Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 4 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de marzo de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 41/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 26 de enero de 2024 (registro de entrada de fecha 29 de enero de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y presentación de (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se solicita el abono de una indemnización por importe de 106.137,04 euros, lo que determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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.

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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimada activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados, supuestamente, por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que la reclamación se presenta el 11 de marzo de 2021, en relación con el daño consistente en la extirpación del riñón, que tuvo lugar en junio de 2020.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa (art. 21 LPACAP).

En el presente supuesto se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP (DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros).

II

1. La reclamante solicita la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial y el reconocimiento del derecho a ser indemnizada en la cantidad de 106.137,04 €, alegando, en síntesis, en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

- (...), de 31 años de edad en el momento de los hechos, padecía como antecedente médico de interés endometriosis, patología diagnosticada en el 2011.

- El 31 de octubre de 2017 acudió a su Centro de Salud (Santa María de Guía) al presentar dolor renal, acompañado de nausea y vómitos. Se adjunta como Documento Nº 2 historial médico del dicho centro de salud: "Menstruando desde ayer, Desde esta mañana presenta dolor en fosa renal izquierda, con náuseas y hasta 3 vómitos".

Tras una exploración física y la toma de constantes vitales se diagnosticó a la paciente de cólico nefrítico y se pautó tratamiento farmacológico a fin de remitir el grado de dolor.

- Los cólicos nefríticos continuaron durante los siguientes días por lo que el 2 y el 8 de noviembre acudió de nuevo al centro de salud para el control de la patología. Ante la persistencia del dolor se solicitó el 8 de noviembre de 2017 ecografía que se realizó el 20 de noviembre de 2017 mediante la cual se confirmó el diagnóstico de cólico nefrítico.

- El 27 de diciembre de 2017, la Sra. (…) regresó a consulta médica al presentar de nuevo la misma sintomatología ("dolor tipo cólico y nauseas"). Tras una exploración física, fue diagnosticada de cólico nefrítico y se pautó tratamiento farmacológico: "buscapina, enantyum y fluticasona".

No obstante, los medicamentos pautados no resultaron efectivos para paliar el dolor y el 30 de diciembre de 2017 se modificó el tratamiento, prescribiendo

"motilium y tramadol". Tres días después, ante la persistencia del dolor, las náuseas y vómitos se solicitó analítica cuyos valores se encontraban dentro de la normalidad.

- Tres meses después, el 4 de abril de 2018 acudió de nuevo al centro de salud por dolor agudo en flanco izquierdo, vómitos y dolor al orinar (disuria) y se solicitó una analítica urgente. En esta ocasión, determinados resultados se encontraban fuera de los valores de referencia, entre otras; creatinina (1,4), proteína c reactiva (32.35), trigliceridos (105) o las plaquetas (707), diagnosticando a la paciente de trombocitosis e infección de tracto urinario pautando el consiguiente tratamiento farmacológico. Además, en dicha consulta se recoge; "esta con manchados premenstruales. Acudirá a GI privada". Así, tras acudir a la cita en ginecología se modificó la píldora anticonceptiva cambiándola por "Sibilla".

- El 10 de abril de 2018 se solicitó la realización de otra analítica a fin de comprobar si continuaba la infección. A pesar de que en la anotación de la consulta se hace referencia a los resultados normales de la prueba practicada debemos destacar a que el resultado de la creatinina continuaba fuera de los parámetros de normalidad ("creatinina 1.23 (4-95)") por lo que el 12 de junio de 2018 al objetivarse que al igual que en las analíticas anteriores el valor de la creatinina seguía alterado, diagnosticando a (...) de nefropatía crónica estadio II leve (insuficiencia renal), se solicitó de nuevo analítica para valoración de la función renal.

A pesar de que como se puede comprobar la creatinina en esta nueva analítica sigue por fuera los parámetros normales se informó según el informe médico de 26 de junio de 2018 como normal ("analítica dentro de la normalidad") por lo que la paciente ante la información suministrada no le dio importancia a lo sucedido confiando en que no padecía ninguna patología.

- No obstante, seis meses después, la paciente comenzó a padecer dolor abdominal y lumbar acompañado de vómito por lo que acudió el 2 de febrero de 2019 al centro de salud diagnosticando el personal de enfermería a la paciente de infección de tracto urinario. Asimismo, horas después, ante el empeoramiento del dolor regresó al centro de salud donde fue atendida de nuevo por el personal de enfermería, se tomaron las constantes vitales y se recomendó asistir a su Médico de Atención Primaria en caso de no mejora.

- Por ello, el 5 de febrero de 2019 ante la persistencia de la sintomatología y la aparición de nuevos síntomas acudió a su Médico de Atención Primaria. En esta ocasión además de realizar una exploración física y emitir el juicio clínico de

PIELONIEFRITIS AGUDA se volvió a solicitar analítica que objetivó la alteración de numerosos parámetros, entre ellos la creatinina (0,97). Dichos resultados fueron entregados el 6 de febrero, se mantuvo el diagnóstico de pieloniefritis y se pautó la realización de un urocultivo sin retirar el antibiótico que estaba pautado. Dicho urocultivo que se practicó el 11 de febrero fue negativo y ante la mejoría de la sintomatología se dio el alta laboral a la paciente.

- Dos meses después, el 18 de abril de 2019, (...) regresó al centro de salud en dos ocasiones por dolor en la zona renal izquierda, náuseas y vómitos donde fue atendida por personal de enfermería (Folios 46 y 47 del Documento Nº 2). En ambas ocasiones, se diagnosticó de cólico nefrítico. Asimismo, debemos hacer especial referencia a la anotación realizada por (...) al exponer:

"SEGUIMIENTO POR SU MAP. Considerar analítica y ECO abdominal por Cólico nefrítico de repetición con deterioro de Cr coincidiendo por episodio previo.

- A pesar de esta recomendación realizada, la persistencia del dolor y la aparición de escalofríos y fiebre de 38 C, el 19 de abril, su Médico de Atención Primaria diagnosticó a la Sra. (…) de infección urinaria sin pautar ningún tipo de prueba adicional. No fue hasta la siguiente consulta el 23 de abril de 2019 donde al referir "haber vuelto a tener dolor en región renal izquierda, febrícula por la tarde e indicar que le solía pasar la semana antes de la regla" por fin se solicitó ecografía.

- Dicha ecografía se realizó el 3 de mayo de 2019 objetivando hidronefrosis como grado III.

Ante el resultado patológico de la prueba diagnóstica practicada, que indicaba un empeoramiento de la función renal, se remitió a la paciente al Servicio de Urología con carácter PREFERENTE, dándole cita el 1 de julio de 2019.

