



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 581 / 2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de diciembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 543/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias el 9 de noviembre de 2018 (RE 12 de noviembre de 2018), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de esta propuesta y la cuantía reclamada (100.000 euros) se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, 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).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, a la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

4. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 2 de mayo de 2017, respecto de un daño cuyo alcance sigue sin determinarse a tal fecha.

III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que se funda los siguientes:

«Primero.- Que el día 26 de diciembre de 2014 acudí al Servicio de Urgencia del Centro Salud de S/C de La Palma aquejada de dolores en la espalda, habiendo acudido a dicho servicio hasta en nueve ocasiones.

Se procede a practicar TAC de abdomen superior y pelvis con y sin contraste. No se identifican hallazgos patológicos significativos. Se diagnostica de nuevos episodios de cólicos nefríticos derechos.

Segundo.- Que el día 3 de enero de 2015 se acude nuevamente al citado Servicio de Urgencias por presentar dolor en HD, flanco derecho, náuseas sin vómitos, manifestando dolor a la palpación recetándose paracetamol, primperan, buscapina compositum IV y adolonfatav.

Tercero.- Se acude nuevamente a consulta el día 8 de enero de 2015 al seguir presentando dolor abdominal agudo (dolor en zona de costado tipo pulsátil que se irradia a espalda, sensación de náusea), administrándose los mismos fármacos.

Cuarto.- Que son múltiples las ocasiones en las que tuve que acudir al Servicio de Urgencias por continuar padeciendo los mismos dolores (2 de marzo de 2015, 3 de marzo de 2015, 6 de abril de 2015, 13 de abril que es ingresada por un día, nuevamente el día 15 de abril es ingresada por un día, siendo ingresada el día 17 de abril hasta el 27 de abril y así sucesivamente hasta el mes de agosto de 2015) siendo siempre diagnosticada de dolor abdominal y cólico nefrítico. En todas las asistencias médicas se administran únicamente fármacos.

Quinto.- Destacar la atención recibida pues a pesar de acudir por constantes dolores, (...) consta en el historial médico que acudí al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma siendo atendida por el Servicio de Urología el 27 de abril de 2015 y durante el ingreso hospitalario se me diagnostica de crisis de dolor lumbar recurrente las cuales se dice que ceden al estar durante más de una semana con bomba de placebo y tratamiento de placebo de rescate refiriendo mejoría tras su administración, mejoría que se produce lógicamente por el paso del tiempo, por lo que se decide dar el alta recomendando reposo en casa y tratamiento farmacológico (analgésicos potentes). Se dan consultas con Neurología, Psicología y Psiquiatría ante la creencia de la inexistencia del dolor en lugar de realizar otras pruebas médicas que estaban a su alcance como era la RMN.

Sexto.- Esta situación (...) se mantiene hasta que soy intervenida quirúrgicamente en el mes de abril de 2016, pues tras práctica el día 21 de agosto de 2015 en la que se lleva a cabo la RMN solicitada por el Servicio de Traumatología del Hospital General de La Palma en los días anteriores se detecta en este momento discopatía que afecta al espacio L5-S1 con presencia de hernia discal de base ancha y leve lateralización derecha.

Séptimo.- Siendo así las cosas, a pesar de ser detectada en el mes de agosto de 2015, no se vuelve a tener consulta con el especialista por lo que se decide presentar solicitud en tal sentido con fecha 23 de septiembre de 2015 y haber tenido que acudir a urgencias en reiteradas ocasiones por padecer dolor constante en la zona, (...) reiterándose siempre el diagnóstico y la prescripción de los mismos fármacos, hasta que finalmente se procede a la realización de cirugía en (...) en el mes de abril de 2016, lo que supuso un empeoramiento de la enfermedad por degeneración de los discos intervertebral lumbar o lumbosacral y del padecimiento de dolores innecesarios e injustificados, así como la creación de adicción y dependencia a fármacos.

(...) Así, se recoge que (...) estuvo en tratamiento con analgésicos centrales de forma prolongada, más de un año previo a la intervención, lo que ha condicionado una adicción a analgésicos centrales de causa yatrogénica y que como era de esperar, está interfiriendo en

el proceso de recuperación. Cuando hay una causa clara generadora de síntomas dolorosos, cuyo tratamiento es quirúrgico, es mala praxis el retraso de tratamiento recurriendo a medicación potencialmente lesiva para el paciente. (...)».

Por todo ello, se solicita una indemnización que se cuantifica en 100.000 euros.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

- El 31 de mayo de 2017 se identifica el procedimiento y se insta la mejora de la reclamación mediante la cuantificación de la misma, lo que se notifica a la interesada el 8 de junio de 2017, si bien aquella presenta escrito el 29 de agosto de 2017 manifestando la imposibilidad de cuantificar aún la reclamación.

