



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 7 5 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de diciembre 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. 538/2021 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 mediante oficio de 27 de octubre de 2021, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 29 de octubre de 2021), 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.

2. La reclamante solicita una indemnización de 12.000 euros; esta cuantía 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 carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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 Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona.

5. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3 b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP), sin que al hacerlo esté vinculada al sentido del silencio administrativo producido.

8. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución remitida, resultan de aplicación, además de la mencionada LPACAP; las Leyes 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 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.

## II

1. La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación:

«PRIMERO.- Con fecha 21 de octubre de 2019, tras sentir un persistente dolor en la zona del abdomen, por debajo del ombligo, padeciendo diarreas fuertes, acudí al servicio de urgencias del Hospital Molina Orosa, encontrándome especialmente alarmada, dado que años atrás se me había diagnosticado por los facultativos de dicho centro hospitalario problemas intestinales (ileitis terminal) con sospecha de la enfermedad de Cronh, sufriendo diarreas crónicas desde los 12 años.

En dicho servicio de urgencias, tras explicar al correspondiente facultativo mi cuadro clínico, se me realizó una mera exploración física en la zona del abdomen, detectando que se encontraba doloroso en hipogastrio y FID, sin que se me realizara ninguna otra exploración complementaria más que una analítica de sangre, a pesar de que mis antecedentes médicos - aunque no se haya hecho constar en el informe clínico de urgencias- refieren problemas intestinales, pues vengo sufriendo diarreas crónicas desde la infancia. Aporto como documento número uno informe clínico de urgencias.

Se me diagnosticó una infección de tracto urinario, dándome el alta con prescripción de medicación consistente en ciprofloxacino, enantun y paracetamol, recomendándoseme beber abundante líquido y seguimiento por médico de cabecera en 7-8 días, y si empeoraba, acudir nuevamente al servicio de urgencias.

SEGUNDO. - Aunque en los días siguientes el dolor se atemperó con la medicación, en la madrugada del 27 de octubre de 2019 volví a sufrir un fuerte dolor agudo tipo cólico en FID con fuertes diarreas que se irradiaba hacia la zona lumbar, por lo que tuve que acudir otra vez al servicio de urgencias del Centro de Salud de Playa Blanca.

En dicho centro se me realizó una exploración física, detectando dolor al palpar la zona FID, sin que tampoco se me realizara ninguna otra exploración complementaria, diagnosticándoseme dolor iliaca derecha y prescribiéndose medicación consistente en dexketopofreno y metamizol Magnésico, indicando que si no se presentaba mejoría debería acudir al Hospital General para valoración. Aporto como documento número dos el documento elaborado por el facultativo en el que consta el resumen de mi visita.

TERCERO. - El caso es que unas horas después, al medio día del 27 de octubre de 2019, mi situación siguió empeorando, experimentando otro fuerte dolor en la zona FID con diarreas muy abundantes, por lo que acudí nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Molina Orosa, donde fui valorada por el Servicio de Ginecología (se acompaña informe de valoración como documento nº3).

Se me realizó una ecografía de abdomen en la que se detectó una "hidronefrosis grado II derecha sin objetivar causa obstructiva distal", así como un quiste anexial derecho, lo que llevó a considerar, sin ninguna otra prueba diagnóstica adicional tendente a confirmarlo, que la persistencia del dolor en FID podía obedecer a una "torsión anexial derecha",

decidiéndose mi ingreso hospitalario para una "cirugía urgente" (como documento nº4 se acompaña el informe del servicio de Ginecología).

Es decir, que a pesar de que se había detectado una hidronefrosis grado II (una dilatación de mis riñones) y de mis antecedentes clínicos, se me sometió a una técnica quirúrgica laparoscópica sin la realización de ninguna otra prueba diagnóstica no invasiva que sin duda la hubiese evitado, porque como enseguida veremos dicha intervención era innecesaria y evitable.

CUARTO.- De este modo, a pesar de mis antecedentes crónicos y sin realizarme ninguna otra prueba diagnóstica no invasiva -como, por ejemplo, un TAC- que pudiera descartar o confirmar la sospecha de una posible anomalía ovárica como causa de los fuertes dolores que padecía, se me sometió a una laparoscopia ginecológica, con los riesgos y molestias que de su práctica se derivaban, como se detalla en el consentimiento informado que se me hizo firmar, advirtiéndome de las posibles complicaciones que podría tener dicha técnica invasiva, como lesiones vasculares, hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), accidente eléctricos, lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y postoperatorias), indicándose incluso que, aunque fuera difícil, podría causar mi fallecimiento en caso de complicaciones.

