace la posterior Propuesta de Resolución emitida tras recabar la documentación solicitada a instancias de este Consejo.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el inicial informe del SIP, constan en la historia clínica del interesado, en relación con la asistencia que nos ocupa.

Así, se hace constar en aquel informe:

*«1.- Acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma en fecha 29 de julio de 2019 a las 08:02 horas donde permanece hasta las 13:54 horas. Refiere dolor en testículo derecho desde ese día al despertar que ha aumentado de intensidad, sin fiebre, sin náuseas, sin vómitos ni otra clínica acompañante. Niega antecedentes traumáticos previos.*

*En la exploración física, entre otros, abdomen blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda en FID, psoas positivo, blumberg*

positivo, sin signos de irritación peritoneal. En la palpación de genitales posible varicocele en polo superior y lateral de testículo derecho, aumento de volumen, que irradia a región inguinal derecha, sin hernias palpables en dicha zona, pulsos presentes.

*Se instauro tratamiento en Urgencias con alivio sintomático.*

*Es valorado por Urólogo: Dolor en hemiescrotos derecho irradiado a FID de inicio a las 6:00 horas. Refiere que el día anterior presentó molestias en hipogastrio y un vómito. No sintomatología urinaria. No fiebre. No conductas sexuales de riesgo.*

*En la exploración: Teste derecho no horizontalizado, no doloroso a la palpación. Epidídimo engrosado de tamaño e indurado, doloroso a la palpación en todo el trayecto inguinal. Reflejo cremastérico bilateral conservado. No impresiona de torsión testicular.*

*Ecografía: Testículos de morfología y ecoestructura normal. Hidrocele derecho de escasa cuantía. Varicocele izquierdo grado 1-2. Marcado engrosamiento con aumento de la ecogenicidad del epidídimo derecho. El paciente no colabora por lo que el estudio Doppler está artefactado no pudiendo valorar la vascularización testicular.*

*Se realiza ecografía abdominopélvica: Sin alteraciones significativas.*

*TAC abdomen con contraste: Sin signos de enfermedad.*

*Es diagnosticado de epididimitis aguda derecha, se descarta torsión testicular.*

*Se prescribe Denvar e Ibuprofeno y se da recomendaciones específicas para su cuadro.*

*Se cita para control el día 31 de julio de 2019.*

*2.- Acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma en fecha 31 de julio de 2019 a las 9:26 horas permanece en el Servicio hasta las 14:35 horas.*

*Aunque citado en Urología se dirigió al Servicio de Urgencias por mucho dolor.*

*En la exploración física, entre otros, abdomen doloroso a la palpación muy profunda en FID y en región inguinal derecha sin hernia palpables, pulsos conservados. Aumento del volumen del testículo derecho, epidídimo palpable y doloroso, varicocele en polo superior y lateral de testículo.*

*Contactado con Urología se indica traslado a consulta para ecografía y revaloración.*

*En la exploración física por Urología: Epidídimo derecho aumentado de tamaño, doloroso, eritematoso, no fluctuación.*

*Se administra tratamiento.*

*En ecografía: Epididimitis aguda derecha.*

*Se realiza interconsulta a hospitalización a domicilio (HADO) para curso de tratamiento antibiótico. Es valorado diariamente por el equipo médico y de enfermería en el periodo 1 a 7 de agosto de 2019. El 2 de agosto se refleja buen estado general, afebril, no náuseas ni*

vómitos, refiere molestias con persistencia de sensación de inflamación en teste derecho, pero no dolor en reposo.

En informe de alta en HADO de fecha 28 de agosto de 2019 se recoge que "durante el ingreso presenta como complicación, torsión testicular derecha evolucionada".

3.- Acude a consulta de Urología el 7 de agosto de 2019 de forma programada. Se evidencia hemiescrotal derecho aumentado de tamaño, no claramente doloroso, el paciente refiere cierta mejoría clínica y del dolor.

En ecografía de la misma fecha 7 de agosto: En bolsa escrotal derecha una pequeña cantidad de líquido ecogénico. Epidídimo algo engrosado, sin vascularización significativa. Teste con zona hipocogénica de aproximadamente 1 cm, posiblemente en relación con infarto/absceso. No hay vascularización significativa. Los hallazgos sugieren torsión testicular derecha evolucionada.