- Por Resolución de 31 de mayo de 2017, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que recibe notificación la interesada el 8 de junio de 2017.

- El 2 de junio de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna (historia clínica e informes, entre otros, de los Servicios de Traumatología y Neurocirugía), se emite el 14 de marzo de 2018.

- El 22 de marzo de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las aportadas por la interesada, y, siendo todas ellas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite. De ello recibe notificación la interesada el 2 de abril de 2018.

- El 23 de marzo de 2018 se acuerda la apertura de trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la interesada el 2 de abril de 2018.

- Para facilitar la vista del expediente, el 5 de abril de 2018 se remite al Hospital General de La Palma, que con fecha 10 de abril de 2018 remite a la Secretaría General del SCS acta de comparecencia de la interesada, de aquella misma fecha,

ante el Servicio Jurídico de la Gerencia de los Servicios Sanitarios de La Palma, solicitando copia del expediente que se le facilita en formato digital en el acto.

- Con fecha 16 de abril de 2018 la reclamante solicita ampliación del plazo de alegaciones, aduciendo tener inminente cita con el Servicio de Neurocirugía, a cuyo efecto aporta justificante de la cita. Además, aporta en este momento nueva documental médica.

- No obstante lo anterior, la interesada presenta escrito de alegaciones el 18 de abril de 2018 en las que refuta el informe del SIP.

- Dados los términos de las alegaciones, éstas se remiten al SIP a los efectos de que emite informe al respecto, que se emite el 8 de mayo de 2018.

- El 9 de mayo de 2018 se evacua nuevo trámite de audiencia, que se notifica a la reclamante el 14 de mayo de 2018, presentando nuevas alegaciones en similares términos a las anteriores el 23 de mayo de 2018.

- El 6 de junio de 2018 se insta a la interesada a que cuantifique la reclamación, recibiendo notificación el 12 de agosto de 2018. Ello se cumplimenta el 10 de septiembre de 2018, valorando el daño en 100.000 euros.

- El 5 de noviembre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de la interesada, lo que no fue informado por el Servicio jurídico, dado que «conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. En el caso que nos ocupa, la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere, no ha sido contradicha por las manifestaciones ni documentos aportados por la reclamante. Que no propone ninguna prueba de vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado. (Informe de los Servicios Jurídicos, de 3 de noviembre de 2017 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial no 134/15)».

V

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, y, en especial, los del SIP.

2. Ciertamente, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, en los términos señalados en la Propuesta de Resolución, a cuyo efecto, ante todo, es preciso señalar los antecedentes obrantes en la historia clínica de la reclamante, obviados algunos en su reclamación. Así constan, tal y como señala el informe del SIP, de 14 de marzo de 2018, los siguientes:

- Presenta hernia discal cervical y desde 2013, dolor lumbar derecho que se irradia a flanco derecho, con diagnóstico de cólico nefrítico en dos ocasiones al menos ese año y a veces existencia de hematuria. Es remitida a Urología desde Atención Primaria.

- En 2013 sufre cuadro ansioso depresivo secundario a problemas de salud en la familia, que requirió seguimiento psiquiátrico y tratamiento pertinente.

- En febrero de 2014 acude al servicio de Urgencias hospitalario por cuadro similar a cólico nefrítico. En marzo de 2014 nuevo episodio con seguimiento en consultas Externas de Urología.

- El 1 de julio de 2014 acude de nuevo a Urgencias con cuadro tipo cólico con dolor en zona lumbar derecha que se irradia a flanco del mismo lado acompañado de náuseas y resto de exploración y pruebas complementarias dentro de la normalidad

- En septiembre de 2014 se realiza radiografía simple de abdomen ante la sospecha de litiasis en tercio distal de uréter derecho. En analítica de orina se observa presencia de microhematuria. Se incluye para litofragmentación endoscópica.

- El 16 de septiembre de 2014 es vista por primera vez en consulta externa de urología. Es valorada con ecografía y radiografía simple de abdomen y el día 20 del mismo mes y año fue intervenida en el Hospital General de La Palma (HGLP) porque acude de urgencia y es diagnosticada de cólico nefrítico mediante citoscopia (folio nº 222).

Se coloca catéter ureteral doble jota sin incidencias.

- El día 24 de octubre ingresa en el Servicio de urología para ureteroscopia derecha más pielografía y retirada del catéter doble jota, sin incidencias.

El 6 de noviembre acude a revisión encontrándose bien. Se solicita TAC urológico.