Aporto como documento número cinco, el documento de consentimiento informado en el que se indican los riesgos de la intervención a que se me sometió.

QUINTO. - El caso es que la intervención laparoscópica que se me practicó el 27 de octubre de 2019 no confirmó la existencia de la torsión anexial ovárica que la motivó, por lo que continué sufriendo los intensos dolores tipo cólico en la zona FID que venía padeciendo desde el 21 de octubre anterior, tal y como consta en la hoja de curso clínico que aporto como documento número seis.

Y fue a la vista de dicha situación cuando, por primera vez, se me indicó la realización de un TAC de abdomen para determinar la causa de mis dolencias. "Se realiza IC Urología y se contacta telefónicamente. Aconseja TAC abdomen, más analítica completa, más sedimento de orina. Mantener sonda vesical hasta valoración por urólogo, mantener en dieta absoluta y resto sin cambios".

SEXTO. - De este modo, el 29 de octubre de 2019, tras resultado del TAC, se confirmó que lo que padecía era una hidronefrosis derecha grado III (como había advertido la ecografía que se me hizo antes) asociado a pequeño urinoma secundario a litiasis ureterales a la altura del meato derecho, en lugar de un problema ovárico, tal y como consta en la hoja de curso clínico que aporto como documento número siete.

Dicho resultado confirmó que se me sometió a una procedimiento quirúrgico invasivo - con todos los riesgos que ello supuso- de forma evitable e innecesaria, por una errónea sospecha de torsión ovárica que se podía haber descartado con una prueba no invasiva, como

el TAC que se me hizo "después" de sometérseme a una laparoscopia invasiva que también ocasionó a la suscribiente intensas molestias.

Así, en el informe clínico de urología que se me realizó con esa misma fecha se recoge, entre otros extremos, la existencia de cambios postquirúrgicos en la pared abdominal inferior con presencia de aire en el tejido celular subcutáneo, áreas de disrupción la musculatura de los rectos y pequeña cantidad de líquido, secundario a la laparotomía exploratoria, y se concluye ureterohipodrenofrosis derecha grado III asociado a pequeño urinoma secundario a litiasis ureterales a la altura del meatro derecho. Aporto como documento número ocho dicho informe.

SÉPTIMO.- El 30 de octubre de 2019 se me dio el alta hospitalaria, prescribiéndoseme la medicación correspondiente para mitigar los dolores provocados por la herida quirúrgica y la necesidad de hacerme curas diarias en los días posteriores, pues el cierre del abdomen se hizo mediante grapas post-operatorias.

Pero mi sufrimiento no quedó ahí, esto es, en el sometimiento a una operación quirúrgica innecesaria, con todos los riesgos que implicaba, sino que, una vez recibí el alta tuve que acudir durante sendos días al servicio de enfermería, al sufrir complicaciones, así como acudir al servicio de urología para ver la evolución.

De hecho, en los informes de cuidados de enfermería, consta que presentaba fuerte ansiedad, dolor agudo, riesgo de infección relacionado con el procedimiento invasivo, deterioro de la integridad cutánea realizado con la intervención quirúrgica, alterando la superficie de la piel, dolor agudo. En dicho informe consta que era habitual que tras la realización de la intervención quirúrgica a que fui sometida presentase molestias en costillas, en los hombros, en la cara interna de los músculos, sensación de hinchazón abdominal, molestias al orinar y quemazón, pérdida vaginal, alteración de la temperatura. Y ello, como consecuencia de una intervención quirúrgica que era totalmente innecesaria, causándome un daño físico y moral que nunca debí de soportar porque era perfectamente evitable.

Además, en los días posteriores también tuve que acudir al servicio de urgencias del Hospital Molina Orosa al experimentar un gran dolor en la zona abdominal, con un fuerte sangrado, resultando que se me había abierto la herida en la pared abdominal interior con complicación, y tras prescribírseme medicación, se me da el alta, recomendándoseme seguimiento por médico de cabecera.