Así, dada la espera de más de un mes y medio, y la persistencia del dolor lumbar y al orinar, la Sra. (...) acudió el 13 de mayo a un facultativo privado especialista en urología, el Doctor (...), quien tras la prueba de una ecografía, diagnosticó a la paciente de hidronefrosis como grado IV, recomendando a la paciente que fuese valorada de forma urgente por el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín para realizar radiografía en la que se valorara la funcionalidad y daño del riñón así como la causa de la patología

- Por ello, cumpliendo con la recomendación efectuada por el Doctor, al día siguiente, el 14 de mayo, fue al centro de salud y ante la negativa para derivarla al

centro hospitalario acudió al Servicio de Urgencias donde tras realizar una exploración física, una analítica y una radiografía de abdomen se dio el alta a la Sra. (...) sin adelantar la cita programada bajo el siguiente diagnóstico: "cólico renal simple".

- Al día siguiente, la paciente recibió una llamada telefónica por parte del Centro de Salud para preguntar sobre su estado de salud. La paciente al informar del diagnóstico efectuado por el urólogo privado y la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias se la recomendó acudir de nuevo al centro hospitalario para una nueva asistencia. Así, el 15 de mayo acudió al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín donde en esta ocasión se adelantó la cita con Urología al 21 de mayo de 2019 pautando la práctica de una ureteroscopia.

- A pesar de que (...) fue informada de que se realizaría en quince días, se dilató la realización de la prueba durante meses a pesar de las numerosas ocasiones en las que acudió al centro de salud al padecer sintomatología que permitía sospechar de forma fundada de un empeoramiento de la patología.

- Por fin, el 30 de julio de 2019 se efectuó una cistoscopia. No obstante, no se pudo finalizar al observar estenosis puntiforme uretral (estrechez del conducto que lleva la orina fuera del cuerpo (uretra), programándose nuevo intento en 15 días.

- El 13 de agosto de 2019, en un nuevo intento, se realizó ureteroscopia bajo sedación objetivando un intenso edema y descartando que la causa de la patología fuese la existencia de cálculos (litiasis)

- El 28 de agosto de 2019, (...) regresó al centro de salud al presentar dolor al miccionar (disuria), sensación de necesidad urgente de orinar (tenesmo vesical) y aumento de la frecuencia de micción y escaso volumen (polaquiuria) asociado al catéter doble que portaba tras las intervenciones realizadas. Se diagnosticó a la paciente de cistitis pautando un urocultivo y tratamiento antibiótico.

- Sin embargo, a pesar del tratamiento pautado, la sintomatología no despareció por lo que la paciente fue atendida de nuevo en el centro de salud el 13 de septiembre de 2019 bajo el diagnóstico de infección de orina pautando tratamiento antibiótico y la realización de una analítica y un urocultivo y solicitando valoración por el catéter que portaba.

- A finales de septiembre de 2019, en una revisión ginecológica rutinaria, la paciente fue informada de que una de las causas de la insuficiencia renal podría ser la endometriosis que padecía.

- El 4 de octubre de 2019, ante la persistencia de los síntomas y el agravamiento de dolor en el hipogastrio y sensación de vejiga llena asistió al centro de salud siendo derivada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (Folios 58 y 59 del Documento Nº 2). En el centro hospitalario la paciente informó al facultativo que la atendió, la posibilidad de que la causa de la patología fuese la endometriosis. No obstante, dicha comunicación fue omitida en el informe de la asistencia, se procedió únicamente a dar cita para Urología y retirada del catéter y se fijó como diagnóstico infección de tracto urinario en paciente portadora de catéter doble J. sosteniendo sorprendentemente que la función renal estaba conservada

- El 7 de octubre se efectuó una ecografía que confirmó que en el riñón izquierdo existían signos de uropatía obstructiva grado 4, descartando de nuevo litiasis y sospechando de estenosis. Dos días después, fue valorada por el servicio de urología que retiró el catéter al estar calcificado.

- El 15 de octubre, tuvo consulta en el Servicio de Urología donde se emitió el juicio clínico de hidronefrosis como grado III-IV izquierdo a la paciente sin especificar la causa de dicha patología. No obstante, fue la propia paciente la que comunicó la posibilidad de que la causa fuese la endometriosis como le había informado con anterioridad su ginecóloga.

- Ante el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología sin que se hubiera diagnosticado la causa de la insuficiencia renal y, por consiguiente sin aplicar el tratamiento oportuno, cuando el 27 de noviembre se practicó un renograma diurético se objetivó "riñón prácticamente anulado, sin que pueda delimitarse bien del fondo corporal" concluyendo "riñón izquierdo anulado. Riñón derecho normal"

A pesar de la gravedad que mostró el resultado de la prueba realizada, el TAC que confirmó la existencia de una estenosis extrínseca por endometriosis no se realizó hasta el 28 de noviembre de 2019.

- Dado el estado de salud en el que se encontraba la paciente, fue ingresada hasta el 4 de diciembre de 2019 cuando recibió el alta hospitalaria al permanecer estable y afebril tras el suministro del tratamiento pautado bajo el siguiente diagnóstico y tratamiento siendo citada para consultas externas de urología "en el menor tiempo posible".

- Finalmente, el 17 de diciembre de 2019, se comunicó a la Sra. (...) la anulación funcional renal izquierda con una alta sospecha de implante endometriósico pautando como tratamiento la extirpación del riñón al no ser funcionante. Dicha intervención, fue realizada el 26 de junio de 2020 extirpándose el riñón izquierdo como se especifica en el informe de alta de 2 de julio de 2020.

2. En cuanto a los motivos en los que sustenta la reclamación, considera la interesada que existió infracción de la *lex artis* por retraso en el diagnóstico de la progresión de la endometriosis hacia el riñón izquierdo, a pesar de la existencia de sintomatología renal desde 2017 lo que motivó, la extirpación el 26 de junio de 2020, del riñón izquierdo. Considera la reclamante que, de haberse diagnosticado con anterioridad la progresión de la endometriosis y la afectación que estaba ocasionando al riñón, se habría intervenido retirando el tejido cicatricial que afectaba a la función renal evitando con ello la extirpación que finalmente se produjo.

3. Cuantifica la indemnización en 106.137,04 euros por lesiones temporales y secuelas.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial el día 11 de marzo de 2021.

2. El 1 de octubre de 2021 se dicta Resolución n.º 4036/2021 del Director del Servicio Canario de la Salud (SCS) por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

3. Consta que en la fase de instrucción se solicita el 5 de octubre de 2021 al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que emita informe, una vez recabada la historia clínica y los oportunos informes del servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable.