- Con fecha 30 de diciembre de 2014 se le comunica en consulta externa que el TAC descarta patología significativa, pero la paciente refiere haber tenido nuevos episodios de cólico nefrítico derecho

- En enero de 2015 es diagnosticada de quiste en ovario derecho, por dolor abdominal en cuadrante inferior derecho y enfermedad inflamatoria pélvica. Ingresa en planta de Ginecología

- Posteriormente continúa con pruebas radiológicas, analíticas, etc. con resultados normales, pero acude con frecuencia al Servicio de urgencias por dolores sin fiebre, molestias urinarias ni hematuria, que es lo que sucede el día 17 de abril de 2015, en esta ocasión con dolor más intenso (folio n° 171).

Este día, ingresa en Urología por dolor en flanco derecho inespecífico de 24 horas de evolución, localizado a punta de dedo, irradiado a fosa ilíaca derecha y acompañado de náuseas. No vómitos ni fiebre. Sin molestias urinarias hematuria visible (folio n° 218). Exploración física normal y puñopercusión renal dudosa.

- El día 20 de abril de 2015 se realiza nuevo TAC de abdomen superior y pelvis sin contraste. No se observan hallazgos patológicos y el servicio de cirugía descarta patología abdominal. Se sugiere valorar patología neuromuscular, radicular o mecánica.

Es valorada por Ginecología que no encuentra causa actual de los síntomas. Se indica probable dolor lumbar inespecífico.

Debido a que la paciente ingresa refiriendo dolor intenso sin causa, pruebas complementarias normales y exacerbaciones casi a diario con gran componente de somatización en sus manifestaciones, se decide tratar con bomba de placebo. Refiere mejoría importante tras su administración (folio n° 183).

- El Servicio de Neurocirugía plantea posible origen radicular/neurálgico localizado. Indica uso de medicación neuromoduladora. Refieren que, al tener en cuenta cierto componente de somatización, explicaría la mejoría con placebo.

- Con fecha 27 de abril de 2015, el Servicio de Traumatología estudia a la paciente y encuentra contractura paravertebral lumbar derecha y dolor a la presión local en zona sacroilíaca derecha. Se sugiere tratamiento y Rehabilitación.

- También es vista por Psiquiatría, quien recoge en historia que durante el ingreso los dolores han cedido con placebo, por lo que se considera la posible existencia de un componente histeriforme y de somatización. Se pauta tratamiento específico y seguimiento.

- Al alta, el 28 de abril de 2015 está urológicamente normal, sin encontrar origen orgánico del dolor. Presenta componente de somatización y responde a placebo.

Tras ser valorada por distintas especialidades y en condiciones de alta, se prescribe tratamiento y controles por los distintos servicios hospitalarios, quedando pendiente el estudio por Traumatología.

- Con fecha 1 de agosto de 2015 acude a Urgencias del HGLP por lumbalgia recidivante. A la exploración, dolor en región lumbar que se irradia a pierna del mismo lado. No signos de focalidad neurológica y no impresiona de gravedad.

- El 3 de agosto y tras estudio traumatológico, se diagnostica de lumbociática derecha. Se realiza infiltración local y mejora el dolor.

- El día 25 de septiembre de 2015 acude a urgencias por dolor en flanco derecho acompañado de oliguria y cambios de coloración en orina. A la exploración, puñopercusión positiva y leucocitos presentes en analítica de orina. El servicio de Traumatología hace constar en historia clínica: «en tratamiento por lumbalgia, pendiente resultado de estudio». El facultativo opina que este día no presenta lumbalgia, sino un problema urológico, por lo que debe ser valorada por urólogo. Es tratada en urgencias.

- El día 29 de septiembre presenta dolor en fosa renal derecha con irradiación a flanco, acompañado de náuseas y vómitos. El Servicio de Traumatología solicita RMN lumbar que se realiza el 19 de octubre de 2015 por empeoramiento de su cuadro clínico.

El resultado de la RMN es discopatía que afecta al espacio L5-S1 con presencia de hernia discal.

- Con fecha 19 de noviembre de 2015 se incluye en lista de espera quirúrgica al no mejorar los síntomas.

- El día 3 de enero de 2016 acude al Servicio de Urgencias del Hospital por dolor lumbar con irradiación a extremidad derecha, con sensación de calambre en esta extremidad. Dolor a la palpación en zona paravertebral lumbar. Diagnóstico de

lumbalgia por hernia discal L5- S1. Posteriormente acude en numerosas ocasiones por la misma causa.