En definitiva, el sometimiento a una intervención invasiva innecesaria no solo me generó un dolor y padecimientos evitables e innecesarios, sino también una grave frustración, pues había sido intervenida quirúrgicamente de forma totalmente innecesaria, como ya he explicado, provocándome un proceso post quirúrgico doloroso y complicado, lo cual, no tenía el deber de soportar».

2. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

2.1- Se presenta el 14 de agosto de 2020, por (...), reclamación de responsabilidad patrimonial ante el SCS, por los padecimientos derivados de una intervención invasiva que resultó ser innecesaria.

2.2- Con fecha de 2 de septiembre de 2020, se requiere a la reclamante a fin de que subsane y mejore su solicitud presentándose, con fecha de registro de entrada de 22 de septiembre de 2020, la documentación requerida.

2.3- Con fecha de 21 de octubre de 2020, mediante Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

2.4- Con fecha de 9 de julio de 2021, se remite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, informe de esa misma fecha sobre la asistencia sanitaria prestada y documentación clínica.

En dicho informe se señalan los siguientes antecedentes:

*«1.-Antecedentes de cistitis y de ITUs (infección del tracto urinario) en los años 2017 y 2018.*

*2.-El 21 de octubre de 2019 acude a su Médico de Familia por dolor en FID (fosa iliaca derecha) de 4 días de evolución y distermia.*

*Después de exploración física se prescribe buscapina y se le indica los signos y síntomas de alarma por los que tiene que acudir al hospital así como las pautas de consulta.*

*2.-En la misma fecha acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, 16:02 horas, por dolor en hipogastrio y FID de una semana de evolución.*

*No refiere clínica miccional ni vómitos. Diarrea hace 2 días. No alteración del flujo vaginal. No mejoría tras la pauta de buscapina.*

*En la exploración física, entre otros, abdomen blando, depresible, globuloso por adiposo, doloroso en hipogastrio y FID (...) PPRB (puñopercusión renal bilateral) negativa.*

*Se realizan pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y test de embarazo negativos; 250 leucocitos en el sedimento de orina.*

*Bajo el diagnóstico de infección del tracto urinario se administra, vía IV, ciprofloxacino 400 mg y paracetamol 1g. Se recomienda beber abundantes líquidos y se prescribe ciprofloxacino (x 7 días) y si dolor enantyum. Causa alta a domicilio a las 22:06 horas.*

*3.-El 27 de octubre de 2019 acude, a las 02:52 horas, al Servicio de Urgencias del consultorio de Playa Blanca. Consulta por dolor en FID.*

*Refiere que después de la estancia en el hospital el dolor se le fue retirando hasta hacerse nulo. En la madrugada, mientras dormía, le despertó un fuerte dolor tipo cólico en FID irradiado a celda lumbar. En ese momento se encuentra con la menstruación. FUR 25/10.*

*Después de exploración física se administra dexketoprofeno y metamizol presentando mejoría de los síntomas. Se pauta analgesia e indica que si no hay mejoría acuda al hospital para reevaluación.*

*4.-El 27 de octubre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa.*

*Se realizó anamnesis y exploración física. Se solicitó analítica de sangre y orina, incluyendo test de embarazo. Tras obtener los resultados se realizó radiografía de tórax y de abdomen.*

*Al no concluirse diagnóstico claro se solicitó ecografía abdominal a fin de descartar uropatía obstructiva y apendicitis aguda. Se informa de hidronefrosis grado II derecha sin objetivar causa obstructiva distal. No se logra objetivar ecográficamente litiasis renales de forma bilateral. Quiste anexial derecho de 3,8 x 3 cm sin complicaciones morfológicas. Resto del estudio sin interés patológico. No se identifican signos ecográficos de apendicitis aguda a valorar clínicamente.*

*Es valorada por el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Después de la anamnesis (entre otros, no náuseas, no vómitos, no diarrea, no síndrome miccional (...)). En la exploración física, paciente con regular estado general, fascies de dolor y postura antiálgica. Anejo derecho doloroso al tacto bimanual.*

*Analítica normal, sistemático de orina y test de embarazo negativos.*

*En analítica de control leucocitosis 15.100 (neutrofilia 92%), previo 7.800.*

*En ecografía abdominal los datos referidos. En ecografía transvaginal, entre otros, dependiente de ovario derecho formación unilocular, anecogénica de 36 x 8 x 34 mm, no tabiques ni papilas.*

