



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 2 5 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 494/2021 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por oficio del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias el 4 de octubre de 2021 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo en la misma fecha) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada, 45.712,74 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP). Igualmente, 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 (LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño. En concreto, 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, apartado n) LOSC.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

6. 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. La reclamación se interpuso con fecha 29 de diciembre de 2020, habiéndose producido el hecho por el que se reclama el 14 de febrero de 2020.

7. Finalmente, se ha de recordar que, como repetidamente ha razonado este Consejo Consultivo (Dictámenes 99/2017, de 23 de marzo, 166/2019, de 9 de mayo de 2019, y 214/2019, de 6 de junio, entre otros), que la Administración mantenga relación contractual con una compañía de seguros, en el presente caso la relación contractual existente entre la Administración y la entidad (...), no significa que ésta sea parte en el procedimiento, puesto que la Administración responde directamente frente a los ciudadanos de su actuación, sin perjuicio de que a la aseguradora se le

pidan los informes que considere precisos la Administración para la determinación y valoración del daño.

## II

En cuanto al fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria, el interesado expone en su escrito de reclamación lo siguiente:

*« (...) A primeras horas de la madrugada del pasado día 14 de febrero del presente año 2020 , el compareciente , de 21 años de edad en ese momento (nacido el día 05-10- 1998), acudió al S.N.U. de San Benito, en la Ciudad de San Cristóbal de La Laguna, por un dolor muy intenso en el testículo derecho con irradiación hacia región inguinal y lumbar, que incluso le impide permanecer sentado y edematación del mismo.*

*Durante las horas previas a acudir al Centro de Salud había tenido unas molestias en la zona testicular, hasta que se transformó en un dolor tan intenso que le obligó a acudir al indicado centro de salud, donde por el facultativo que lo atendió, (...) [COL. (...)], tras explorar físicamente al compareciente , emitió un Juicio Diagnóstico de TORSION TESTICULAR, remitiéndolo de forma URGENTE al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) de esa misma Localidad.*

*El propio médico que le atendió en el S.N.U. de San Benito, no sólo manifiesta verbalmente al paciente su diagnóstico de Torsión Testicular, sino que además lo hace constar de forma expresa en su informe, haciendo constar en el apartado MOTIVO DE INTERCONSULTA: "SOLICITO VALORACIÓN DADA LA CLINICA DE APARICION BRUSCA SOSPECHO TORSIÓN".*

*La remisión del paciente al HUC la hace de forma URGENTE.*

*Se adjunta con el n.º 1 de los documentos informe del S.N.U. San Benito de La Laguna.*

*Segundo.- Remitido urgentemente al HUC, el compareciente acude rápidamente al citado hospital, donde tras una larga espera es atendido en el servicio de urgencias por el médico (...), quien a pesar de la remisión urgente por le S.N.U.de San Benito con el diagnóstico de TORSION TESTICULAR, se limitó sólo a hacer una analítica, además de la simple exploración física, en la que hace constar:*

*"Paciente con teste derecho aumentado de tamaño, aumento de consistencia y con sensación de líquido en bolsa escrotal, dolor a la palpación, no hernia inguinal derecha".*

*Y termina con su juicio diagnóstico de ORQUIEPIDIMITIS / HIDROCELE, dándole de alta seguidamente al paciente, a las 6: 15 horas de ese mismo día, con la recomendación de "remitir al urólogo de área preferente, así como uso de slip o suspensorio, evitar esfuerzos",*

y prescribiendo volarán 50 c/8 horas, opiren 15 flas c/24 horas y ciprofloxacino 500 c/ 12 horas.