Ingresa en el Servicio de Urología durante el periodo 7 a 13 de agosto de 2019.

Se realiza en la misma fecha orquiectomía inguinal derecha. En la intervención se comprueba la no viabilidad del teste derecho, totalmente necrosado.

En el postoperatorio inmediato gran hematoma escrotal.

Continúa seguimiento en HADO para continuar con tratamiento antibiótico oral y endovenoso y vigilancia del hematoma.

4.- Revisiones en Urología: Inicialmente semanalmente y después mensualmente con ecografías seriadas y buena evolución clínica. Regresión progresiva del hematoma.

El 23 de agosto de 2019 se plasma el resultado de la anatomía - patológica: Francos signos de necrosis isquémica. Hallazgos anatomopatológicos compatibles con el diagnóstico clínico de torsión testicular.

Alta en el Servicio HADO el 26 de agosto de 2019.

El 28 de enero de 2020 en revisión por Urología, hematoma de aproximadamente 1 cm en raíz de escroto derecho, organizado no doloroso. Causa alta en el Servicio».

3. A la vista de tales antecedentes, y dados los términos de la reclamación del interesado es preciso señalar lo siguiente:

El reclamante fundamenta su reclamación en que el cuadro de torsión testicular lo presentaba desde el día 29 de julio de 2019 y que la insuficiente exploración llevó a no diagnosticar la torsión testicular impidiendo que el testículo derecho se salvara, asegurando en su escrito de alegaciones de 25 de mayo de 2021 que la falta de comprobación de flujo vascular del testículo impidió su adecuado diagnóstico, haciéndole perder toda posibilidad de curación.

Pues bien, tal y como explica el SIP en su primer informe, el escroto agudo constituye una situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición más o menos súbita de dolor intenso y en ocasiones, signos inflamatorios en el escroto o en su contenido. A menudo se acompaña de signos locales y síntomas generales. Entre la variada etiología las más frecuentes son la torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares.

Con la finalidad de conservar la viabilidad del testículo, es preciso realizar un diagnóstico diferencial y tratamiento rápidos. Centrándonos en el caso que nos ocupa, el diagnóstico diferencial sería planteado entre la torsión testicular y la orquiepididimitis aguda que son las dos patologías más frecuentes a destacar dentro del síndrome de escroto agudo y con características clínicas en común.

La anamnesis y la exploración física nos enfocan hacia una u otra entidad siendo la ecografía doppler una prueba diagnóstica valiosa para el diagnóstico diferencial. Permite evaluar la anatomía (presencia de hidrocele, tumefacción del epidídimo) y facilita información sobre la disminución, ausencia (torsión) o aumento del flujo sanguíneo hacia el testículo (orquiepididimitis aguda). Informa el Servicio de Urología con fecha 13 de marzo de 2020 (folios n.º 151-154) que esta prueba tiene una sensibilidad del 63,6 - 100% y una especificidad del 97-100%, con una tasa de falsos positivos de 1%.

Por su parte, la torsión testicular consiste en la rotación axial del cordón espermático sobre sí mismo ocasionando una disminución del aporte sanguíneo al testículo y al epidídimo. Se trata de una urgencia urológica dado que la viabilidad testicular es inversamente proporcional a la duración de la torsión. El tratamiento urgente tiene como finalidad restablecer cuanto antes el flujo vascular al testículo evitando así la necrosis y atrofia posterior. La tasa de viabilidad testicular cae desde un 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas hasta un 20% a las 12 horas.

Clínicamente, la torsión se caracteriza por dolor testicular de inicio súbito o gradual que puede irradiarse a región inguinal o suprapúbica, acompañado de tumefacción escrotal. Pueden aparecer náuseas, vómitos e hiperpirexia.

A la exploración física el testículo suele estar elevado hacia el anillo inguinal superficial y horizontalizado (signo de Gouverneur), ser doloroso al tacto e incluso estar aumentado de tamaño. La piel del escroto puede estar edematosa y enrojecida. El signo de Prehn es negativo: al elevar el testículo hacia la sínfisis púbica no disminuye el dolor e incluso lo aumenta. Ausencia del reflejo cremastérico (reflejo cutáneo que aparece al rozar la cara supero-interna del muslo, produciendo

elevación del testículo homolateral o la contracción de la pared abdominal). La identificación del epidídimo en posición anterior o lateral y la palpación de un cordón espermático de consistencia blanda y algo congestivo son indicios muy sugestivos de torsión testicular.