*Persistencia de dolor localizado en FID que se exagera a la palpación profunda. Ante el hallazgo de quiste anexial derecho y la persistencia del dolor, a pesar de haber recibido fentanest, se indica laparoscopia diagnóstica ante la sospecha de torsión anexial derecha.*

*Firmó DCI y se le explica la posibilidad de reconversión de laparoscopia a laparotomía y/o anexectomía derecha en su caso. Manifiesta deseo genésico cubierto.*

*El procedimiento se realizó a las 02:45 h del 28 de octubre. Dadas la características biotípicas de la paciente (obesidad central) no fue posible realizar neumoperitoneo de forma correcta y por ello la introducción de trócar por lo que se decide acceso laparotómico.*

Se identifica quiste simple a nivel del ovario derecho, parénquima ovárico sano sin signos de isquemia ni necrosis. Útero, ambas trompas de Falopio y ovario izquierdo macroscópicamente normales. Apéndice retrocecal macroscópicamente normal, así como el resto de las estructuras visualizadas en pelvis menor. Se realiza interconsulta intraoperatoria a la cirujana de guardia, se confirman los hallazgos. Dificultad quirúrgica elevada por el biotipo de la paciente. Se realiza drenaje quístico aspirando líquido claro.

Durante el postoperatorio inmediato no existen complicaciones. Se insiste en los beneficios de la deambulación así como en la importancia de realizar una adecuada higiene de la herida quirúrgica ante la presencia de trasudado bajo el pliegue abdominal.

La paciente continúa manifestando dolor por lo que se contacta con el Servicio de Urología, el primer día postcirugía, que solicita TAC de abdomen, analítica completa y sedimento de orina. Mantener sonda vesical hasta valoración por urólogo y dieta absoluta.

En TAC tórax/abdomen/pelvis: Ureterohidronefrosis derecha grado III asociado a pequeño urinoma secundario a litiasis ureterales a la altura del meato derecho (dos imágenes litiásicas yuxtapuestas de aproximadamente 4,5 y 2 mm respectivamente).

En la valoración por el Servicio de Urología, 29 de octubre, la paciente refiere encontrarse más aliviada, menos dolor. Dado que está aliviada deciden poner tratamiento expulsivo. Manejo expectante, no van a instalar catéter doble J.

El 30 de octubre se describe herida bien. El 31 de octubre que se encuentra bien, sin dolor.

*Diagnóstico: Cólico renal. Ureterohidronefrosis derecha grado III. Litiasis ureterales.*

Al alta, el 31 de octubre de 2019, se recomienda curas diarias de herida quirúrgica y retirada de grapas en su Centro de Salud a la semana de la intervención. Revisión en pruebas funcionales de Urología el 7 de noviembre de 2019 y cita en Urología en 2 semanas. Se solicita urografía IV.

5.-El 31 de octubre de 2019 acude a su Médico de Familia para solicitud de IT.

El 4 de noviembre acude nuevamente a recogida de parte. Consta que refiere mejoría del dolor, no ha tenido fiebre, no náuseas, no vómito. Continúa en seguimiento por Urología. Se retiran la mitad de las grapas.

El 6 de noviembre de 2019 se retiran el resto de grapas. Se describe herida con buen aspecto, sin signos de infección, ligera superposición de bordes en ambos extremos, pero cerrados, herida cerrada completamente. Se dan recomendaciones para continuar cuidados en casa.

6.-El 7 de noviembre acude a Urología. En ecografía no dilatación renal. No se ve vejiga por replección. Pendiente de urografía IV.

7.-En la misma fecha acude al Centro de Salud. Refiere que al realizarle la ecografía en Urología le hicieron daño. Presenta dehiscencia de la herida quirúrgica en su lado derecho que ayer estaba cerrada. Se deriva al hospital para valoración.

En el hospital se aplica un punto de aproximación en el centro de la herida y el resto con punto de aproximación steri-strip para dejar curar por segunda intención. Diagnóstico: apertura accidental de herida quirúrgica. Alta a domicilio.

El 8 de noviembre acude a curas en su Centro de Salud.

El 15 de noviembre se retira el punto de sutura. Herida limpia sin signos de infección. Se describe buen aspecto de la herida, no flogosis. En esa fecha expone a su Médico que denunciará a la ginecóloga y al urólogo.

El 18 de noviembre refiere que la herida aún le molesta.