4. El SIP solicita que por la reclamante se aporte documentación de especialista en Ginecología y Obstetricia que, en régimen privado, efectuaba el seguimiento de la endometriosis que aquejaba indicando, entre abril de 2018 y septiembre de 2019, fechas, motivo de consulta, pruebas exploratorias realizadas, tratamiento propuesto y recomendaciones.

5. La interesada en contestación a dicho requerimiento, aporta escrito en el que manifiesta que en el período comprendido entre abril de 2018 y septiembre de 2019, sólo acudió a una consulta con especialista en Ginecología y Obstetricia en régimen privado, el día 24 de septiembre de 2019, y aporta el informe de la consulta, en el que consta que la paciente refiere hidronefrosis izquierda que ha necesitado la colocación de doble j. y la Ginecóloga indica la necesidad de comentar al Urólogo sus antecedentes por posible atrapamiento uretral.

6. El 28 de septiembre de 2023 el SIP remite informe solicitado, en el que, tras relatar los hechos relativos a la asistencia sanitaria discutida, concluye:

1. La reclamante conoce el alcance de su proceso desde diciembre de 2019 cuando, tanto por el Servicio de Urología del HUGCDN, como por el Servicio de Ginecología del CHUIMI le comunican el plan consistente en extirpación del riñón como consecuencia de proceso de endometriosis.

2. Se emite informe desfavorable.

7. En la fase de instrucción, además del informe del SIP, consta los siguientes informes preceptivos:

- Informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN).

- Informe del médico de Atención Primaria, Dr. (...).

- Informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno infantil (CHUIMI)

Consta, además, copia de la Historia clínica de Atención primaria, de la Historia clínica obrante al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), así como del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno infantil (CHUIMI).

8. El 5 de octubre de 2023 se requiere nuevamente a la interesada que aporte documentación relativa a especialista en Ginecología y Obstetricia que, en régimen privado, efectuaba el seguimiento de la endometriosis de la paciente, desde 2008 hasta diciembre de 2019, toda vez que a la vista de las anotaciones existentes tanto en su historial de Atención Primaria como de Atención Especializada, se constata que desde la intervención quirúrgica en 2008 de quistectomía de ovario, ha estado en seguimiento y tratamiento por Ginecólogo Privado, siendo la primera consulta en el

Servicio de Ginecología del CHUIMI, a excepción de la cirugía practicada en 2008, el 19 de diciembre de 2019.

9. La interesada tras solicitar en varias ocasiones la ampliación del plazo conferido para aportar la documentación, presenta escrito el día el 20 de noviembre de 2023 en el que manifiesta que se aportan las consultas realizadas por Ginecología en consulta privada, y que el resto de consultas ginecológicas se efectuaron en el Hospital Universitario Insular Materno Infantil donde se diagnosticó la endometriosis años atrás y solicita al Servicio Canario de Salud que requiera al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Insular Materno Infantil la totalidad del historial clínico de (...).

Aporta informe del Gabinete Ginecológico Gáldar donde consta en el resumen de visitas, la primera en septiembre de 2011, segunda visita en abril de 2013 y tercera visita en diciembre de 2015. Aporta también informe de consulta el día 24 de abril y 20 de noviembre de 2018. Folios 472 - 474 del expediente.

10. El 27 de noviembre de 2023 se acuerda la apertura de período probatorio y se incorpora como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por la Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones y se admite a trámite la documental propuesta por la reclamante. Se notifica a la interesada el 29 de noviembre de 2023.

11. De conformidad con el art. 82 LPACAP, se confiere trámite de audiencia a la interesada, notificado el 29 de noviembre de 2023, y el 15 de diciembre de 2023 formula escrito de alegaciones, en el que se hace constar, en síntesis, lo siguiente:

- Se ratifica en la falta de diligencia médica en la asistencia sanitaria prestada.

- Si bien en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se duda, a la vista del informe de Anatomía Patológica, de que la endometriosis hubiese ocasionado la compresión del uréter y, por consiguiente la pérdida del riñón izquierdo, esta afirmación es contradicha por el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecóloga en el que se afirma que un diagnóstico precoz de la afectación del uréter por la endometriosis, podría, con el tratamiento oportuno, haber evitado las pérdida del riñón de la paciente.

- Expone asimismo que, en base a un artículo médico que anexa al escrito de alegaciones, publicado en octubre de 2021, en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, el hecho de que no exista material de endometriosis en el estudio de

anatomía patológica no descarta dicha enfermedad como la causante de la pérdida del riñón.

- Que por el Servicio de Inspección y Prestaciones no se valora si debiera haberse remitido a la reclamante con anterioridad -fue remitida el 3 de mayo de 2019- al Servicio de Urología si ya el 10 de abril de 2018 había sido diagnosticada de nefropatía II estadio leve.

- Señala que no se han puesto a disposición de la reclamante, las ecografías, imágenes e informe realizadas en el centro de salud, solicitando, en consecuencia, su puesta a disposición. Respecto de este punto, en la propuesta de resolución se indica que la totalidad del historial clínico de la reclamante se encuentra disponible y accesible en sede electrónica del Gobierno de Canarias, en el centro de salud de la reclamante no se le realizan ecografías al no ser un CAE, éstas se realizan en la atención especializada. Sin perjuicio de que la reclamante no propuso como medio probatorio tales imágenes, el resultado e informe de las distintas pruebas realizadas a la misma, tanto en atención primaria como especializada, se encuentra detallado en su historial clínico.

12. Con fecha 24 de enero de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, se solicita el preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo de Canarias.

IV

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

2. En primer término, es preciso partir del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS durante el proceso patológico que sufrió la paciente y del que deriva la reclamación, extraídas del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación clínica aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

Hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tiene a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica del paciente**,** ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, en el momento en que esta se produce y que además está informatizada para garantizar su contenido. Es decir, que los profesionales sanitarios que atienden al paciente tienen el deber de cumplimentar la historia clínica en el mismo momento en que se está prestando la asistencia sanitaria, reflejando el estado del paciente y cualquier cambio o síntoma que se presente o que sea referido por el propio paciente, y lo hacen, obviamente, sin tener conocimiento del posterior devenir del proceso, ya sea favorable o desfavorable y de posibles quejas o reclamaciones que pueden formularse sobre su asistencia. Así el art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, contiene una definición de la historia clínica como *«el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial»*.

