Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 2 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de septiembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 463/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [142.926,69 € -folio 24-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera 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 adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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.

4. 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, y según consta en el expediente administrativo, el interesado actúa mediante representante -abogado-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5.6 LPACAP].

5.2. 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 de la acción, toda vez que la reclamación se presentó el día 15 de julio de 2020 en relación con un hecho dañoso [error de diagnóstico] que desemboca en la práctica de una *«nefrectomía total izquierda laparoscópica»* el día 15 de julio de 2019, y respecto a la cual *« (...) el 17/07/2019 recibe el alta hospitalaria para control ambulatorio»*. Extremo éste que no es cuestionado por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21 LPACAP].

II

El reclamante promueve 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 dispensada por el sistema público de sanidad.

A este respecto, y como se indica -en síntesis- en la Propuesta de Resolución, el interesado fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 778 y ss.-:

«(...) presenta escrito en el que insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial (...) para el reconocimiento del derecho a una indemnización (...) de 142.926,69 euros por retraso en el diagnóstico de hidronefrosis renal izquierda que motivó la extirpación del riñón izquierdo.

Alega que el 15 de febrero de 2014 acude al centro de salud de Maspalomas por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo sin causa aparente.

Que con fechas de 24/2, 9/5, 17/6, 15/4, 20/7 de 2014, consulta (tanto) en el centro de salud como en el servicio de urgencias del Hospital (...) por dolor abdominal.

El 23 de junio de 2015 es diagnosticado de cólico nefrítico.

El 27 de diciembre de 2015 es diagnosticado, tras acudir al centro de salud, por dolor localizado en fosa renal izquierda irradiado a flanco izquierdo con vómitos y mareo, de cólico renal.

El 19 de junio de 2018, se le realiza, tras referir aumento de dolor en vacío izquierdo, pérdida de peso y astenia, un eco viéndose múltiples imágenes hipogénicas en riñón izquierdo con desestructuración de su forma. Se remite al urólogo.

El 20 de junio de 2018 acude a urgencias del CHUIMI por dolor abdominal en flanco izquierdo desde hace años, con vómitos, náuseas, refiriendo empeoramiento de la clínica tras accidente de tráfico. Se le realiza TAC abdominal y se le diagnostica hidronefrosis grado IV con función renal conservada.

El 14 de julio de 2019 ingresa en el Servicio de Urología del CHUIMI para intervención quirúrgica de extirpación del riñón izquierdo por cuadro de hidronefrosis del riñón izquierdo y anulación funcional del mismo. Es dado de alta el 17 de julio de 2019.

Alega que ha pasado, hasta que fue diagnosticado, un calvario de más de 5 años con dolor intenso en fosa renal izquierda, náuseas y vómitos y pérdida de hasta 12 kg de peso, hasta la extirpación del riñón izquierdo.

Que podía haber sido remitido en base a la sintomatología presentada desde 2014 a un urólogo, no siendo sino a raíz de un hallazgo casual tras la realización de un TAC, tras accidente de tráfico, que es diagnosticado de hidronefrosis renal izquierda y es entonces cuando es derivado al urólogo.

Que el retaso en el diagnóstico motivó la atrofia del riñón izquierdo y la extirpación de este».

III

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

1. El procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se inicia el día 15 de julio de 2020 mediante la presentación de escrito de reclamación por parte del perjudicado [(...)].

2. Con fecha 24 de agosto de 2020 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el interesado, acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

3. Con fecha de 13 de mayo de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

- Copia de la historia clínica obrante en Hospital (...) [en adelante, HSRM].

- Copia de la Historia Clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insultar Materno Infantil [en lo sucesivo, CHUIMI].

- Informe emitido por el Dr. (...), Médico de Familia. Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

- Informe emitido por el Dr. (...), Director Médico del HSRM.

- Informe emitido por el Dr. (...), Jefe del Servicio de Urología del CHUIMI.

- Informes emitidos por el Dr. (...), Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del CHUIMI.

4. Con fecha de 17 de junio de 2024 se procede a la apertura del periodo probatorio y del trámite de vista y audiencia, otorgando al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

Transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta la presentación de alegaciones por parte del reclamante.

5. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

6. Con fecha 10 de julio de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...), por no cumplir los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

7. Mediante oficio de 12 de julio de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 15 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

1.2. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar [con remisión a los diversos informes médicos que obran en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] cuanto se expone a continuación -folios 781 y ss.-:

«Teniendo en cuenta el objeto de la reclamación, esto es, (el) retraso en el diagnóstico de hidronefrosis renal izquierda que motivó la extirpación del riñón izquierdo, cabe, a la vista del historial médico y de los informes médicos obrantes en el expediente, analizar cuál fue la asistencia sanitaria prestada y si la misma se ajustó a la lex artis.

Al respecto, por el Servicio de Inspección y Prestaciones, en su informe de fecha de 13 de mayo de 2024, se expone lo siguiente:

1.- El paciente con fecha de nacimiento 01/09/1994, consta con antecedentes en su historia clínica, a destacar, de apendicectomía por apendicitis abscesificada en febrero/1999. En ecografías realizadas en este contexto no se describen anomalías genitourinarias.

2.- Hacemos una revisión de cuento documento obra en el expediente, y hacemos constar que en el informe médico pericial aportado hay errores en las fechas y centros donde fue atendido (en apartado evolutivo) de las consultas médicas, que en este informe aparecen corregidas.

3.- En fecha 14/02/2014, el paciente de 19 años de edad consulta el Servicio de Urgencias de Hospital (...) refiriendo dolor intermitente en fosa ilíaca izquierda desde hace unos cuatro meses, dolor que desde la noche anterior era más intenso, continuo, sin irradiación, y había empeorado en las últimas horas. Negaba disuria (molestias al orinar), también negaba fiebre, náuseas, vómitos, diarreas o estreñimiento o cualquier otro síntoma. En la exploración física, se aprecia dolor a la palpación sobre fosa iliaca izquierda, con un abdomen suave, depresible, sin contractura, ni ningún signo de irritación peritoneal y sin masas ni megalias. Se le realiza analítica en sangre con leucocitos en rango normal. La bioquímica muestra parámetros de función renal (Creatinina y Urea) en rango normal. El examen de orina es normal. Descartados signos de alarma y evolución favorable del dolor en cuadrante inferior izquierdo (fosa iliaca izquierda), tras tratamiento con analgesia, se emite alta con recomendaciones sobre tratamiento, cuidados, seguimiento por Médico de Atención Primaria y volver al Servicio de Urgencias en caso de no mejoría o empeoramiento.

4.- Un día después (15/02/14) acude a Urgencias de Atención Primaria, el dolor referido no se acompaña de náuseas ni vómitos ni otros síntomas. La exploración física sólo describe hiperestesia (aumento de la sensibilidad al dolor a la palpación abdominal) en el hipocondrio izquierdo, sin signos de complicación.

Se le realiza examen de orina (tira reactiva), con resultado negativo y el paciente recibe tratamiento analgésico.

5.- En esa misma fecha 15/02/14, el paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por la misma clínica de dolor abdominal. El informe de esa asistencia, en la que se le realiza una radiografía simple de abdomen (no una ecografía), valorada por médico de urgencias, dado el tiempo transcurrido, no ha sido posible obtenerlo, no constando el mismo en la historia clínica del paciente, ni tampoco en la documentación aportada por este.

6.- El paciente no acude ni a su Médico de Familia, ni a Urgencias de Atención Primaria, ni a otros Servicios de Urgencias hasta el 09/05/2014, aproximadamente tres meses después. En esa fecha acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital (...) por aparición de clínica similar desde hacía una hora (dolor en flanco izquierdo tipo cólico, sin irradiación y no acompañado de otros síntomas). El examen abdominal describe es doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo con puño percusión dolorosa en fosa lumbar izquierda, sin datos de alarma ni para sospechar abdomen agudo o que requiera cualquier otra actuación urgente (el abdomen es suave, depresible, sin signos de reacción peritoneal, ruidos intestinales presentes).

7.- La analítica en sangre no muestra signos de infección/inflamación (los leucocitos se aprecian en rango normal) siendo el examen de orina negativo. Estando sin signos de alarma ni a la exploración física ni analítica, y con control total del dolor abdominal con analgesia, se le indica al alta, reposo, acudir al Médico de Atención Primaria (AP), para control y valorar petición de ecografía abdominal para descartar causa renal del dolor abdominal.

8.- (...)

9.- En fecha 27/05/2014, acude a Urgencias del Centro de Salud por dolor en flanco izquierdo de meses de evolución (intermitente). Queda descrito presenta dolor a la palpación abdominal con puño-percusión renal positiva y en ese sentido se le administra tratamiento, con remisión de síntomas.