Por otra parte, la orquiepididimitis es la inflamación aguda o crónica del epidídimo aunque puede afectar también al conducto deferente y al testículo. Este cuadro es el más común de escroto agudo en pacientes mayores de 18 años. Clínicamente se objetiva dolor escrotal intenso de instauración gradual con signos de inflamación en el hemiescroto afectado, incluyendo al epidídimo y el conducto deferente. Suele acompañarse de afectación del estado general con fiebre y síntomas urinarios. Puede evolucionar a absceso escrotal.

El cordón espermático está engrosado y tumefacto y es frecuente que haya hidrocele reactivo. La elevación del testículo produce disminución del dolor (Signo de Prehn positivo). El diagnóstico es clínico. Se recurre a la ecografía doppler en caso de duda que detectará un flujo testicular conservado o aumentado y signos de orquiepididimitis.

En el caso que nos ocupa, señala el informe del Servicio de Urología, en la exploración física realizada el 29 de julio de 2019 se describe «*Teste derecho no horizontalizado, no doloroso a la palpación. Epidídimo engrosado de tamaño e indurado, doloroso a la palpación en todo el trayecto inguinal. Reflejo cremastérico bilateral conservado. No impresiona de torsión testicular*».

A pesar de derivarse de la anamnesis y exploración física, que presentaba un cuadro de orquiepididimitis, a fin de establecer el diagnóstico diferencial con torsión testicular, se indicó la realización de ecografía doppler.

El procedimiento en esa fecha resultó artefactado (sic), como se recoge en la Historia Clínica, debido a la falta de colaboración del paciente que no permitió valorar la vascularización testicular. No obstante, la exploración física era compatible con orquiepididimitis. El diagnóstico diferencial se completó con otras pruebas complementarias tal como TAC y ecografía abdominal.

Y se añade:

«*El paciente recibió terapia y seguimiento adecuados al juicio diagnóstico sin perjuicio de una mala evolución con complicación ajena a la actuación del Servicio.*»

*Por ello, en contra de lo que afirma el reclamante, se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos al alcance de los servicios sanitarios públicos desde la primera visita siendo, a la vista de la Historia Clínica el cuadro de escroto agudo presentado por el paciente compatible en un inicio con orquiepididimitis aguda y posteriormente en su evolución complicado con torsión testicular tal y como se recoge en el informe de alta de HADO y en el informe aportado al expediente por el Servicio de Urología.*

*En el momento en que se sospechó torsión testicular se indicó con carácter urgente nuevamente la ecografía doppler y ante los resultados se indicó el tratamiento quirúrgico».*

Así, señala el informe de Urología del HGLP: *«el paciente (...) sufrió epididimitis aguda derecha (según datos de exploración física y ecografía) con mala evolución (a pesar de tratamiento médico intravenoso), que conllevó a la pérdida irreparable del teste derecho».* Por ello, la Propuesta de Resolución refuta el argumento esgrimido en las alegaciones según el cual el reclamante considera que queda demostrado que existía una torsión testicular desde el inicio, pues se hace alusión a torsión testicular *«evolucionada»*, y es que, en realidad, ese término hace alusión a que el proceso patológico preexistente no era torsión testicular, sino que evolucionó finalmente hacia torsión testicular.

4. Pues bien, dados los términos del informe emitido por el SIP en fecha 31 de marzo de 2020, este Consejo, en sesión celebrada el día 15 de abril de 2021 por la Sección II acordó [ex art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio)]:

*«1.Requerir de la Administración actuante la información o documentación que a continuación se expresa:*

*En el presente caso, consta en el expediente que el reclamante “Acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma en fecha 29 de julio de 2019 a las 08:02 horas donde permanece hasta las 13:54 horas. Refiere dolor en testículo derecho desde ese día al despertar que ha aumentado de intensidad, sin fiebre, sin náuseas, sin vómitos ni otra clínica acompañante. Niega antecedentes traumáticos previos.*