De este modo, los hechos relativos a la asistencia sanitaria son los siguientes:

- (...), con fecha de nacimiento 5 de mayo de 1986, fue intervenida quirúrgicamente el 23 de septiembre de 2008, (no 2011 como refiere en la reclamación) mediante laparoscopia por el Servicio de Ginecología del CHUIMI para la realización de quistectomía de ovario, donde se objetiva endometrioma ovárico derecho de 8 cm, se procede a la decapsulación del endometrioma. Folio 344 y 434 del expediente.

Tal y como figura en su historial clínico, desde la cirugía, ha estado con tratamiento hormonal con anticonceptivos orales y en control y seguimiento de su patología por ginecólogo privado, no por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Servicio Canario de la Salud; de hecho, salvo la intervención quirúrgica reseñada anteriormente, la primera visita a dicho Servicio de Ginecología es el 19 de diciembre de 2019.

- Según la documentación aportada por la reclamante en relación con el seguimiento por ginecólogo privado, acudió a consulta del Gabinete Ginecológico Gáldar donde consta la primera visita en septiembre de 2011, segunda visita en abril de 2013 y tercera visita en diciembre de 2015.

- En la historia clínica de Atención Primaria consta que acude el 13 de octubre de 2011 a su centro de salud para receta de GI, por prescripción de ginecóloga privada, de Detrine diario, para su endometriosis (folio 191).

- El 31 de octubre de 2017 es atendida en Atención Primaria por dolor en fosa renal izquierda, con náuseas y hasta 3 vómitos. No presenta signos de alarma como fiebre, anuria, etc. Se encuentra en ciclo menstrual. En la exploración física presenta dolor a la presión profunda sobre región suprapúbica. Se diagnostica como cólico nefrítico, se administra tratamiento intravenoso y se pauta tratamiento farmacológico. Folio 207.

- Los días 1, 2 y 8 de noviembre de 2017 acude de nuevo a su centro de salud, por persistencia de cólicos y náuseas. El 8 de noviembre de 2017, se le solicita, por posible cólico renal, ecografía abdominal que se realiza el 20 de noviembre de 2017, con resultado en riñón izquierdo, posible presencia de microlitiasis (cálculos en el aparatourinario).

Tal y como se expone por el Servicio de Inspección y Prestaciones, la ecografía es la exploración inicial de elección, y es necesaria en los casos agudos de cólico renal de nuevo diagnóstico. Permite valorar la dilatación de la vía urinaria con una sensibilidad del 96 %, la presencia de litiasis, el tamaño, forma y grosor cortical renal, tumores, abscesos y colecciones perirrenales. Además, permite diagnosticar otras patologías abdominales.

- Con fecha de 27 de diciembre de 2017 acude al centro de salud por dolor tipo cólico y náuseas, refiriendo la propia reclamante que padece litiasis. No manifiesta que se encuentre en ciclo menstrual.

- El 30 de diciembre de 2017 acude nuevamente al centro de salud por dolor en fosa inguinal izquierda de varios días de evolución y, en ocasiones ha llegado al vómito. Se pauta tratamiento farmacológico y control por su médico de cabecera.

- El 2 de enero de 2018 en consulta con su médico de familia se solicita analítica, que se realiza el 10 de enero de 2018 y no muestra alteraciones relevantes ni deterioro función renal: Creatinina 0.88 y FGe 87.83. Dicha analítica, informada como normal, es recogida por la reclamante el 23 de enero de 2018. Folios 210 y 211.

- El 4 de abril de 2018 acude al centro de salud por cuadro de dolor continuo en flanco izquierdo desde esa mañana, no irradiado, asociado a náuseas/vómitos. No fiebre. Refiere clínica de disuria asociada, polaquiuria, no hematuria.

Se le pauta analítica urgente a realizar el 5 de abril de 2018. En la misma se destaca la presencia de hematíes, leucocitos, proteinuria leve en orina. Bioquímica en sangre con Creatinina (Cr) 1.24 (0.4 – 0.95) (cuando Cr >1.5mg/dl es un cólico complicado). No presenta leucocitosis que sugiera pielonefritis. Iones y urea normales. PCR 32.35 (biomarcador de infección/inflamación, moderadamente elevado).

Es diagnosticada de infección de tracto urinario (ITU). Según informa el SIP en cualquier proceso agudo las cifras de creatinina pueden alterarse.

- El 10 de abril de 2018, en consulta con su médico de Atención Primaria consta que: *« (…) está con manchados premenstruales. Acudirá a Ginecóloga privada».*

- El 24 de abril de 2018 acude a consulta con Ginecólogo privado (Gabinete Ginecológico Gáldar). Donde tras exploración física y ecográfica no se detecta ninguna alteración, estando todo dentro de la normalidad, por lo que se pauta continuar con los controles habituales y mantener el tratamiento con anticonceptivos. No consta que en dicha consulta la paciente haya referido a la Ginecóloga, el cuadro doloroso abdominal/renal, así como náuseas y vómitos por los que había acudido en varias ocasiones a su centro de salud desde el mes de octubre de 2017.

- El 24 de abril de 2018, se realiza analítica: Reactante de fase aguda PCR se ha normalizado, Creatinina 1.23, sigue sin alcanzar valores críticos (> 1,5mg/dl.) No presenta leucocitosis.

- El 12 de junio de 2018, queda reflejado en su historial de primaria que acudió a consulta privada de Ginecología donde se le cambia el anticonceptivo oral (a Sibilla). Asimismo, se solicita nueva analítica de control para valoración de la función renal. Diagnóstico: nefropatía crónica estadio II leve. Folio 218.

- El 18 de junio de 2018 se realiza analítica de control con valores de Creatinina (1,14), Filtrado glomerular estimado 63,78 (normal >60) y sin alteraciones relevantes. Cifras de urea, iones (Cl, Na, K) en sangre normales. Orina con Hematíes, sin proteinuria. Folio 219, 220.

Según informa el SIP, hasta este momento, la paciente estaba en correcto seguimiento ecográfico y analítico sin alteraciones relevantes, por su médico de Atención primaria y por Ginecología en régimen privado no se observa que exista situación complicada que planteara la necesidad de otra actuación o valoración por especialista en Urología o Nefrología.

- En los meses siguientes no consta que haya acudido a consulta por los mismos síntomas dolorosos, ni por vómitos o náuseas, por los que fue atendida en su centro de salud y en seguimiento analítico anterior.

- El 20 de noviembre de 2018 acude a consulta con su Ginecóloga privada por citología con ASCU, acude a repetir y dismenorrea. Se realiza exploración donde consta abdomen blando, depresible, no se palpan masas pélvicas, sin alteraciones. Y la ecografía ginecológica dentro de la normalidad. Se pauta como tratamiento continuar con anticonceptivo oral Sibilla. Folio 474.