10.- En fecha 17/06/2014, acude por primera y única vez a consulta con su Médico de AP para valoración de cuadro de dolor abdominal. Se describe, persiste con episodios de dolor en la misma zona (flanco izquierdo), que no relacionada con ningún antecedente, que empeora con la comida (en genérico), mejorando al agacharse y permanecer quieto. No diarreas ni estreñimiento ni sangre en heces.

Realizada ecografía en HI (Hospital Insular -CHUIMI) normal. También analítica en sangre normal. La exploración abdominal es normal, no dolorosa. Con los datos de la anamnesis, exploración física, y haciendo referencia el médico a ecografía (erróneamente referida por el paciente como realizada y normal, según datos que conocemos actualmente) y analíticas previas normales, inicia estudio solicitando pruebas complementarias para descartar infección intestinal (bacterias, parásitos) y sangre en heces, y examen de orina para descartar infección urinaria. Constan en historia clínica los resultados de los estudios son normales, pero el paciente no vuelve a solicitar cita con su Médico de AP.

11.- Posterior consulta por clínica similar al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, para lo cual recibe tratamiento: 15/07/2014 (dolor abdominal). 20/07/14 (dolor abdominal y vómitos).

12.- Hay un período de prácticamente un año, sin consultas de ningún tipo por este proceso. Consulta de nuevo el 23/06/15 a Urgencias de Atención Primaria por cólico nefrítico que remite tras tratamiento.

13.- A partir de entonces sigue acudiendo al servicio de urgencias de Atención Primaria, por procesos distintos en relación con accidentes (de lo que se infiere que el paciente llevaba una vida activa y normal) (...)

14.- Seis meses después consulta a Urgencias de Atención Primaria por clínica relacionada con proceso anterior de dolor abdominal: - 27/12/15: cuadro de dolor en de 2-3 horas de evolución, localizado en fosa renal izquierda, irradiado por flanco hasta fosa iliaca izquierda, acompañado de náuseas. Se describe en exploración física que impresiona de dolor de intensidad severa. El diagnóstico es cólico renal, cuya clínica remite con la administración de tratamiento analgésico.

15.- En fechas 13-14 de febrero/2016 es visto en Urgencias de Atención Primaria por cuadro de escalofríos, vómitos, molestias abdominales y disuria. Exploración con buen estado general. Consta abdomen a la exploración es normal, no doloroso y la puñopercusión renal bilateral es negativa.

Constando examen de orina (tira reactiva de orina) es negativa. Dado mejoría clínica tras tratamiento y estando el paciente con buen estado general (sin ningún signo de alarma), se da el alta con las recomendaciones sobre el tratamiento y las habituales sobre control por su médico de AP y en caso de empeoramiento o signos de alarma volver.

16.- El paciente que había consultado a su médico de AP, el 17/06/2014 (única vez) por el referido dolor en flanco izquierdo, acude con cita el 08/03/2016 (un año y 8 meses después), por un cuadro distinto del proceso que nos ocupa. En este caso por un proceso dermatológico de pitiriasis versicolor. El paciente no menciona ninguna otra sintomatología o proceso (no menciona dolor abdominal ni de cólico nefrítico).

17.- En fecha 12/05/2016, consulta a Urgencias de Atención Primaria por dolor en flanco, fosa renal y fosa iliaca izquierdas y vómitos. A la exploración hay dolor a la palpación de dichas zonas, sin otros hallazgos de interés, en paciente con buen estado general. Se le realiza examen de orina (Tira de orina) con resultado negativo. Con diagnóstico de cólico renal se administra tratamiento que resuelve la clínica y estando el paciente con buen estado general recibe alta con recomendaciones a seguir.

18.- En fecha 04/07/2016 consulta a Urgencias de Atención Primaria por dolor en fosa renal izquierda irradiado a flanco izquierdo, refiriendo episodios aproximadamente semanales desde hace 2 meses. Vómitos que coinciden con dolor posprandial. Refiere pérdida

de peso de 12 kg en dos meses. A la exploración presenta buen estado general y dolor a la palpación de abdominal en flanco izquierdo. Tanto la exploración abdominal como el resto del examen físico son normales, sin ningún signo de alarma. Se le hace examen de orina que es normal, y tras remisión de síntomas con el tratamiento se da el alta con la recomendación de control por su médico de AP y en caso de empeoramiento acudir al servicio de urgencias.

19.- No vuelve a consultar por síntomas relacionados con este proceso ni en urgencias ni a su médico de AP, como se le indicó.

20.- Ocho meses después consulta al servicio de Urgencias de Atención Primaria por procesos distintos (...)