*A la vista del informe del SIP que, con fundamento en la Historia clínica del reclamante señala: “el paciente no colabora por lo que el estudio Doppler está artefactado no pudiendo valorar la vascularización testicular”, tratándose de una prueba diagnóstica determinante para el correcto diagnóstico el mismo día 29 de julio de 2019, fuere o no torsión testicular en aquel momento, es preciso, antes de resolver el presente expediente, que se informe con más detalle acerca de la razón por la que no se realizó aquella prueba ni en aquel momento ni en horas posteriores, y a qué se refiere el SIP cuando justifica que el estudio Doppler resultara “artefactado” por la no colaboración del paciente.*

*2.Suspender el plazo de emisión del dictamen solicitado por 15 días, que podrá ser ampliado de conformidad con lo dispuesto en el art. 53 del citado Reglamento, a los efectos de cumplimentar el antedicho trámite, que deberá realizarse con la mayor celeridad posible».*

Y es que según se ha señalado por el SIP, en su informe de 31 de marzo de 2020, son síntomas propios de la torsión testicular, el dolor y aumento de tamaño del testículo, así como el signo de Prehn negativo, además de posibles náuseas y vómitos. Ciertamente es que este síntoma no concurre en el paciente, aunque se habla de un vómito el día anterior, pero sí el dolor intenso, razón por la que acudió por vía de urgencia al Centro de Salud el día 29 de julio de 2019 a las 8:02, tras haber comenzado el dolor sobre las 6 de la mañana, y el aumento de tamaño. Por su parte, en cuanto al signo de Prehn negativo, no se hace alusión a tal comprobación.

Es especialmente relevante en esta patología un diagnóstico precoz, pues, como señala el informe del SIP, es éste el que condiciona la viabilidad del testículo. Por ello, dándose dos síntomas determinantes de esta patología: dolor intenso y aumento de volumen, a lo que se añade el hecho de que el paciente acudiera a las 8:02 horas de la mañana, pues la torsión testicular se suele manifestar durante el sueño, debió inmediatamente descartarse la torsión testicular mediante las pruebas disponibles para ello: comprobación de signo de Prehn negativo y eco-doppler, lo que no se hizo en su visita a urgencias el día 29 de julio, argumentando respecto al eco-doppler la falta de colaboración del paciente, al indicar que *«el paciente no colabora por lo que el estudio Doppler está artefactado no pudiendo valorar la vascularización testicular».*

En tal sentido, se instó por este Consejo informe aclaratorio en relación con: *«“el paciente no colabora por lo que el estudio Doppler está artefactado no pudiendo valorar la vascularización testicular”, tratándose de una prueba diagnóstica determinante para el correcto diagnóstico el mismo día 29 de julio de 2019, fuere o no torsión testicular en aquel momento, es preciso, antes de resolver el presente expediente, que se informe con más detalle acerca de la razón por la que no se realizó aquella prueba ni en aquel momento ni en horas posteriores, y a qué se refiere el SIP cuando justifica que el estudio Doppler resultara “artefactado” por la no colaboración del paciente».*

A tal efecto, se emitió informe por el Servicio de Urología del HGLP, el 4 de mayo de 2021, en el que se señala que la prueba sí se realizó, pero *«como consecuencia de los movimientos del paciente secundarios al dolor»*, la prueba *«resultó artefactada»*, lo que se explica que quiere decir que no permitió ver la vascularización.

No obstante, aclara el informe que se realizaron otras pruebas, como ecografía, que arrojó *«marcado engrosamiento con aumento de la ecogeneidad del epidídimo derecho»*, lo que implica epididimitis.

Y bien, lo cierto es que, dada la falta de resultados del eco-Doppler, se queda el servicio con el diagnóstico que arrojó la prueba menos precisa: la ecografía, que, como pudo comprobarse, no era acorde con la patología sufrida con el paciente: torsión testicular.

No se contesta en estos informes, ni el de Urología ni el del SIP, por qué no se intentó posteriormente la prueba eco-Doppler, ni se justifica la falta de administración de algún fármaco al paciente para aliviarle momentáneamente el dolor o producirle sedación y facilitar la realización de la prueba, ya que los movimientos del paciente por el dolor son involuntarios, a sabiendas de que la torsión testicular es una emergencia médica, no así las otras patologías planteadas como diagnóstico diferencial, y que la prueba eco-Doppler es la única determinante de un correcto diagnóstico.

No puede obviarse tampoco la actitud desesperada y diligente del paciente al acudir el día 29 de julio a urgencias del HGLP durante primeras horas de la mañana, por dolor desde horas antes.