*Se adjunta con el n.º 2 informe del servicio de urgencias del HUC.*

*Tercero.- Dado que no hubo mejoría alguna y que el dolor y edema persistían, el día 16 siguiente, sobre las 19 horas, el compareciente acude nuevamente al servicio de urgencias del HUC donde además de la prueba de exploración física, se le realiza UNA ECO TESTICULAR, con estudio urgente, donde se le diagnostica TORSION TESTICULAR DERECHA, que es precisamente el primer juicio diagnóstico efectuado el día 12 por el médico del S.N.U. La Laguna San Benito y que negligentemente ignoró el médico de urgencias del HUC ese mismo día.*

*La consecuencia de ello es que, al haber transcurrido tanto tiempo desde la primera vez que acude al servicio de urgencias, el testículo ya no tiene riego sanguíneo y se atrofiará, no siendo igualmente ya posible una intervención quirúrgica, lo que llevó a la muerte del mismo.*

*En definitiva, el diagnóstico principal que se le hace entonces es ENF DEL TESTICULO. Ello supone la pérdida o muerte total del testículo derecho del paciente, sin posibilidad alguna de recuperación futura.*

*Se adjunta el informe del Servicio de Urgencias con el n.º 3 de los documentos.*

*Cuarto.- De todo ello se concluye que la pérdida del testículo del compareciente se produce por la actuación negligente del servicio de urgencias del HUC el día 14 de febrero de 2020, puesto que lo que se debió haber hecho, como indica la más elemental práctica médica, es una Eco del testículo afectado para confirmar/descartar el diagnóstico inicial del médico del S.N.U. San Benito de La Laguna. De haberse realizado la ECO como debió hacer el médico de urgencias (como así se hizo el día 16 en el mismo Servicio de Urgencias), el compareciente no habría perdido el testículo, por lo que es evidente que tal pérdida es consecuencia de una mala praxis del médico de urgencias y de un calamitoso error de diagnóstico (inadecuado e incompleto). Además, con ello también se evitó que el compareciente fuera intervenido quirúrgicamente para salvarle el testículo, con lo que también, tal negligente actuar del médico de urgencias, supuso la pérdida de oportunidad de evitar la atrofia total del testículo con una simple intervención si se hubiera adoptado la diligencia normal como médico, realizando 1a simple Eco que hubiera confirmado el diagnóstico del médico del CS de San Benito y se hubiera evitado la pérdida del testículo o en el peor de los casos, al menos se hubiera intentado evitar la pérdida del testículo, cosa que ni siquiera se pudo hacer por el fallido diagnóstico del médico de urgencias (...) ».*

### III

1. En cuanto al desarrollo procedimental, la reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Canario de la Salud (SCS) se interpone el 29 de diciembre de 2020.

En resumen, el interesado solicita una indemnización de 45.712,74 € por responsabilidad patrimonial del SCS, ya que entiende que la negligente actuación del SCS, le ocasionó la lesión irreversible consistente en la pérdida de un testículo.

2. En fecha 13 de enero de 2021, se requirió del interesado la subsanación y mejora de la reclamación presentada de acuerdo con el art. 68 LPACAP, en relación con los arts. 66 y 67 LPACAP. En fecha 27 de enero de 2021, el afectado solicita que se tenga en consideración a efectos probatorios la documental médica, el informe pericial médico y la testigo propuesta debidamente identificada.

3. El 13 de enero de 2021, se dicta Resolución de admisión a trámite y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) a la vista de la historia clínica del interesado y de los informes preceptivos correspondientes. El 22 de enero de 2021, el interesado es notificado.

4. El 31 de julio de 2021, el SIP remite informe acreditando la siguiente sucesión cronológica de hechos:

*« (...) 1.-En fecha 14 de febrero de 2020, a las 3:46:11 horas, acude al SNU Laguna San Benito. Expone que en la mañana inició bruscamente dolor testicular derecho con irradiación hacia región inguinal y lumbar, que incluso le impedía mantenerse sentado. Notó edematización de dicho testículo. No contusión, no náuseas ni vómitos, algo de sensación distérmica sin fiebre termometrada, orinas normales, no picor.*

*En la exploración física: Combur negativo. Signo de Prehn negativo. Transiluminación escrotal negativa.*

*Bajo el juicio diagnóstico de torsión escrotal se derivó al HUC para valoración.*