21.- En fecha 02/06/2018 (prácticamente dos años después) de la última visita a Urgencias de Atención Primaria por dolor en fosa renal-flanco izquierdo (consulta en la que se indicó control por su médico de AP y a la que no acudió), consulta a urgencias de AP por accidente de tráfico con resultado de politraumatismo con conmoción cerebral, lo que motivó su traslado al Servicio de urgencias hospitalario de su hospital de referencia.

22.- Ese día en valoración en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, tras sufrir trauma grave (accidente de coche con impacto), y para descartar lesiones en órganos internos y óseas, le es realizado TAC toróacico abdominal con contraste.

En el estudio abdominal, como hallazgo incidental, se aprecia hidronefrosis grado IV izquierda con atrofia cortical renal, con uréter de calibre normal en relación con probable estenosis de la unión pieloureteral.

Al alta de urgencias por el motivo que lo llevó a consultar, y dado la presencia incidental de una alteración renal sin carácter agudo (crónica), asintomática en ese momento, se le indica pedir hora para Urólogo de zona con carácter preferente.

23.- En consulta telefónica con su médico de Atención Primaria (AP) de fecha 04/06/2018, el paciente refiere ha sido valorado en urgencias del Hospital Insular (HI) tras politraumatismo, y han encontrado hidronefrosis en TAC. Se le indica debe pedir cita preferente (con informe de Urgencias), al Urólogo de zona.

24.- En fecha 19/06/2018, su médico describe no acudió al Urólogo. En consulta describe aumento de dolor en vacío izquierdo (flanco izquierdo), más pérdida de peso y astenia. Se realiza ecografía donde se observan múltiples imágenes hipoecogénicas en riñón izquierdo con desestructuración de su forma. Se emite parte de IT (incapacidad temporal a paciente sin bajas previas) y se hace solicitud de interconsulta preferente urgente a Urología.

En la solicitud de interconsulta consta "varón de 23 años que al realizar TAC en urgencias por accidente de tráfico descubren imágenes compatibles con hidronefrosis grado IV. El paciente refiere dolor en vacío izquierdo más pérdida de peso y astenia (lo que había referido hace dos años en urgencias, luego de lo cual había seguido vida normal, sin realizar

consulta a su médico de AP). Hago ECO (ecografía) sobre la marcha viendo múltiples imágenes hipoecogénicas en riñón izquierdo, no vascularizadas con desestructuración de su forma, la mayor de 9,6 x 8,7 cm (se realizó ECO (el paciente vuelve a referir erróneamente que le habían realizado una ecografía) hace 4 años que parece que fue normal, aunque no encuentra informe -mismo informe del Servicio de Urgencias donde contaba la valoración de una radiografía abdominal (que no ecografía) erróneamente referida por el paciente como realizada y normal).

25.- A partir de entonces se hace seguimiento de su proceso y de su IT por médico de AP.

26.- En fecha 20/06/2018, acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por empeoramiento de la clínica de dolor en flanco izquierdo tras accidente de tráfico e paciente que presenta hidronefrosis incidental en TAC realizado. Se le realiza analítica y Rx de abdomen. Dado hidronefrosis con función renal global conservada según analítica, y exploración física sin signos de alarma (buen estado general, normohidratado, no fiebre, no signos de irritación peritoneal a la exploración abdominal), comentado caso con el Servicio de Urología de guardia se da cita para consultas externas de Urología.

27.- En fecha 22/06/2018, en consulta de Urología, se describe el hallazgo incidental reciente de hidronefrosis grado IV tras accidente de tráfico. El paciente refiere desde hace unos cuatro años, dolor abdominal, punzante e intermitente en fosa renal izquierda, que empeora con ingesta hídrica abundante, y que lo limita en su vida diaria (el paciente llevaba dos años haciendo vida normal sin consultar a médico alguno). Consta el paciente tiene realizados radiografía de abdomen, TAC toracoabdominal y ecografía abdominal y la función renal (global según parámetros analíticos en sangre), está conservada. Con el diagnóstico de estenosis de la unión pieloureteral izquierda congénita y riñón derecho normal se solicita prueba de renograma diurético, es decir, estudio específico de funcionalidad de la unidad renal patológica.

28.- En fecha 10/07/2018, le es realizado Renograma diurético (estudio dinámico con administración de radiofármaco) apreciándose en el riñón izquierdo marcada hipoperfusión e hipofunción, siendo la función del riñón derecho normal. Queda descrito la aportación de cada riñón a la función renal diferencial es de un 87 % para el riñón derecho y de un 13 % para el izquierdo.