Es preciso traer aquí a colación lo señalado por el propio SIP en un asunto similar al que nos ocupa, que fue objeto de nuestro Dictamen 119/2015, en el que se exponía:

*«El escroto agudo constituye una situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición más o menos súbita de dolor intenso y en ocasiones, signos inflamatorios en el escroto o en su contenido.*

*Entre la variada etiología las más frecuentes son la torsión del cordón espermático, la orquiepididimitis y la torsión de los apéndices testiculares (sobre todo la torsión de la Hidátide de Morgagni).*

*Con la finalidad de conservar la viabilidad del testículo es preciso realizar un diagnóstico diferencial y tratamiento rápidos. Centrándonos en el caso que nos ocupa, el diagnóstico diferencial sería planteado entre la torsión testicular (que desde el punto de vista fisiopatológico es de etiología vascular) y la orquiepididimitis de origen infeccioso.*

*La anamnesis y la exploración física nos enfocan hacia una u otra entidad siendo la ecografía doppler la prueba diagnóstica de continuación al facilitar información sobre la disminución (torsión) o aumento del flujo (orquiepididimitis).*

*La torsión testicular consiste en la rotación axial del cordón espermático sobre sí mismo ocasionando una disminución del aporte sanguíneo al testículo y al epidídimo. Se trata de una urgencia urológica dado que la viabilidad testicular es inversamente proporcional a la duración de la torsión. El tratamiento urgente tiene como finalidad restablecer cuanto antes el flujo vascular al testículo evitando así la necrosis y atrofia posterior. La tasa de viabilidad testicular cae desde un 85-100% cuando se resuelve en las 6 primeras horas hasta un 20% a las 12 horas.*

*Si el diagnóstico se hace 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.*

*Clínicamente, la torsión se caracteriza por dolor testicular de inicio súbito o gradual que puede irradiarse a región inguinal o suprapúbica, acompañado de tumefacción escrotal. Pueden aparecer náuseas, vómitos e hiperpirexia.*

*A la exploración física el testículo suele estar elevado hacia el anillo inguinal superficial y horizontalizado (signo de Gouvérou), ser doloroso al tacto e incluso estar aumentado de tamaño. La piel del escroto puede estar edematosa y enrojecida. El signo de Prehn es negativo: al elevar el testículo hacia la sínfisis púbica no disminuye el dolor e incluso lo aumenta, y existe ausencia del reflejo cremastérico (reflejo cutáneo que aparece al rozar la cara supero-interna del muslo, produciendo elevación del testículo homolateral o la contracción de la pared abdominal). La identificación del epidídimo en posición anterior o lateral y la palpación de un cordón espermático de consistencia blanda y algo congestivo son indicios muy sugestivos de torsión testicular.*

*El tratamiento definitivo es quirúrgico si bien como medida temporal puede intentarse la detorsión manual comprobando a continuación, mediante ecografía la repercusión testicular. Si la medida es efectiva, la orquidopexia (fijación del testículo a la pared escrotal) que es el tratamiento de elección de la torsión podrá realizarse de forma electiva.*

*Por su parte, la orquiepididimitis es la inflamación aguda o crónica del epidídimo, aunque puede afectar también al conducto deferente y al testículo. Este cuadro es el más común de escroto agudo en pacientes mayores de 18 años.*

*Clínicamente se objetiva dolor escrotal intenso de instauración gradual con signos de inflamación en el hemiescroto afectado, incluyendo al epidídimo y el conducto deferente. Suele acompañarse de afectación del estado general con fiebre y síntomas urinarios. Puede evolucionar a absceso escrotal.*

*El cordón espermático está engrosado y tumefacto y es frecuente que haya hidrocele reactivo. La elevación del testículo produce disminución del dolor (Signo de Prehn positivo).*

*El diagnóstico es clínico. Se recurre a la ecografía doppler en caso de duda que detectará un flujo testicular conservado o aumentado y signos de orquiepididimitis. El tratamiento es médico con antibióticos y antiinflamatorios».*

De ello se deriva que, en todo caso, ante la posibilidad de que se tratara de una torsión, necesariamente, siendo una urgencia clínica y dado su limitado pronóstico de viabilidad testicular, en este caso la realización de todas las pruebas encaminadas a descartar tal patología es exigible siempre con gran inmediatez.