- El 2 de enero de 2019, consulta de Atención Primaria: *« (...) Aporta resultado de citología realizada por privado: Frotis trófico. Atipias en células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) (...) »* No refiere síntomas dolorosos en abdomen o zona renal, sólo manifiesta congestión nasal y molestias en el oído. Folio 221.

Se cursa interconsulta con Ginecología del CHUIMI. Es citada para el 18 de febrero de 2019 y no acude.

- En febrero de 2019, presenta nuevo episodio de dolor abdominal, lumbar con fiebre y vómitos.

Se realiza Analítica el 5 de febrero de 2019: Creatinina 0.97 (0.4 – 0.95). Filtrado Glomerular estimado (FGe) 77.53. Iones y urea normales. Neutrofilia, con reactantes de fase aguda elevados: PCR 205.47 y VSG 51 lo que se relaciona efectivamente con proceso inflamatorio/infeccioso. Se pauta antibioterapia con cefuroxima. Folios 222-226.

Inicia antibioterapia bajo la sospecha de pielonefritis aguda.

- El 18 de abril de 2019 acude al Centro de Salud por dolor en fosa lumbar, y zona renal izquierda, de tipo cólico e inicio hace 1 hora, asociando náuseas con vómito. El dolor le recuerda a episodio previo etiquetado de Cólico renal. No fiebre, no otros datos de alarma. Se solicita ecografía. Pauta tratamiento de rescate, se explica tratamiento ambulatorio. Seguimiento por su MAP. Considerar analítica y ECO abdominal por Cólico Nefrítico de repetición-

- El 19 de abril de 2019 acude de nuevo al centro de salud por dolor en flanco izquierdo, acompañado de escalofríos y fiebre de 38 de 24 horas de evolución. Consta anotado: *paciente con antecedentes de cólicos renales, en estos últimos 3 días ha venido por dolor. Ahora dolor menos intenso acompañado de escalofríos, aunque en*

la orina no se recogen leucos positivo pautaré antibiótico. Bajo el diagnóstico de infección urinaria se pauta tratamiento antibiótico.

- El 23 de abril de 2019 acude al centro de salud, por dolor en región renal izquierda. Está en tratamiento con cefuroxima por ITU. Febrícula por la tarde. Refiere que le suele pasar la semana antes de la regla. Se solicita ecografía para el 3 de mayo.

- Se realiza ecografía el 3 de mayo de 2019. En la misma se describe: « (...) Pérdida de la diferenciación corticomedular y del grosor cortical (...) Hidronefrosis Grado III renal izquierdo. Jet ureteral izquierdo no visible (...) » . Se deriva a Urología.

La hidronefrosis es una afección que se caracteriza por una dilatación interna del riñón a causa de la acumulación de orina motivado, entre otras causas, por obstrucción de las vías urinarias.

- El 13 de mayo, según refiere la reclamante, acude a urólogo privado que le diagnostica hidronefrosis grado IV, recomendando la realización de radiografía para valorar la funcionalidad y daño del riñón.

Por Urólogo privado se anota: ecografía: hidronefrosis grado IV riñón izquierdo. Este riñón era normal en 2017 (eco). Etiología litiasis (...) ? Diagnóstico: Litiasis uretral. Hidronefrosis severa izquierda. Folios 40-42.

- Posteriormente es atendida en el Servicio de Urgencias del HUGCDN en las fechas 14 y 15 de mayo de 2019 por dolor en fosa renal izquierda e hidronefrosis, respectivamente.

El 14 de mayo se le realiza analítica que muestra parámetros de función renal normales: Urea 21; Cr 1.0; FG 74; Na 127; K 3.87; Leucos 7.36; Hb 13.0.

Asimismo, Rx de abdomen (14 de mayo): no dilatación de asas intestinales. Imagen radiopaca en región pélvica.

El día 15 de mayo 2019 acude a Urgencias del HUGCDN por hidronefrosis. Se anota: mujer de 33 años con cólico renal de 3 meses de evolución pendiente de cita con urología, que fue diagnosticada de hidronefrosis grado III tras ecografía, con función renal normal y con reciente consulta a urólogo privado con progresión a hidronefrosis grado IV. Actualmente la paciente no está con dolor, aunque se encuentra con ansiedad por el estado de su riñón, a falta de 45 días para la cita. La paciente se encuentra asintomática durante su estancia en urgencias y se decide

alta. Continuar con tratamiento habitual y acudir e martes 21/05/19 a las 9:00am a la 5ª planta. Estaciones especiales. Preguntar por Dra. (...).

- El 21 de mayo de 2019 consulta en el Servicio de Urología, consulta específica de litiasis del HUGCDN. Se realiza eco en consulta donde se objetiva cortical derecha levemente adelgazada, uropatía grado III-IV, se solicita uretrocistoscopia izquierda preferente. Folio 332, 333.

- Según consta en el informe del Servicio de Urología del HUGCDN (folio 261), el 21/5/19 tuvo la consulta referida en Urología y se incluye en lista de espera para URS preferente. Este procedimiento precisa anestesia, por lo que la paciente fue citada para pasar la consulta de anestesia el día 17 de junio, sin embargo, tal y como recoge el anestesista, la paciente no se presenta en consulta, pese a estar debidamente citada. Debido a esta ausencia se cancela la programación que ya tenía prevista para el procedimiento el día 26 de junio. Vuelve a ser avisada telefónicamente para nueva consulta de Anestesia el día 26/06/2019, citada para el día 10/7/19, obteniendo el visto bueno para el procedimiento el mismo día y siendo programada la URS el día 30 de julio.

De lo anteriormente relatado, se puede entender que la prueba no se realizó en las primeras semanas posteriores a la consulta (quince días comentados por el urólogo) por su ausencia a una consulta fundamental.

- El 30 de julio de 2019 se realiza ureteroscopia (URS). Se objetiva estenosis puntiforme uretral (folio 280).

La prueba se puede realizar, pero no se completa por la existencia de una *«estenosis puntifome URETERAL».* (estrechez del conducto que lleva la orina a la vejiga (uréter)). A pesar de ello, el urólogo pasa una guía y deja colocado un catéter ureteral doble J, por lo que la obstrucción urinaria está resuelta a partir de ese momento. Como el facultativo no pudo tener visualizada la zona proximal a la estenosis, reprograma a la paciente a los 15 días.