29.- En consulta sucesiva de Urología de fecha 06/08/2018, con el diagnóstico de estenosis unión pieloureteral congénita y anulación funcional del riñón izquierdo (atrofia hidronefrótica de la unidad renal izquierda o atrofia renal izquierda), se incluye con aceptación del paciente en lista de espera quirúrgica dado que NO es una patología urgente (lo que presenta es una atrofia renal izquierda con riñón afuncional, defecto ya instaurado e irreversible).

30.- El paciente desde su diagnóstico de hidronefrosis tiene seguimiento de su proceso a través del médico de AP. Según consta en historial clínico tanto de primaria como

especializado, a partir del 06/08/18, fecha de inclusión en lista de espera quirúrgica, presentó sólo dos episodios de cólico nefrítico no complicados (20/04/19 dolor en fosa lumbar izquierda sin otra sintomatología y el 30/06/2019, en el que presentó episodio de dolor en zona -fosa lumbar izquierda irradiado hacia flanco e ingle de ese lado y dos vómitos) que fueron atendidos en urgencias hospitalarias, ninguno de ellos, presentó complicación. No fiebre, no infección, y remitieron con analgesia administrada.

31.- Consta en dichos controles analítica en sangre y orina realizada en fecha 06/05/2019, completamente normal, sin anemia ni desnutrición (hemoglobina, hierro, proteínas son normales), sin signos de infección ni en sangre ni en orina y con parámetros normales de funcionamiento renal global (creatinina, urea, filtrado glomerular son normales).

32.- En fecha 29/05/2019 se realiza analítica preoperatoria con resultado completamente normal. Pasa consulta de preanestesia en fecha 05/06/2019, siendo apto para anestesia.

33.- En fecha 14/07/2019, ingresa el paciente para cirugía programada. Consentimiento informado queda firmado. El 15/07/19, es intervenido mediante cirugía propuesta de nefrectomía total izquierda laparoscópica.

34.- Su evolución postoperatoria es favorable por lo que el 17/07/2019 recibe el alta hospitalaria para control ambulatorio. Al alta se dan las recomendaciones sobre cuidados, curas y seguimiento.

35.- Se realizan controles por Urología y Atención Primaria, con evolución favorable, siendo alta de su proceso de IT el 27/11/2019.

CONSIDERACIONES

1.- En fecha 14/02/2014, el paciente de 19 años de edad consulta en el Servicio de Urgencias de Hospital (...) refiriendo dolor intermitente en fosa iliaca izquierda desde hace unos cuatro meses, dolor que desde la noche anterior era más intenso, continuo, sin irradiación, y había empeorado en las últimas horas. No asociaba otros síntomas.

La exploración física general se aprecia normal y la exploración abdominal solo describe palpación dolorosa en dicha fosa iliaca, siendo la misma depresible, sin contractura, ni ningún signo de irritación peritoneal y sin masas ni megalias.

2.- Se le realiza analítica en sangre con leucocitos en rango normal. La bioquímica muestra parámetros de funcionamiento renal global (Creatinina y Urea) en rango normal.

El examen de orina es normal. Descartados signos de alarma a nivel clínico y analítico y, dado evolución favorable, tras tratamiento con analgesia, se emite alta con recomendaciones

sobre tratamiento, cuidados, seguimiento por Médico de Atención Primaria (AP) y volver al Servicio de Urgencias en caso de no mejoría o empeoramiento.

3.- Un día después (15/02/14) consta el paciente acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor en zona abdominal izquierda hacia la zona de hipocondrio. La exploración física sólo describe hiperestesia (aumento de la sensibilidad al dolor a la palpación abdominal) en la zona descrita, sin signos de complicación. Se le realiza examen de orina (tira reactiva), con resultado negativo y el paciente recibe tratamiento analgésico.

4.- En esa misma fecha 15/02/14, el paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por clínica de dolor abdominal. El informe de esa asistencia, en la que se le realiza una radiografía simple de abdomen valorada por médico de urgencias (lo cual forma parte de su actividad cotidiana), dado el tiempo transcurrido, no ha sido posible obtenerlo, no constando el mismo en la historia clínica del paciente, ni tampoco en la documentación aportada por este.

Ahora bien, dado el tiempo transcurrido en realizar la siguiente consulta, es posible afirmar que tras la asistencia practicada la evolución fue favorable.