*2.-Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario d Canarias (HUC) a las 04:18 horas del 14 de febrero de 2020. Alta a las 06:21 horas.*

*En la anamnesis cuadro de dolor de menos de 24 horas de evolución.*

*En la exploración física: Teste derecho aumentado de tamaño, aumento de consistencia y con sensación de líquido en bolsa escrotal. Dolor a palpación. No hernia inguinal derecha.*

*Se indica analítica de sangre y de orina.*

*Diagnóstico: Orquiepididimitis/hidrocele.*

*Se recomienda uso de slip o suspensorio y evitar esfuerzos. Se prescribe voltaren 50 c/8 horas, opiren 15 flas c/24h y ciprofloxacino 500 c/12 horas.*

*Se indica remitir a Urologo de área preferente.*

*3.-El 14 de febrero de 2020 aporta a su Médico de Familia el informe de asistencia en el Servicio de Urgencias hospitalario. Se realiza interconsulta al Servicio de Urología. Cita en junio.*

*4.-El 16 de febrero de 2020, 19:13 horas, acude al Servicio de Urgencias del HUC. Alta 17 de febrero a las 09:52 horas.*

*Refiere no mejoría del cuadro. Nota el testículo más inflamado y más duro. Dolor desde teste hacia la ingle y fosa renal derecha. Poliuria sin disuria.*

*En la exploración física: Teste derecho aumentado de tamaño, indurado y doloroso. Abdomen no doloroso. PPR derecha algo dolorosa.*

*Se indica eco testicular en la que se objetiva: Volumen testicular derecho de 27 cc. Volumen testicular izquierdo de 16 cc. Teste derecho muy hipoecogénico y de aspecto heterogéneo, con ausencia de Doppler color y con el signo de Whirlpool visible del cordón espermático, todo ello en relación con torsión testicular. Epidídimo y cubiertas testiculares ipsilaterales engrosadas, en probable relación con epididimitis asociada. Discreto hidrocele bilateral.*

*Bajo el diagnóstico de torsión testicular se solicita interconsulta al Servicio de Urología.*

*En la valoración por este Servicio el paciente refiere que el jueves por la mañana mientras mantenía relaciones sexuales presenta dolor brusco en testículo derecho, sin embargo como luego se encontraba mejor y solo presentaba molestia no le dio importancia. Por la noche comienza con dolor testicular, abdominal y vómitos, por lo que acude a urgencias del centro de salud y es derivado a urgencias del HUC. En dicha visita es diagnosticado de orquiepididimitis y pautado tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Posteriormente el viernes y sábado refiere encontrarse asintomático. Hoy acude de nuevo a urgencias por aumento de la inflamación testicular y continuar con molestias.*

*En la exploración escrotal: Teste izquierdo no aumentado de tamaño, móvil, no doloroso a la palpación, cordón no engrosado y no doloroso. Teste derecho aumentado de tamaño (x2-3 veces el teste contralateral), doloroso a la palpación en polo superior, cordón engrosado y doloroso.*

*Como juicio diagnóstico: Torsión testicular derecha. Epididimitis derecha.*

*Consta que:*

*Dado que el paciente lleva aproximadamente 60 horas con la clínica (acudió a urgencias el viernes 14/02 a las 6:00 horas con la clínica de dolor y náuseas) no está indicada intervención quirúrgica urgente.*

*Se explica al paciente la patología y no necesidad de intervención quirúrgica, lo entiende. Además se explica que el testículo no tiene riego sanguíneo y que se atrofiará, también lo entiende.*

*Se decide mantener en observación con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio hasta mañana. Se le explica que si buena evolución será dado de alta y citado en consultas externas de urología para valoración de posible orquidopexia del testículo contralateral. También lo entiende.*

*Se vuelve a valorar al paciente que se encuentra asintomático, afebril y sin dolor.*

*Causa alta con tratamiento antiinflamatorio y antibiótico. Se explican signos de alarma por los que debiera volver a urgencias (fiebre, dolor o empeoramiento). Además se explica que si presenta dolor en teste contralateral debe de acudir a urgencias para valoración.*