- El 13 de agosto de 2019 se completa la prueba de la Ureteroscopia, y no se observa litiasis como causa de la obstrucción, sino la presencia de un edema en un segmento de 1 cm de longitud, por lo que se le pauta tratamiento antiinflamatorio y se deja nuevo catéter doble J con lo que se minimizan las consecuencias de la obstrucción. Folio 267.

- En atención prestada en el Servicio de Urgencias del HUGCDN el 5 de octubre de 2019 se le diagnostica de *Infección de tracto urinario en paciente portadora de Catéter doble J. Función renal conservada.* Analítica: Urea 22.00 mg/dL, Creatinina (enzimática) 1.00 mg/dL, Filtrado Glomerular Estimado (MDRD- IDMS) 63.85 mL/min/1.Filtrado Glomerular Estimado (CKD-EPI) 74.20 mL/min/1. (similar al de enero).

- El 9 de octubre se retira el catéter doble J, pero teniendo en cuenta que se trata de una hidrofrenosis grado IV que, por definición, el riñón presenta una importante afectación de la funcionalidad, se solicitaría una ECO el 15 de octubre de 2019, la cual se realiza el 8 de noviembre de 2019. En dicha ECO, persiste la dilatación, complementándose el estudio con la petición de un TAC abdominopélvico para buscar la causa y un renograma para documentar la falta de función renal llegándose al diagnóstico de ureterohidronefrosis grado IV y anulación de función de riñón izquierdo. Se descarta la presencia de cálculos renales y se orienta la sospecha del origen de la obstrucción, en un atrapamiento de uréter izquierdo por endometriosis a nivel de ligamento uterosacro izquierdo, el día 28/11/2019.

En la prueba TAC abdominal mutifásico realizada el 28/11/2019, se indica que los hallazgos son muy sugestivos de endometriosis, recomendando valoración según antecedentes o RM previas en otro centro. Folios 292, 293.

Renograma diurético 28/11/2019: Riñón izquierdo anulado. Riñón derecho normal.

Se remite al Servicio de Ginecología y Obstetricia para valoración urgente (folio 272).

- En consulta del servicio de Urología del HUGCDN el 17 de diciembre de 2019, se establece como juicio clínico: riñón izquierdo anulado por implante sospechosos de endometriosis.

Plan: Cirugía conjunta con ginecología (nefrectomía izquierda).

- El 19 de diciembre de 2019, es vista por primera vez, en el Servicio de Ginecología y el 23 de diciembre de 2019, se realiza ecografía vía transvaginal con preparación intestinal. *JD: Endometriosis con bloqueo pélvico entre útero y recto. Afectación severa de uterosacros, que se expresa como dilatación distal ureteral (que puede justificar la hidronefrosis derecha severa). Adenomiosis. Nódulo de infiltración a nivel vesical.*

- En junio de 2020, se realiza cirugía de forma conjunta entre Ginecología, Cirugía general y Urología del CHUIMI en la que se evidencia en la pelvis un útero globuloso, retraído sobre el ligamento uterosacro izquierdo, trompas normales con fimbrias libres, ovarios alojados en sus fosas sin quiste de endometriosis, se ven puntos de endometriosis en el peritoneo de las fosas ováricas. El recto se encuentra adherido a la cara posterior del útero a nivel de retrocervix. Por parte de Urólogo se realiza nefrectomía izquierda sin incidencias y no se actúa sobre adherencia de recto por no haber presentado la paciente ninguna sintomatología que justificara esta actuación, por otro lado no exenta de riesgos.

El útero se encuentra rotado y retraído sobre el uterosacro izquierdo en donde se evidencia la retracción con varios puntos de endometriosis. Se ven ambas trompas normales en forma y trayecto, fimbrias libres. Ovarios pequeños alojados en sus fosas pero sin adherencias, libres. A nivel de fosas se ven varios puntos de endometriosis peritoneal. El postoperatorio cursa de manera adecuada permaneciendo la paciente hemodinámicamente estable y afebril por lo que se decide alta.

En el resultado de la Anatomía patológica (informe de 8 de julio de 2020) al que se remite para estudio anatomopatológico pieza de nefroctomia (riñón izquierdo y ureter) no se observan alteraciones macroscópicas en el uréter ni en su pared ni en su luz. No se observa por tanto fibrosis y/o posible invasión ureteral endometriósica, que puede causar daños renales irreversibles y/o obstrucciones intestinales graves.

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante, procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis,* sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos

de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis,* en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Como ya se ha indicado en reiteradas ocasiones en el ámbito de la responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria se ha acudido a la referencia a la *lex artis* como parámetro de delimitación de su ámbito, al considerar que el derecho del ciudadano es a la asistencia sanitaria y conforme al estado de la ciencia médica, pero sin comprender en ese derecho el derecho a la salud o incluso a la vida si conforme a dicho estado de la ciencia no puede alcanzarse.

Esa delimitación del carácter objetivo de la responsabilidad en el ámbito sanitario ha sido objeto, entre otras, en la STS 92/2021, de 28 de enero (ECLI:ES:TS:2021:338), que examina esta cuestión en los siguientes términos:

« (...) la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis (...) .

Así las cosas, cuando, atendidas las circunstancias del caso, la asistencia sanitaria se ha prestado conforme al estado del saber y con adopción de los medios al alcance del servicio, el resultado lesivo producido no se considera antijurídico (...) La observancia o inobservancia de la lex artis ad hoc es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración.

(...) A la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se

sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso».

Debemos tener en cuenta que no todo error de diagnóstico resulta de una mala praxis ni la mera existencia de un retraso diagnóstico constituye por sí mismo parámetro válido para determinar que se ha producido vulneración de la *lex artis ad hoc*.

Para llegar a la conclusión de que se ha producido una mala praxis médica hay que tener en cuenta que estamos en presencia de una obligación de medios y no de resultados, ya que la obligación del personal sanitario no consiste en la obtención del resultado que se pretende (la salud del paciente) sino la de prestar el servicio más adecuado en orden a la consecución de aquel resultado. El deber de curación del enfermo no está siempre a su alcance, por las propias limitaciones de la ciencia médica, pero tiene que procurar aplicar todos los medios al alcance del servicio para la mejora de la salud.

Por otra parte, la valoración y enjuiciamiento de la corrección del acto médico excluye que pueda proyectarse *ex post facto* (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ignorando la sintomatología que presentaba el paciente al momento y fecha en que requirió atención sanitaria y se procedió al diagnóstico y posible tratamiento. No se puede cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen (SSTS de 15 de febrero de 2006, 19 de octubre de 2007 y 3 de marzo de 2010), y no puede cuestionarse esta toma de decisiones fundándose en la evolución posterior que presenta un paciente. En definitiva, la responsabilidad patrimonial no puede deducirse de una valoración retrospectiva de la asistencia sanitaria inicial (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ya que, como sostiene la de STS de 29 de enero de 2010, este proceder infringe la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico.