En tal sentido, aquel mismo informe del SIP, en el caso referenciado en el Dictamen 119/2015 añadía:

*«Sin perjuicio de que la valoración inicial de fecha 26 de enero sea compatible con orquiepididimitis faltan datos en la exploración que, en principio, nos permitan excluir un cuadro de torsión testicular».*

Ello es íntegramente aplicable al presente caso.

Por todo ello, nos encontramos ante un caso en el que no se realizan las necesarias pruebas diagnósticas al paciente en el momento oportuno, sea para determinar o descartar el diagnóstico de torsión testicular, en el momento de acudir a urgencias del HGLP el día 29 de julio, a sabiendas de la gravedad de esta patología que implica la pérdida de un órgano principal, hasta el día 7 de agosto cuando, inevitablemente, ya ninguna probabilidad de viabilidad del testículo existía.

No queda justificado qué habría determinado el diagnóstico claro el mismo día 29 de julio de 2019, ni que la ecografía-doppler, no pudiera repetirse, dado que en un primer momento por causa de los movimientos del paciente quedara artefactada, no pudiendo valorar en ese momento, pero no posteriormente, la vascularización testicular.

De hecho, y sin perjuicio ya de que tras el paso de más de 6 horas no es viable la curación, lo cierto es que a pesar de que el paciente acude nuevamente el 31 de julio al servicio de Urgencias que deriva nuevamente al servicio de Urología, no se realiza eco-Doppler, insistiendo en el diagnóstico inicial, resultado que, cuando el 7 de agosto de 2019 el paciente es intervenido quirúrgicamente, el teste derecho está *«totalmente necrosado»*.

5. A la vista de lo expuesto, para la determinación del *quantum* indemnizatorio han de tenerse en cuenta tanto la edad del reclamante (23 años a la fecha de la determinación del daño pues su fecha de nacimiento es el 6 de agosto de 1996 y recibe el alta del proceso el 13 de agosto de 2019) como los daños efectivamente

causados por la Administración sanitaria (pérdida de testículo derecho), que podrían haberse evitado con una actuación ajustada a la *lex artis ad hoc*. Se indica en la historia clínica del paciente que tras la intervención de 7 de agosto de 2019 «se comprueba la no viabilidad del teste derecho, totalmente necrosado», por lo que se le practica una orquiectomía inguinal derecha.

Ahora bien, por otra parte, aun en la hipótesis de que el reclamante hubiera sido correctamente asistido desde un primer momento, no sería posible saber la probabilidad de conseguir con éxito un testículo viable. En tal sentido, La jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado sobre la cuantificación de las indemnizaciones provenientes de pérdida de oportunidad, señalando que procede valorarla «no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. de casación n.º 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación n.º 4981/2011). Por ello, procederá atenderse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación n.º 7126/2012).

En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños.

En este caso, se estima razonable aplicar el porcentaje del 60 por ciento de la cantidad que debería corresponderle, por cuanto la pérdida de oportunidad ha sido consecuencia exclusiva del deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

Así, resultan aplicables las tablas de valoración previstas el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, según Resolución

de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para el año 2019; y con aplicación del 60% igualmente señalado. La cantidad así resultante habrá de ser actualizada de acuerdo con lo dispuesto en el art. 34.3 LRJSP, que hace referencia a la actualización de la cuantía de la indemnización señalando que se realizará a la fecha que ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística.

6. Es evidente, pues, que el funcionamiento del servicio público ha sido deficiente al no haberse prestado la debida asistencia al interesado en atención a los medios apropiados al caso, con diagnóstico erróneo no justificable de efectos dañosos irreversibles, incumpléndose, desde esta perspectiva, la *lex artis ad hoc*, perdiendo el reclamante la oportunidad de curarse y pérdida del testículo derecho.

De este modo, existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido, siendo plena la responsabilidad del Servicio Canario de la Salud dadas las circunstancias, sin existir dato alguno que apoye concausa en la producción del daño imputable al interesado.

Por todo ello, la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiéndose estimar la reclamación, si bien, la cuantía indemnizatoria deberá calcularse en los términos señalados en este Dictamen.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen de este Consejo Consultivo, no es ajustada a Derecho, debiendo procederse conforme a lo señalado en el Fundamento IV.