*Control evolutivo en consultas externas del Servicio de Urología así como para inclusión en LE quirúrgica para orquidopexia izquierda.*

*5.-Inició proceso de IT el 17 de febrero de 2020 con alta el 28 de febrero de 2020.*

*6.-Citado en la consulta de Urología los días 27 de abril de 2020 y posteriormente el 2 de noviembre de 2020 el paciente no acude (...) ».*

5. Consta informe del Coordinador del servicio de Urgencias del HUC emitido en fecha 25 de febrero de 2021, que expone:

*« (...) Tras analizar la asistencia recibida por el paciente he de manifestar que tras la valoración realizada por el médico de urgencias, (...), que nos encontramos con un paciente que acude por dolor en testículo derecho, con exploración realizada donde se aprecia un aumento de tamaño del testículo así como aumento de la consistencia, sensación de líquido en bolsa escrotal y dolor a la palpación, considerando como diagnóstico una orquiepididimitis/hidrocele y actuando en consecuencia con la sospecha clínica*

*-La epididimitis es la causa más común de dolor testicular en mayores de 18 años.*

*-El dolor en la torsión testicular (TT) es de inicio súbito, unilateral, intenso y no cede ni se alivia con el paso de las horas. Según el informe presentado, se documenta que en este caso si le ocurrió al paciente pues parece que el dolor cedió (según consta en el informe del perito, estuvo viernes y sábado asintomático) para luego volver a aparecer. Tras la anamnesis y la exploración física, se recomienda realizar una ecografía Doppler ante la sospecha de una TT. El médico que atendió al paciente no solicita ecografía pues tras la*

valoración y la exploración física considera como diagnóstico una orquiepididimitis y no una TT. <si hubiera sido así se hubiera solicitado la prueba en cuestión.

*-Entre las pruebas complementarias para estudiar la etiología de una orquiepididimitis, se encuentran el análisis del sedimento de orina, que si fue solicitada por el profesional ante sospecha diagnóstica, congruente con su actuación.*

*-Si bien es preceptivo ante un dolor escrotal agudo pensar en una TT, la clínica y la exploración física hicieron pensar como diagnóstico una orquiepididimitis, siendo tratada como tal.*

*Lamentamos que el desenlace posterior fuera que se trataba de una TT, pero la actuación del médico fue debida a los hallazgos de la anamnesis y exploración física realizada con una sospecha diagnóstica que motivó su actuación. (...) ».*

6. Con fecha 13 de septiembre de 2021, se dicta el Acuerdo Probatorio, mediante el que se admitieron a trámite las pruebas documental y pericial propuestas por el interesado en cumplimiento de lo dispuesto en los arts. 77 y 78 LPACAP. Sin embargo, motivadamente ha sido rechazada la testifical propuesta por este.

7. Con fecha 13 de septiembre de 2021, se emite Resolución evacuando el Trámite de Audiencia de conformidad con el art. 82 LPACAP, para que el interesado pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime procedentes.

En consecuencia, el 30 de septiembre el interesado formuló escrito de alegaciones mostrando su disconformidad con la cantidad indemnizatoria propuesta por el SIP en su informe.

8. En fecha 4 de octubre de 2021, se emite la Propuesta de Resolución que estima parcialmente la reclamación presentada por el interesado.

9. Desde el punto de vista formal, el presente procedimiento ha sido tramitado adecuadamente, por lo que nada obsta para la emisión de un dictamen de fondo.

10. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

## IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución señala que ha quedado acreditado, en el caso que nos ocupa, tanto el daño alegado como su



relación de causalidad con el funcionamiento del Servicio, si bien no estima adecuada la cantidad señalada por el reclamante como a indemnizar por la Administración, sino la valoración contenida en el informe del SIP que no fue aceptada por la parte reclamante como así se manifiesta en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia.