A todo lo anterior se añade que existen síntomas que son inespecíficos o incardinables en distintas patologías, por tener una clínica similar, y que las pruebas

pueden arrojar resultados carentes de certeza, de modo que el juicio diagnóstico no siempre es infalible. De ahí que lo que se exija al profesional sanitario sea la adopción de todos los medios al alcance del servicio para procurar la curación o la mejora de la salud.

5. Por lo demás, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

6. La reclamante fundamenta su acción de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria, en la existencia de un retraso en el diagnóstico de la progresión de la endometriosis con afectación del riñón, toda vez que expone la reclamante que, de haberse diagnosticado con anterioridad dicha progresión, se la podría haber intervenido retirando el tejido cicatrizal que afectaba a la función renal evitando, con ello, la extirpación que finalmente se produjo.

Procede pues analizar si la asistencia sanitaria se ajustó o no a la *lex artis ad hoc*, para lo cual es necesario analizar las siguientes cuestiones que se consideran fundamentales:

- Si los síntomas que presentaba la paciente desde que acudió por primera vez a recibir asistencia sanitaria del SCS y su evolución posterior, fueron adecuadamente valorados y se realizaron las pruebas pertinentes para llegar a un diagnóstico.

- Si los distintos diagnósticos fueron acordes a los resultados de tales pruebas practicadas y a la clínica de la paciente.

- La tercera cuestión que ha de considerarse es la de si era exigible a los profesionales sanitarios que atendieron a la paciente que sospecharan, de una manera más precoz para evitar el resultado final, que la afectación del uréter por endometriosis fuera la causa de su proceso patológico.

7. Aplicando la doctrina mencionada en apartados anteriores, en el presente caso procede concluir que de los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, y de la historia clínica, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. La reclamante fue adecuadamente atendida por los distintos servicios a los que acudió a recibir asistencia sanitaria, pautando las pruebas diagnósticas pertinentes a los síntomas que presentaba en cada momento, principalmente analíticas y cultivos de orina, así como pruebas de imagen como ecografías y TAC, con un diagnóstico adecuado a dicha sintomatología y al resultado de las pruebas realizadas, sin que el tiempo transcurrido para determinar que la causa de la Hidronefrosis renal izquierda era un foco de endometriosis, fuera contrario a la *lex artis* según el devenir del proceso y las circunstancias particulares del caso.

Así, procede indicar que, de los informes médicos, principalmente el del SIP, se infiere que se actuó conforme a la *lex artis ad hoc*. Pudiendo diferenciar dos períodos en la asistencia sanitaria. Uno que vas desde el 31 de octubre de 2017 hasta el 18 de junio de 2018, y otro desde el 2 de febrero de 2019 hasta el 28 de noviembre de 2019, ya que entre ambos existió un período en el que la reclamante no acude a recibir asistencia sanitaria en el ámbito del SCS.

Señala el Servicio de Inspección y Prestaciones, que existió un correcto seguimiento ecográfico y analítico sin alteraciones relevantes. Por su médico de Atención primaria y por Ginecología en régimen privado no se observa que exista situación complicada que planteara la necesidad de otra actuación o valoración por especialista en Urología o Nefrología.

Conviene destacar que en este período acudió a su Ginecóloga privada: concretamente el 24 de abril de 2018 acude a consulta con Ginecólogo privado (Gabinete Ginecológico Gáldar). En dicha consulta no consta anotado que la paciente

haya referido a la Ginecóloga el cuadro doloroso abdominal/renal, así como náuseas y vómitos por los que había acudido en varias ocasiones a su centro de salud desde el mes de octubre de 2017. Además, tras exploración física y ecográfica no se detecta ninguna alteración, estando todo dentro de la normalidad, por lo que se pauta continuar con los controles habituales y mantener el tratamiento con anticonceptivos.

Desde la última consulta el 18 de junio de 2018 no consta en la historia clínica que la reclamante haya acudido a recibir asistencia sanitaria en el ámbito del SCS por los mismos síntomas hasta el 2 de febrero de 2019, por lo que estuvo unos 7 meses sin síntomas que requirieran asistencia sanitaria. Sólo consta que el 20 de noviembre de 2018 acude a consulta con su Ginecóloga privada por citología con ASCU, acude a repetir y dismenorrea. Se realiza exploración donde consta abdomen blando, depresible, no se palpan masas pélvicas, sin alteraciones. Y la ecografía ginecológica dentro de la normalidad. Y el 2 de enero de 2019, consulta de Atención Primaria: « *(...) Aporta resultado de citología realizada por privado: Frotis trófico. Atipias en células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) (...)* » No refiere síntomas dolorosos en abdomen o zona renal, sólo manifiesta congestión nasal y molestias en el oído. De hecho, en esa consulta se cursa interconsulta con Ginecología del CHUIMI: es citada para el 18 de febrero de 2019 y no acude.

La primera consulta en el servicio de Urología tiene lugar el 21 de mayo de 2019 y el tiempo transcurrido hasta la realización de la URS no fue imputable al servicio sanitario, pues consta que la paciente no acude a la cita con el anestesista lo que retrasa la realización de la prueba y el día en que se realiza la prueba no se llega a completar por imposibilidad para ascenso del ureteroscopio se deja JJ y se reprograma el 13/08/2019 y se franquea zona crítica y no se objetivan litiasis. Se deja catéter JJ que se retira posteriormente el 09/10/2019. El 18 de noviembre siguiente visita y dada la persistencia de la ureterohidronefrosis izquierda y las molestias que refiere la paciente en relación con la menstruación se decide solicitar CT y renograma para descartar UPU vs implante endometriósico. Se confirma el diagnóstico con las pruebas complementarias. La paciente está pendiente de control en ginecología, y consideran candidata a cirugía para exéresis de implantes endometriósicos.

La reclamante fundamenta la exigencia de responsabilidad patrimonial en que desde el 31 de octubre de 2017 mostraba sintomatología renal que fue erróneamente diagnosticada como cólico nefrítico e infección urinaria, sin establecer que la causa

era la endometriosis que padecía, de modo que el retraso diagnóstico de la progresión de la endometriosis como causa de su afectación renal, produjo la anulación de la función del riñón izquierdo y por tanto su extirpación.