El 25 de noviembre acude para recoger parte de confirmación de IT y expresa que le dijeron que "en la urografía no presentaba piedra". Refiere que no puede dormir boca abajo porque la herida le molesta mucho. Presenta polaquiuria, pendiente de Urología.

En las fechas 2 y 20 de diciembre de 2019 sigue refiriendo molestias a nivel de la cicatriz y zona infraumbilical.

8.-En urografía IV del 19 de noviembre de 2019: En la imagen de abdomen simple no se observan alteraciones de partes blandas, lesiones estructurales óseas ni calcificaciones patológicas. Ambos riñones presentan captación y concentración del contraste EV en forma homogénea, con eliminación en tiempos adecuados. Los riñones tienen forma y tamaño normales con contornos bien delimitados. Dilatación ureteropielocalicial grado II derecha, observando cambio de calibre en unión de tercio medio y distal del uréter derecho sin observar la causa pseudoobstructiva. Adecuado paso del contraste del uréter derecho a la vejiga. Vejiga urinaria distendida sin observar defectos de repleción imágenes de adición sugerentes de patología. Escaso residuo postmiccional.

Conclusión: No se observa imagen litiásica en uréter distal. Ureterohidronefrosis grado II derecha no obstructiva, sin observar causa.

9.-Causó proceso de IT, bajo el diagnóstico de cólico renal, durante el periodo 28 de octubre de 2019 al 2 de marzo de 2020 (127 días - exceso de 117 días -)».

2.5- Con fecha de 25 de agosto de 2021, se procede a la apertura del periodo probatorio y al trámite de audiencia, otorgando a la reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimasen convenientes.

Dichos trámites ante la imposibilidad de notificación personal, fueron objeto de publicación en el BOE n.º 225, de 20 de septiembre de 2021.

2.6- Con fecha de 25 de octubre de 2021 se emite el preceptivo informe de la Asesoría Jurídica Departamental.

### III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por la interesada por entender que no concurren los requisitos legales que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Entiende que las pruebas complementarias realizadas a la reclamante se realizan a la vista de la anamnesis y exploración física, y en función del resultado se realizan pruebas sucesivas y que el diagnóstico inicial fue coherente con los resultados de las pruebas en relación con la demanda de asistencia sanitaria realizada el día 21 de octubre de 2019 además del actuar sucesivo que también se considera fue el correcto.

2. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que *«para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

*- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.*

*- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.*

*- Ausencia de fuerza mayor.*

*- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de

la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara:

*«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria»*.

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. Las conclusiones del informe del SIP son las siguientes:

«1.-Las pruebas complementarias se solicitan a la vista de la anamnesis y exploración física en primer término y a continuación en función del resultado que orienten las sucesivas pruebas que se vayan realizando.

De esta forma, y siguiendo el esquema anterior, en relación a la patología dolor en FID de la reclamante, motivo de demanda de asistencia el 21 de octubre de 2019, en función de la anamnesis y exploración física fueron solicitadas las pruebas complementarias hemograma, bioquímica, test de embarazo, sedimento de orina, Rx de tórax y de abdomen, ecografía abdominal, ecografía transvaginal, laparoscopia diagnóstica, que fue preciso reconvertir a laparotomía dado el biotipo de la paciente y TAC.

Conforme a los resultados obtenidos de las pruebas y de la exploración física se estableció, de forma coherente el diagnóstico de ITU, se descartó apendicitis aguda y en un principio uropatía obstructiva, se sospechó torsión anexial y finalmente la paciente fue diagnosticada de litiasis ureteral.

2.-La demanda de asistencia, el 21 de octubre, se inició después de una semana (4 días en otra referencia de la paciente) de evolución de cuadro de dolor en FID y en hipogastrio. No mejoró con buscapina, la PPRB fue negativa y presentó leucocitos en sedimento de orina por lo que fue diagnosticada de ITU y se le pautó tratamiento antibiótico. Con el tratamiento se consiguió mejoría del cuadro de dolor e incluso llegando a desaparecer según el relato de la paciente.

6 días más tarde, 27 de octubre, sufre un fuerte dolor tipo cólico en FID irradiado a zona lumbar que le despierta. En esta ocasión la exploración física y la anamnesis junto al resultado de las pruebas complementarias iniciales solicitadas (hemograma, test de embarazo, sedimento orina, Rx de tórax y abdomen) no permiten llegar a un diagnóstico claro. No objetivándose, en esta ocasión, signos de infección urinaria se planteó el diagnóstico diferencial entre uropatía obstructiva, patología ginecológica anexial y apendicitis aguda. Por este motivo se solicitó ecografía abdominal.