2. Se considera, examinada la información y documentación obrante en el expediente, que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, tanto desde el punto de vista formal, como se indicó en el fundamento anterior, como desde el punto de vista material, al concurrir los presupuestos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración con el alcance establecido en la Propuesta.

3. En este sentido, nos remitimos a las consideraciones del informe del SIP:

*«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 (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 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 la prueba diagnóstica de confirmación al facilitar información sobre la disminución (torsión) o aumento del flujo (orquiepididimitis).*

*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.*

*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.*

*Si bien el tratamiento definitivo es quirúrgico, 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.*

*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, y existe ausencia del reflejo cremastérico (reflejo cutáneo que aparece al rozar al 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.*

*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, además de reposo y frío local.*

*El cuadro suele mejorar en 48 horas, pero en algunos casos puede evolucionar mal, produciéndose absceso testicular o isquemia testicular, precisando drenaje o incluso orquiectomía».*

En virtud de tales consideraciones se concluye por el SIP, que:

«1.-Se reclama la pérdida de oportunidad de evitar la atrofia del testículo derecho del reclamante de haberse realizado en la asistencia del 16 de febrero el diagnóstico de torsión testicular mediante la realización de ecodoppler.

2.-Es importante, en el presente caso, aproximarnos al tiempo de evolución de la torsión desde su inicio hasta el momento de la primera demanda de asistencia sanitaria el 14 de febrero de 2020 para considerar la probabilidad de conservar la viabilidad testicular.

En fecha 14 de febrero de 2020, a las 3:46:11 horas, acude al SNU Laguna San Benito. Expone que en la mañana inició bruscamente dolor testicular derecho con irradiación hacia región inguinal y lumbar, que incluso le impedía mantenerse sentado.

Por tanto, no define la hora de comienzo pero señala que fue "en la mañana" esto es la mañana del 13 de febrero de 2020 y con ello habría transcurrido más de 12 horas hasta las 3:46:11 horas del 14 de febrero.

Se añade que en la asistencia en el HUC, llegada a las 4:18 horas y alta a las 6:21 horas del 14 de febrero, consta que el dolor en teste derecho es de < de 24 horas de evolución.

El momento que se discute de realización de ecodoppler de testículo se sitúa entre las 4:18 y 6.21 horas, menos de 24 horas de evolución pero no menos de 12 horas de acuerdo con el relato del paciente. Además, en la valoración por Urología el 16 de febrero, el paciente refiere con más concreción que el dolor se inició el jueves, esto es el día 13 de febrero de 2020.

Concluimos que el cuadro se inició en la mañana del 13 de febrero y la primera vez que se demanda asistencia es el 14 de febrero a las 3:46:11 horas y con posibilidad de realización de ecografía testicular después de las 4:18 horas del 14 de febrero, momento en el que llega al hospital, lo que nos conduce a una evolución del cuadro, ajena a la actuación del servicio sanitario, de menos de 24 horas pero de más de 12 horas.

Ya en el momento de volver al Servicio de Urgencias, 16 de febrero de 2020, el tiempo transcurrido desde el inicio del dolor hacía inviable la recuperación del testículo.

3.-En fecha 16 de febrero de 2010 el paciente refiere que nota el testículo más inflamado y más duro.

En esta asistencia sí se solicitó ecografía testicular en la que se objetiva, además de torsión teste derecho, posible epididimitis asociada y discreto hidrocele bilateral. Estos dos últimos diagnosticados en la asistencia previa del día 14 de febrero de 2020.

La evolución del cuadro relatada por el paciente al Servicio de Urología consistió en un inicio brusco en la mañana del día 13 de febrero con posterior mejoría y reinicio del dolor en la madrugada del 14 de febrero por lo que acudió al Centro de Salud. Iniciado el tratamiento prescrito en el Servicio de Urgencias del HUC, el 14 de febrero, la evoluciona siguió con

ausencia de síntomas durante los días 15 y 16 de febrero (viernes y sábado) con posterior aumento de la inflamación testicular y molestias el día 16 de febrero.