5.- El paciente no acude ni a su Médico de Familia, ni a Urgencias de Atención Primaria, ni a otros Servicios de Urgencias hasta el 09/05/2014, aproximadamente tres meses después. En esa fecha acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital (...) por aparición de clínica similar desde hacía una hora (dolor en flanco izquierdo tipo cólico, sin irradiación y no acompañado de otros síntomas). El examen físico general se aprecia normal, y, la exploración abdominal se describe es dolorosa a la palpación profunda en flanco izquierdo, con puño percusión dolorosa en fosa lumbar izquierda, sin datos de alarma ni para sospechar abdomen agudo o que requiera cualquier otra actuación urgente (el abdomen es suave, depresible, sin signos de reacción peritoneal, ruidos intestinales presentes).

6.- La analítica en sangre no muestra signos de infección/inflamación (los leucocitos se aprecian en rango normal) siendo el examen de orina negativo.

7.- Estando sin signos de alarma ni a la exploración física ni analítica, y con control total del dolor abdominal con analgesia, se le indica adecuadamente al alta, reposo, acudir al Médico de AP, para control y valorar petición de ecografía abdominal para descartar causa renal del dolor, dado la presencia en esta ocasión de dolor referido hacia la zona de vacío o flanco izquierdo, intermitente (va y viene, descrito por el paciente como ocasional), con puño-percusión dolorosa en fosa lumbar del mismo lado.

8.- Se conoce por los datos contenidos en la historia clínica que, el paciente, sin solicitar cita para control por su Médico de AP, vuelve a Urgencias de Atención Primaria en fecha 27/05/2104. En esta ocasión el dolor es referido a flanco izquierdo. Queda descrito presenta dolor a la palpación abdominal con puñopercusión renal positiva y en ese sentido se le administra tratamiento, con remisión de síntomas (el dolor es de tipo cólico renal).

9.- El dolor tipo cólico renal o nefrítico suele ser intermitente (va y viene) progresivo y unilateral, habitualmente localizado en la zona posterior (fosa lumbar con irradiación a la zona baja del abdomen o genitales), o en la zona anterior (vacío o flanco) abdominal, del lado afecto. Puede estar acompañado de náuseas y vómitos con o sin infección de orina concomitante.

10.- Dado la no existencia de signos de alarma que requirieran de la realización de otras pruebas, y la remisión del dolor con el tratamiento pautado, en todos los casos, se da alta con recomendaciones. Como es habitual en todos los Servicios de Urgencias se indica al paciente control y seguimiento a través de Médico de AP o volver al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento, algo que es de conocimiento de los pacientes.

11.- La atención sanitaria de urgencias, conforme a la ordenación de las prestaciones sanitarias del sistema Nacional de Salud, se prestará ante una situación clínica aguda que requiera una atención inmediata. Una vez atendida la situación inmediata el paciente será desviado al nivel de atención primaria o especializada que se considere adecuado, por tanto, las asistencias anteriormente citadas han sido las adecuadas.

12.- En relación con este proceso, el paciente consulta a su médico de AP una primera y única vez, el 17/06/2014, para valoración del cuadro de dolor abdominal. Se describe, persiste con episodios de dolor (intermitentes) en la misma zona (flanco izquierdo), que no relaciona con ningún antecedente, que empeora con la comida, mejorando al agacharse y permanecer quieto. No diarreas ni estreñimiento ni sangre en heces.

13.- El médico deja reflejado, realizada Ecografía en HI (CHUIMI) que es normal (se conoce que es relato erróneo del paciente porque no se le había realizado ecografía sino una radiografía simple cuya valoración contenida en el informe de urgencias ni se muestra al médico de cabecera ni se hace mención del mismo en la reclamación -documento que no consta en la historia clínica y al que no hemos podido acceder dado el tiempo transcurrido desde dicha asistencia), y analítica en sangre que también es normal.

La exploración abdominal realizada por el médico se aprecia normal (el paciente se encuentra asintomático). Con los datos hasta ahora expuestos, se inicia estudio solicitando pruebas complementarias para descartar infección intestinal (bacterias, parásitos) y sangre en heces y examen de orina para descartar infección del tracto urinario. Constan en historia clínica los resultados de los estudios son normales, pero el paciente no vuelve a solicitar cita con su Médico de AP para su seguimiento y control. Con los datos que se tenían hasta ese momento considero el médico actúa adecuadamente, con la intención de búsqueda en una primera consulta de causas que estén originando la clínica de dolor abdominal intermitente, que empeora con la comida, referida por el paciente, no considerando realizar una prueba de ecografía, que ya el paciente le había informado como realizada y normal.