La ecografía no identificó signos de apendicitis aguda, informa de la presencia de quiste anexial derecho de 3,8 x 3 cm sin complicaciones morfológicas y de hidronefrosis grado II derecha sin objetivar causa obstructiva distal, no objetiva litiasis renales de forma bilateral.

Por tanto, sí se planteó la posibilidad de uropatía obstructiva como causa del cuadro de dolor en la paciente, pero el estudio ecográfico descartó la presencia de litiasis y en cambio, sí objetiva la existencia de patología anexial.

Aunque la presencia de cálculos (litiasis) en la vía urinaria puede dar lugar a hidronefrosis ésta no siempre ocurre por uropatía obstructiva. Además, el estudio de imagen objetivó presencia de quiste anexial derecho, en el presente caso en el contexto de menstruación (FUR 25 de octubre) que puede justificar un incremento de su tamaño y coincide con la zona anatómica del dolor referido por lo que se solicitó valoración por el

*Servicio de Ginecología. Se añade ausencia de clínica acompañante al dolor propia de cólico nefrítico o de crisis renoureteral.*

*En la valoración por el Servicio destacamos el dolor en anejo derecho al realizarse el tacto bimanual y en la ecografía transvaginal se evidencia dependiente de ovario derecho formación unilocular, anecogénica de 36 x 8 x 34 mm. Ante la sospecha de que el cuadro de dolor de aparición brusca (le había despertado de madrugada) en la fosa iliaca del mismo lado donde se objetivó el quiste tuviera su origen en una torsión anexial derecha, posible en el contexto de la patología observada, decide practicar una laparoscopia diagnóstica.*

*En esta línea informa el Servicio de Ginecología: "Dada la persistencia del dolor localizado en FID (fosa iliaca derecha) que se exagera a la palpación profunda, el hallazgo de quiste anexial derecho, y la persistencia del dolor pese a haber recibido analgesia de tercer escalón -Fentanest (según la Escala analgésica de la O.M.S. 2019), y en ausencia de sintomatología clínica miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo o urgencia miccional), digestiva (no náuseas, no vómitos, ni otra alteración del hábito intestinal) así como puño percusión renal bilateral negativa, se desestima la sospecha diagnóstica de cólico nefrítico. Por dicho motivo, y ante la sospecha de una posible torsión anexial derecha, derivada de la existencia de la formación quística descrita en ovario derecho mediante ecografía (abdominal y trans-vaginal) indico la realización de una laparoscopia diagnóstica."*

*3.-Indicada la laparoscopia diagnóstica dadas las características biotípicas de la paciente (obesidad central) no fue posible realizar neumoperitoneo de manera correcta y con ello la posibilidad de instalar el trócar a dicho nivel en condiciones de seguridad por lo que se reconvirtió la técnica a laparotomía.*

*Se objetivó quiste en ovario derecho, sin signos de isquemia y de necrosis, que se drena aspirándose líquido claro. Se revisa las estructuras de pelvis menor comprobándose su normalidad. Útero, ambas trompas de Falopio y ovario izquierdo macroscópicamente normales así como el apéndice. Se realiza interconsulta intraoperatoria con cirugía que confirma los resultados.*

*4.-La persistencia del dolor después del drenaje del quiste llevó a la interconsulta con el Servicio de Urología. Se solicita TAC que informa de ureterohidronefrosis derecha grado III asociado a pequeño urinoma secundario a litiasis ureterales a la altura del meato derecho.*

*En esta línea informa el Servicio de Ginecología: "Dada la persistencia del dolor localizado en FID (fosa iliaca derecha) que se exagera a la palpación profunda, el hallazgo de quiste anexial derecho, y la persistencia del dolor pese a haber recibido analgesia de tercer escalón -Fentanest (según la Escala analgésica de la O.M.S. 2019), y en ausencia de sintomatología clínica miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo o urgencia miccional), digestiva (no náuseas, no vómitos, ni otra alteración del hábito intestinal) así como puño percusión renal bilateral negativa, se desestima la sospecha diagnóstica de cólico nefrítico.*

*Por dicho motivo, y ante la sospecha de una posible torsión anexial derecha, derivada de la existencia de la formación quística descrita en ovario derecho mediante ecografía (abdominal y trans-vaginal) indico la realización de una laparoscopia diagnóstica.”*