*Esta mejoría del cuadro inicial es puesta de manifiesto por el Servicio de Urgencias en su informe, ya que en el caso de torsión, después de un inicio brusco el dolor no cede ni se alivia con el paso del tiempo.*

*4.-Procede indemnizar pero no por la pérdida del testículo, pues una vez producida, aunque la probabilidad de conservación del testículo aumenta con el diagnóstico precoz, no puede garantizarse, pero sí procede por la falta de diagnóstico precoz. Este hecho junto a la descrita posibilidad en torno a un 85-100% de conseguir un testículo viable con una actuación dentro de las primeras 6 horas y caída hasta un 20% a las 12 hora nos conduce a indemnizar la falta de oportunidad de viabilidad del testículo derecho en el reclamante.*

*Dado que el paciente demanda asistencia después de las 12 horas de inicio del cuadro, la pérdida de oportunidad de conservar la viabilidad testicular decae hasta un 20% por lo que aplicamos este porcentaje a la cuantía que resulte de valorar la pérdida del testículo.*

*En el presente caso no se realizó orquitectomía (extirpación del testículo) por lo que no hablamos de una pérdida testicular física sino funcional. Sí sufrió atrofia testicular con disminución del tamaño del testículo derecho (perjuicio estético).*

*Por otra parte, el hecho de que el paciente fuera incluido en lista de espera quirúrgica para orquidopexia del testículo contralateral no se relaciona con el momento del diagnóstico. Estaba indicado aunque se hubiese recuperado la viabilidad del testículo derecho a fin de evitar torsión futura en el izquierdo.*

*Además, entendemos que no procede valorar el periodo de estabilidad lesional relacionado con el proceso sufrido y no con la actuación del servicio sanitario (...) ».*

4. Tanto las manifestaciones médicas vertidas por el SIP como por el Coordinador del Servicio de Urgencias, en sus respectivos informes, se confirman en la documental obrante en el expediente; entre otras, podemos mencionar los informes realizados por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife en la fecha en que fue asistido el paciente (folios del expediente 69 y siguientes), o el informe Clínico de Urgencias (folio 95 del expediente).

5. En consecuencia, ante la patología y síntomas que presentaba el paciente, que hacían sospechar de torsión testicular, no se utilizaron todos los medios adecuados para descartar la misma mediante una Ecografía Eco-doppler cuando fue derivado por el Centro de Salud al Servicio de Urgencias del HUC, por lo que, en este caso, se ha vulnerado la *lex artis ad hoc*, incurriendo en responsabilidad la Administración sanitaria por el daño causado, que podría haberse evitado, produciéndose un error en el diagnóstico y consecuente pérdida de oportunidad en el

paciente de salvar su testículo aunque fuera con una probabilidad de éxito del 20%, al haber asistido el paciente transcurridas las 12 horas más relevantes desde que sufre la lesión.

6. Este Consejo Consultivo, entre otros muchos, en los Dictámenes 171/2016; 152/2017; 324/2018, se ha referido a la pérdida de oportunidad como un concepto indemnizable. Así, se señala que:

*«En relación con la pérdida de oportunidad, desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada “pérdida de oportunidad” cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño. La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. “La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada” (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación nº 6676/2003). “En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación nº 6280/2009). Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia “la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación nº 1247/2014).*

*La STS de 21 de diciembre de 2015 o 16 de febrero de 2011 refieren que «basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de*

*posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».*

7. A mayor abundamiento, este Consejo se ha pronunciado en supuestos de hecho similares en los que el reclamante presentaba la misma sintomatología y hecho lesivo (pérdida de testículo por torsión testicular), entre otros, en los Dictámenes 16/2012, de 9 de enero, 367/2013, de 29 de octubre, 119/2015, de 9 de abril, 400/2015, de 29 de octubre, 53/2016, de 25 de febrero, 451/2017, de 5 de diciembre y 179/2019, de 16 de mayo, en los que en unos casos la Administración sanitaria propone la terminación mediante acuerdo convencional (Dictámenes 367/2013, 451/2017, 179/2019 y 371/2020) o estima parcialmente la reclamación (Dictámenes 119/2015, 400/2015 y 53/2016), considerando este Consejo en muchos de los casos que debían incrementarse las cuantías indemnizatorias.