14.- El paciente vuelve a acudir por similares síntomas a través del Servicio de urgencias de Atención Primaria el 15 y el 20 de julio/2014 e igualmente tras no presentar ningún signo de alarma y la remisión de síntomas con tratamiento, se marcha sin solicitar cita ni acudir a control por su Médico de AP.

15.- Hay un período de prácticamente un año, sin consultas de ningún tipo por este proceso Consulta de nuevo el 23/06/15 a Urgencias de Atención Primaria por cólico nefrítico que remite tras tratamiento. A partir de esta fecha consulta también en Urgencias de Atención Primaria por diferentes accidentes, que indican que el paciente llevaba una vida activa y normal.

16.- Y así, de forma continuada cuando presenta clínica acude a Urgencias de Atención Primaria para que le quiten el dolor y luego no acude a su Médico de AP para continuar con su estudio y control. Así sucede en las fechas siguientes:

- 27/12/15: cuadro de dolor en de 2-3 horas de evolución, localizado en fosa renal izquierda, irradiado por flanco hasta fosa iliaca izquierda, acompañado de náuseas. Diagnóstico cólico renal, con remisión tras analgesia.

- En fechas 13-14 de febrero/2016, en la que es atendido por cuadro de escalofríos, vómitos, molestias abdominales y disuria.

- En fecha 12/05/2016, por dolor en flanco, fosa renal y fosa iliaca izquierdas y vómitos. Con diagnóstico de cólico renal.

- En fecha 04/07/2016, por dolor en fosa renal izquierda irradiado a flanco izquierdo, refiriendo episodios aproximadamente semanales desde hace 2 meses. Vómitos que coinciden con dolor posprandial (después de comer). Refiere pérdida de peso de 12 kg en dos meses. Igualmente, tras exploración, examen de orina y comprobar que no existía ningún signo de alarma y evolución favorable con tratamiento, se le indicó como siempre seguir control por su médico de AP y en caso de empeoramiento acudir al servicio de urgencias, pero tampoco el paciente siguió las recomendaciones indicadas, a partir de esa visita, no consulta a su Médico de AP, ni vuelve a consultar por clínica relacionada con este proceso, por lo que podemos considerar que el paciente se encontraba bien y asintomático, siendo las actuaciones ajustadas a la clínica y proporcionales.

17.- Los servicios de asistencia sanitaria prestan la asistencia necesaria para atender la causa que ha llevado al paciente a acudir al mismo. En los casos de patologías graves en los que peligra la vida del paciente, la asistencia debe ser inmediata ; sin embargo, en los casos de patologías crónicas o no urgentes que presentan brotes de agudización, se tratan los síntomas para estabilizar al paciente y se deriva a su médico de atención primaria para ampliar estudio y continuar tratamiento tal y como se hizo en el presente supuesto pues los servicios de urgencias no es el ámbito donde se realizan diagnósticos de certeza, sino donde se descartan y tratan patologías urgentes.

18.- A partir del 04/07/2016, el paciente no consultó nuevamente por clínica de cólico renal, ni de dolor abdominal alguno, ni seguía ningún tratamiento, por lo que consideramos razonablemente que, se encontraba bien, y así estuvo hasta que sufrió un traumatismo grave en accidente de tráfico en fecha 02/06/2018, motivo por lo que se le realizó TAC abdominal, apreciándose de forma incidental hidronefrosis grado IV izquierda con atrofia cortical renal, con estenosis de la unión pieloureteral, o lo que es lo mismo atrofia hidronefrótica de la unidad renal izquierda de causa congénita, con riñón izquierdo que se observó afuncional en el estudio posterior correspondiente (renograma diurético).*

*- *La hidronefrosis es una dilatación (agrandamiento) del riñón unilateral o bilateral. Esa dilatación se produce cuando la orina no puede drenar adecuadamente y se acumula en el riñón, y esto puede ocurrir por una obstrucción en los uréteres (2 conductos que llevan la orina de cada uno de los riñones a la vejiga), ya sea por un cálculo, un defecto anatómico (como o la estenosis pieloureteral congénita del paciente), etc., o una enfermedad renal crónica.*

- La hidronefrosis puede presentarse súbitamente o desarrollarse lentamente, y no siempre da clínica. Cuando se presenta síntomas y signos estos pueden incluir, dolor en el costado y en la espalda que puede trasladarse a la parte baja del abdomen o la ingle, síntomas que coinciden con un cólico nefrítico, problemas urinarios, náuseas y vómitos, fiebre (si infección).