*3.-Indicada la laparoscopia diagnóstica dadas las características biotípicas de la paciente (obesidad central) no fue posible realizar neumoperitoneo de manera correcta y con ello la posibilidad de instalar el trócar a dicho nivel en condiciones de seguridad por lo que se reconvirtió la técnica a laparotomía.*

*Se objetivó quiste en ovario derecho, sin signos de isquemia y de necrosis, que se drena aspirándose líquido claro. Se revisa las estructuras de pelvis menor comprobándose su normalidad. Útero, ambas trompas de Falopio y ovario izquierdo macroscópicamente normales así como el apéndice. Se realiza interconsulta intraoperatoria con cirugía que confirma los resultados.*

*4.-La persistencia del dolor después del drenaje del quiste llevó a la interconsulta con el Servicio de Urología. Se solicita TAC que informa de ureterohidronefrosis derecha grado III asociado a pequeño urinoma secundario a litiasis ureterales a la altura del meato derecho.*

*En la valoración por el Servicio de Urología, 29 de octubre, la paciente refiere encontrarse más aliviada, menos dolor. Dado que está aliviada deciden poner tratamiento expulsivo. A pesar del diagnóstico de litiasis y presencia de hidronefrosis no fue preciso dilatar la vía urinaria (catéter doble J o nefrostomía percutánea).*

*5.-En el presente caso, la sospecha de torsión ovárica obligaba a la realización de la laparoscopia indicada (posterior laparotomía) para una actuación ágil que evitara complicaciones. La torsión ovárica es un problema grave consistente en una rotación total o parcial del anejo alrededor de su eje vascular que conduce a gangrena y necrosis.*

*La presencia de torsión anexial en mujeres en edad reproductiva, se presenta como una urgencia ginecológica siendo necesario un diagnóstico precoz a fin de incrementar las posibilidades de salvar el ovario evitando un daño irreparable por la necrosis del órgano. Debe tenerse en cuenta en toda mujer con dolor agudo en el hemiabdomen inferior, ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la pérdida del anejo. La técnica de elección es la laparoscopia<sup>1</sup>, que se debe realizar ante la duda diagnóstica, porque evitará las consecuencias de un retraso en la intervención además de permitir el tratamiento quirúrgico.*

*Informa el Servicio de Ginecología que en el caso que nos ocupa, la realización del procedimiento al que la paciente se refiere como “innecesario”, trató de evitar un retraso en el diagnóstico que pudiera implicar consecuencias derivadas de dicha demora durante la cual se requirió la presencia y valoración intraoperatoria de la cirujana de guardia (Dra. Millán), con el fin de esclarecer posible etiología del dolor habiendo descartado causa ginecológica”.*

6.-En sospecha de una crisis renoureteral se solicitan, como en el presente caso, las pruebas complementarias sedimento de orina, Rx de abdomen, analítica de sangre y ecografía abdominal que permite diagnosticar litiasis radiotransparentes o procesos tumorales. Además, aporta información sobre el estado de la vía por encima de la obstrucción y da información sobre otros órganos como apéndice o vesícula biliar facilitando el diagnóstico diferencial, en el presente caso objetivó quiste anexial. Otra prueba que ayuda al diagnóstico es el TAC.

La visión retrospectiva, conocido el diagnóstico, nos lleva a la discusión sobre si el TAC debió indicarse previamente. El diagnóstico final como causante del dolor fue la litiasis ureteral. No obstante, la ecografía evidenció patología anexial derecha que junto a la exploración física y evolución de la paciente llevó a la ginecóloga a la necesidad de descartar o en su caso tratar la patología urgente sospechada y que no permitía demora.

La ecografía es una técnica útil que no requiere el uso de radiación ionizante o medio de contraste, barata, se muestran las imágenes de forma inmediata y por tanto ofrece un diagnóstico rápido. Se ha utilizado como primera línea para determinar la necesidad del uso la tomografía computarizada abdomino pelviano en los servicios de urgencia. La recomendación de las Guías Europeas de Urolitiasis 2017, en un paciente con cólico renal, es el uso en primera instancia de la ecografía renal y pelviana, confirmando el diagnóstico con un PIELO TAC2.