Así, en el Dictamen 239/2019, de 20 de junio, señalamos lo siguiente, con cita, entre otros, de los Dictámenes 367/2013 y 119/2015:

*«Por su parte, en el Dictamen 367/2013, señalábamos:*

*“ (...) A la vista de los hechos expuestos resulta patente que en la asistencia sanitaria prestada al paciente el día 15 de septiembre de 2010, por los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, no se utilizaron todos los medios de diagnóstico disponibles aconsejados por las circunstancias del caso -ecografía doppler-, especialmente, en relación al anterior diagnóstico del paciente emitido por el facultativo del Centro de Salud `torsión testicular`, constituyendo esta omisión de recursos una vulneración de la lex artis ad hoc; la cual ha impedido la intervención a tiempo sobre la torsión testicular, causando la pérdida del testículo derecho. Hay, pues, una relación de causa a efecto entre la deficiente atención médica prestada al paciente y el daño personal por el que reclama, que la Administración sanitaria reconoce y no discute, proponiendo el correspondiente acuerdo indemnizatorio de terminación convencional previsto en el art. 15.2 RPAPRP (...)”.*

*Finalmente, en el Dictamen 119/2015, también indicábamos lo siguiente:*

*“ (...) La actuación médica inicial, llevada a cabo el 26 de enero de 2013 en el Centro de Salud de la localidad de El Doctoral, originó la pérdida de oportunidad referida al dolor que el menor manifestaba con ocasión de dicha asistencia, lo que fue confirmado posteriormente por el urólogo de zona, que diagnosticó la lesión padecida como “síndrome escrotal agudo derecho desde hace días”. Además, el diagnóstico inicial en un menor de edad no es el*

*habitual, pues como nos indica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, la orquiepididimitis es más común en pacientes mayores de 18 años. Por dichas razones, para determinar la enfermedad del menor se tendría que haber requerido un mejor estudio o exploración física, así como la práctica de la ecodoppler que, como indica el propio informe del citado Servicio de Inspección y Prestaciones, es el mejor medio disponible para tratar la enfermedad padecida. Por lo tanto, siendo evidente la pérdida de oportunidad con motivo de la asistencia médica recibida por el menor en un primer momento, procede indemnizar al interesado (...) ».*

8. Finalmente, y en cuanto a la cuantía indemnizatoria propuesta en el informe del SIP, ésta es la adecuada, en aplicación de lo previsto en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación en los siguientes términos:

*«Año del hecho causante: 2020.*

*Edad del paciente: 21 años*

*Recurrimos a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulatorio*

*Aunque la secuela es atrofia del testículo sólo disponemos de la ponderación de "Pérdida del testículo" (20-25 p) .....20 puntos.*

*20 puntos (paciente de 21 años) >>>>>>> 28.716,05 € € (cuantía actualizada al año 2021).*

*\*Perjuicio estético ligero >>>>3 puntos >>>>>2.832,24 € (cuantía actualizada al año 2021)*

*\*Perjuicio moral leve por pérdida de calidad de vida: 5.000 € (cuantía actualizada al año 2021).*

*Total: 36.548,29 € (cuantía actualizada al año 2021).*

*Aplicando el 20% en concepto de pérdida de oportunidad resulta una cuantía de 7.309,66 €».*

9. Por tanto, resulta correcta la valoración efectuada en aquel informe y asumida por la Propuesta de Resolución, siendo de aplicación el art. 34.3 LRJSP, que hace referencia a la actualización de la cuantía de la indemnización 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.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución que estima parcialmente la reclamación presentada resulta conforme a Derecho, debiendo actualizarse la cuantía de la indemnización 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.