Sobre este punto, resulta ilustrativo el informe que emite la jefa de Sección del Servicio de Ginecología y obstetricia del CHUIMI (folios 449-452):

En primer lugar, indica que como principal antecedente de interés refiere cirugía laparoscópica en el CHUIMI a los 20 años por un quiste endometriósico en el ovario. Desde entonces había estado tomando anticonceptivos orales combinados con pausas mensuales para tener menstruación y había seguido controles por ginecólogo privado.

Si analizamos la historia clínica podemos observar que este antecedente ginecológico sólo aparece recogido en la historia correspondiente al CHUIMI, en el año 2008, donde consta que fue intervenida quirúrgicamente el 23 de septiembre de 2008, (no 2011 como refiere en la reclamación) mediante laparoscopia por el Servicio de Ginecología del CHUIMI para la realización de quistectomía de ovario, donde se objetiva endometrioma ovárico derecho de 8 cm, se procede a la decapsulación del endometrioma. Folio 344 y 434 del expediente.

Con posterioridad a esta intervención en el año 2008 según informa Servicio de Ginecología y obstetricia del CHUIMI y el SIP, la paciente sigue controles en el ámbito asistencial privado, de modo que por parte del SCS se desconoce qué controles siguió respecto de la endometriosis.

En este punto, resulta de interés que en la fase de instrucción del procedimiento se solicitó a la reclamante que aportara documentación relativa a especialista en Ginecología y Obstetricia que, en régimen privado, efectuaba el seguimiento de la endometriosis de la paciente, desde 2008 hasta diciembre de 2019. Y la reclamante aporta la documentación requerida, de la cual se deriva que fue valorada por Especialista en Ginecología y Obstetricia en centro privado en septiembre de 2011, en abril de 2013 y en diciembre de 2015, el 24 de abril de 2018, el 20 de noviembre de 2018 y 24 de septiembre de 2019. Teniendo en cuenta que los síntomas de afectación renal comienzan a finales octubre de 2017, las consultas que se consideran relevantes a estos efectos son las tres últimas.

Pues bien, sólo en la consulta de 24 de septiembre de 2019 la paciente refiere a la ginecóloga la existencia de problemas renales, concretamente la hidronefrosis izquierda con colocación de doble J., y es en esa consulta cuando la ginecóloga le

indica su posible relación con un atrapamiento uretral por la endometriosis que padece. En las dos consultas anteriores no aparece recogido que la paciente refiriera a su ginecóloga la existencia de sus dolores, náuseas y vómitos que le habían llevado a acudir a su centro de salud en varias ocasiones, concretamente desde finales de octubre de 2017 la paciente acude por dolor en flanco izquierdo o fosa renal izquierda, náuseas y vómitos, y tras las pruebas realizadas se establece el juicio diagnóstico de cólico nefrítico e ITU. Ni en la consulta de abril de 2018 ni en la de noviembre, aparece reflejado en el informe de la consulta de ginecología referencia alguna a estos síntomas.

De lo anterior se deriva que la endometriosis que padecía la paciente sólo aparecía recogida en la historia clínica del CHUIMI, y no en la del HGCDN centro donde fue valorada por el Servicio de Urología, ya que la intervención quirúrgica para la extirpación de endometrioma tuvo lugar en otro centro hospitalario, en el CHUIMI, y el seguimiento posterior en régimen privado. Y no consta que la paciente refiriera dicho antecedente cuando acudió al HGCDN.

La tercera cuestión que, como más arriba adelantamos, ha de considerarse es la de si era exigible a los profesionales sanitarios que atendieron a la paciente que sospecharan, de una manera más precoz para evitar el resultado final, que la afectación del uréter por endometriosis fuera la causa de su proceso patológico. Para determinar si la prestación sanitaria dispensada a la reclamante se ajustó o no la *lex artis ad hoc*, debemos analizar si con los datos que disponemos los profesionales sanitarios debieron haber sospechado precozmente el diagnóstico de afectación del uréter por endometriosis. Pues bien, en este caso, consideramos que no era exigible dicha sospecha diagnóstica, primero, porque, tal y como informa la especialista en Ginecología, la endometriosis ureteral es una patología poco frecuente; segundo porque dicho antecedente no figuraba en el historial médico de la paciente en el ámbito del SCS, concretamente en el HGCDN y en Atención Primaria, ya que los controles de esta enfermedad se seguían en el ámbito sanitario privado; y tercero, también resulta indicativo, que el Especialista en Urología en el ámbito privado, al que acudió la paciente el día 13 de mayo de 2019, no se planteó que la causa de la hidronefrosis grado IV fuera la endometriosis y considera como posible origen una litiasis uretral. Y por otra parte en el seguimiento por la Especialista en Ginecología privada tampoco se contempla problemas relacionados con la endometriosis hasta el 24 de septiembre de 2019, fecha en que la paciente le refiere la existencia de la hidronefrosis ya diagnosticada desde mayo de 2019 en el HGCDN y es en ese

momento cuando dicha profesional refiere un posible atrapamiento uretral por endometriosis.

La reclamante fue adecuadamente atendida por los distintos servicios a los que acudió a recibir asistencia sanitaria, pautando las pruebas diagnósticas pertinentes a los síntomas que presentaba en cada momento, principalmente analíticas y cultivos de orina, así como pruebas de imagen como ecografías y TAC, con un diagnóstico adecuado a dicha sintomatología y al resultado de las pruebas realizadas, sin que el tiempo transcurrido para determinar que la causa de la Hidronefrosis renal izquierda era un foco de endometriosis, fuera contrario a la *lex artis* según el devenir del proceso y las circunstancias particulares del caso.

A lo que se añade que por el SIP se concluye que: la intervención quirúrgica resecó el riñón izquierdo y en la revisión de cavidad pélvica NO se objetivaron claros focos endometriósicos subsidiarios de cirugía exerética por lo que no eliminó foco alguno de endometriosis que pudiera haber ocasionado la compresión en uréter y la pérdida de función del riñón izquierdo.

Por parte de cirugía se describe que *«" (...) se aprecia nódulo de infiltración endometriósica entre útero y vejiga y bloqueo de la pelvis entre el recto y el útero mayor en el lado izquierdo donde atrapa el uréter por debajo de la trompa y el ovario (...) ". En la cirugía no se liberó el plano entre el útero y el recto que atrapaba el uréter.*

En el resultado de la Anatomía patológica no se observan alteraciones macroscópicas en el uréter ni en su pared ni en su luz. No se observa por tanto fibrosis y/o posible invasión ureteral endometriósica, que puede causar daños renales irreversibles y/o obstrucciones intestinales graves».

Por lo demás, en este caso, la reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

8. Por las razones expuestas sólo cabe concluir que no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.