19.- En el caso de este paciente, se conoce la causa está en una estenosis (estrechamiento pieloureteral congénito), que no se había conocido con anterioridad. No había tenido clínica, ni tampoco se había identificado en estudios de imagen previos durante la infancia (con motivo de apendicitis complicada).

Durante el estudio del historial clínico hemos sabido que en la única consulta realizada al Servicio de Urgencias del CHUIMI (15/02/2014), se le realizó una radiografía simple de abdomen valorada por el Médico de Urgencias, cuyo informe el paciente no mostró al médico de cabecera, quedando constancia por el relato, que sabemos erróneo, del paciente, en tanto relató se le había realizado una ecografía cuyo resultado había sido normal, y ello fue lo que motivó al médico a continuar con otros estudios, que a su vez, fueron normales.

20.- Ocurrido el accidente, se le realizaron las pruebas diagnósticas de acuerdo al motivo que llevó el paciente a consultar a Urgencias, en este caso, se trataba de un accidente grave con conmoción cerebral, en el que había que descartar lesiones intraabdominales.

21.- Por otra parte, al estar el paciente desde hacía dos años asintomático, probablemente, si no hubiera sido por el accidente el paciente no tendría conocimiento de esa patología. Previo a esos dos años en el que se mantiene asintomático se conocen determinaciones analíticas que nunca mostraron alteraciones en el funcionamiento renal

global (creatinina, urea), determinaciones éstas, que siguieron siendo normales con posterioridad al diagnóstico (se cita anotaciones en historia clínica de fecha 20 y 22/06/2018) por tanto, ante paciente que no acudía a controles con su Médico de AP, indicados de forma reiterada, para realizar según su clínica evolutiva, los estudios específicos y/o interconsultas a especialista correspondientes, no podemos saber, ante su enfermedad congénita de base, cuál era su estadio anterior en período previo al accidente, ni cual el tratamiento específico a su caso.

22.- Una vez diagnosticado, y tras los estudios correspondientes, se llega a la conclusión de que el riñón izquierdo era afuncional. Siendo la patología renal de origen congénito con un riñón afuncional (patología crónica e irreversible) se planteó la nefrectomía izquierda como tratamiento definitivo, tratamiento que se llevó a cabo con el consentimiento del paciente dentro de los plazos habituales para patologías no oncológicas y no urgentes. En su caso, en ese período, en el que se encontraba en lista de espera quirúrgica, sí acudió a controles por su médico de AP, que siguió su proceso, constando sólo asistió al servicio de urgencias por clínica de cólico nefrítico no complicado los días 20/04/19 y 30/06/19, cuadros que fueron adecuadamente atendidos con remisión del dolor, en el servicio de urgencias del CHUIMI en el servicio de urgencias del CHUIMI.

23.- En ninguna de las ocasiones (ni en la primera etapa, ni en esas dos últimas visitas) que el paciente acudió al servicio de urgencias hubo clínica de cólico nefrítico complicado (siempre remitía con tratamiento, nunca existieron signos de irritación peritoneal, ni de infección renal, ni de afectación de los parámetros analíticos de funcionamiento renal global), por tanto, las actuaciones en su caso fueron las proporcionales a la clínica en cada momento.

En su caso consideramos tiene peso, el hecho de que el paciente no siguiera las recomendaciones de acudir al médico de Atención Primaria (AP), para su estudio y seguimiento, responsabilidad que, teniendo acceso a su médico es atribuible al paciente, por tanto, no se estima que esa dolencia diagnosticada al paciente de forma incidental, dos años después de la última vez que había consultado en urgencias sea achacable a la actuación de los facultativos ni al funcionamiento del servicio público de salud.

24.- En este caso se considera la rigurosa y oportuna aplicación de la ciencia en el servicio sanitario prestado con pericia y experticia. Por lo que y teniendo en cuenta la suficiencia de los recursos empleados, los tiempos, el exhaustivo estudio de los documentos, la evidencia científica y los informes especializados no se aprecia la existencia de una pérdida de oportunidad ni mala praxis en la atención sanitaria dispensada».

Argumentos que se comparten y que determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria.

2. En conclusión, habida cuenta de que, por una parte, el reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

El Dictamen considera conforme a derecho la Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) por las razones expuestas en el Fundamento IV de dicho Dictamen.