En los supuestos de cálculos menores de 4 mm o de localización ureteral incluso los radiolúcidos el TAC se presenta con mayor sensibilidad que la ecografía. No obstante, con el resultado previo de la ecografía unido al mayor tiempo para su realización como indica la ginecóloga "No se precisó la realización de ninguna otra prueba diagnóstica (como por ejemplo un TC abdomino-pélvico) dado que la ecografía abdominal es un método incruento, rápido, portátil, repetible, relativamente barato y que no causa radiaciones ionizantes ni material de contraste. (...) En el supuesto caso de haber realizado un TAC abdomino-pélvico, sin resultado concluyente, y haciendo prevalecer la sintomatología manifestada por la paciente refractaria a analgesia de tercer nivel (Fentanest) se hubiera mantenido la indicación de laparoscopia diagnóstica con el fin de esclarecer la causa del cuadro álgico".

Añade que "Con todo ello, podemos afirmar que se actuó según la Lex Artis Médica ante sospecha de torsión anexial en una paciente de edad fértil (31 años), donde la mera sospecha clínica, siguiendo la evidencia científica registrada, justifica la indicación de dicho procedimiento diagnóstico invasivo (laparoscopia diagnóstica) dado que el beneficio de preservar la función ovárica de la paciente supera los riesgos que se derivarían de una supuesta demora en el diagnóstico, provocada, por ejemplo, por la realización de la TC a la que alude de manera reiterada, posterior lectura de imágenes y elaboración del

*correspondiente informe por parte del Radiólogo de guardia, lo cual generaría un menoscabo en la integridad del ovario y por ende en la salud de la paciente».*

4. De la valoración del conjunto del material probatorio existente en las actuaciones, podemos concluir que la actuación sanitaria se ajusta a la *lex artis ad hoc*. Tras el examen de la paciente y las pruebas practicadas el 27 de octubre de 2019, se sospecha de torsión anexial, que es una urgencia ginecológica para pacientes en edad reproductiva, por lo que hubo que realizar una laparoscopia diagnóstica que dadas las características biotípicas de la paciente (obesidad central) se reconvirtió en técnica de laparotomía.

Tras las diversas pruebas practicadas, entre ellas, la ecografía abdominal, no es posible un diagnóstico claro y para llegar al diagnóstico final es necesario realizar un diagnóstico por descarte. Una de las sospechas derivadas de la ecografía abdominal es la de torsión ovárica lo que lleva a realizar una laparoscopia diagnóstica que se reconvirtió en técnica de laparotomía por las características biotípicas de la paciente.

Al persistir el dolor tras el drenaje del quiste del ovario se realiza un TAC que permite apreciar un cólico renal. El TAC no se realizó antes porque fue necesario actuar de urgencia con una laparoscopia diagnóstica ante la sospecha de torsión ovárica, que como ya se indicó anteriormente, es una urgencia ginecológica para pacientes en edad reproductiva, siendo necesario un diagnóstico precoz para salvar el ovario.

Por otro lado, y como afirma la STS, Sala 3.<sup>a</sup>, sección 4.<sup>a</sup>, de 13 de enero de 2015:

*«la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».*

A esta prohibición del regreso se refiere el Tribunal Supremo en sentencias de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, conforme a las cuales no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar.

En definitiva, es la situación de diagnóstico en cada momento la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico o resultado final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

En conclusión, la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*. La intervención de laparoscopia diagnóstica ante la sospecha de torsión ovárica, derivada de la ecografía abdominal, fue necesaria en el momento en que se practicó. Así se procede a descartar la torsión ovárica, que es una urgencia en mujer en edad reproductiva, con el fin último de salvar el ovario. No fue posible practicar el TAC para descartar el cólico renal con carácter previo a la laparoscopia diagnóstica, porque había que actuar con urgencia para salvar el ovario ante la sospecha de torsión ovárica y no existir en ese momento evidencias de que pudiera ser un cólico renal. Al persistir el dolor después del drenaje del quiste del ovario, se realiza el TAC y se confirma el cólico renal.

Entiende este Consejo Consultivo, por ello, que la actuación médica fue encaminada en todo momento a procurar los medios necesarios para lograr la curación de la paciente, no siendo la medicina una ciencia exacta que permite hacer un diagnóstico acertado desde el primer examen de la paciente, y estando justificado el proceder de la Administración sanitaria, por lo que procede la desestimación de la reclamación.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) frente al SCS, es conforme a Derecho.