- En abril de 2016 se realiza intervención quirúrgica por parte del Servicio de Neurocirugía de (...) que consiste en vertebroplastia de la zona afectada L5-S1 con buena evolución.

A partir de la intervención, la paciente acude en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del HGLP por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha acompañado únicamente de náuseas, igual que en las ocasiones anteriores al diagnóstico de hernia discal.

- En junio de 2016 acude a Urgencias por dolor lumbar producido por un movimiento forzoso efectuado para evitar una caída. Por este motivo acude en varias ocasiones, en todas ellas irradiado a pierna derecha. Es estudiada y tratada por los servicios especializados.

- El día 19 de octubre de 2016 se realiza Electrocardiograma y Electroneurograma que muestra datos compatibles con radiculopatía S1 derecha leve.

Se observan dos afectaciones tras la intervención quirúrgica: una a nivel lumbar con el mismo tipo de dolor que presentó siempre, y otro dolor de características osteomusculares con irradiación a pierna derecha, que presenta tras un traumatismo, por el cual se desea revisar la zona operada para estudiar lo que ocurre en este nuevo proceso. Esta es la opinión de los facultativos que la atienden.

3. Pues bien, los términos de la reclamación obligan a plantearse varias cuestiones en orden a la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la asistencia prestada a la reclamante.

1) Por un lado, alega aquélla retraso en el diagnóstico de la hernia discal que sufría, a lo que añade, en este punto, la administración de placebo incorrectamente.

En relación con el diagnóstico de la hernia discal, procede señalar, como ha hecho la Propuesta de Resolución, tomando en consideración los informes del SIP, pero, sobre todo el emitido en respuesta a las alegaciones formuladas por la interesada el 18 de abril de 2018, que la razón del retraso en el diagnóstico de la hernia discal no se halla en una ausencia de puesta a disposición de la paciente de todos los medios diagnósticos precisos. Explican tales informes que el retraso en el diagnóstico, se produjo, por un lado, por el despistaje que generó la existencia real

de otras patologías cuya sintomatología era coincidente con la manifestada por la paciente hasta el momento en el que nueva sintomatología pudo orientar a distinto diagnóstico, si bien, no sin descartar los anteriores, que también concurrían. Y, por otro lado, por la propia respuesta positiva de la paciente a la administración de placebo, evidenciando con ello mejoría ante los diagnósticos previamente dados.

Así, se aclara en el informe complementario del SIP respecto a esta cuestión que la paciente, desde 2013 hasta la fecha de la sufre tres cuadros clínicos diferenciados:

- Litiasis Renal Ureteral Derecha en estudio desde 2013-2014.

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica, cuerpo lúteo hemorrágico, quiste ovárico derecho, en enero de 2015.

- Hernia Discal L5-S1, cuya clínica empieza vislumbrar de mayo a julio de 2015, se reafirma a primeros de agosto de 2015 y se confirma tras RMN en agosto de 2015.

Ello es relevante, pues señala el referido informe:

«Cuando se observa lo que ha pasado desde el principio de los hechos reclamados hasta que la paciente es incluida en la lista de espera para cirugía de hernia discal y se desmenuza la historia clínica paso a paso, se entiende el proceso claramente y no se entiende el discurso de la señora reclamante.

Con respecto al punto 3 de las alegaciones, volvemos a insistir en las conclusiones de nuestro informe anterior, la litiasis renal existía desde el momento que es evaluada, diagnosticada y tratada en septiembre de 2014.

En ese tiempo los cálculos se objetivaron a nivel medio ureteral, derecho, según historia clínica.

Además de la presencia de náuseas y dolor existía hematuria y fue tratado el proceso por el Servicio de Urología como era lo fundamentado.

Previamente, en marzo de 2014 se dice que acude por “dolor en fosa renal derecha de 1 hora de evolución”, se dice perfectamente claro el tiempo de duración del dolor.

El 18 de agosto de 2014, en informe clínico del Servicio de Urgencias Hospitalario al que acude por dolor en zona a lumbar derecha, escribe el médico que presenta puño percusión renal derecha positiva (se realiza la puño-percusión en la fosa renal con el puño, en caso positivo el paciente experimentará dolor, e implica afectación urológica). Estos son ejemplos de algunas de las asistencias médicas previas a diciembre de 2014, y las justificaciones de padecimiento de proceso urológico, la creencia fundamentada en el mismo.

No es mala praxis ante una clínica compatible con un cuadro y no con otro, el buscar, diagnosticar y tratar según lo encontrado.

No se muestra en la historia clínica existencia de dolor de tipo mecánico ni irradiación del mismo hacia las extremidades inferiores como si ocurrió posteriormente.

Por tanto, no se pasa de la existencia de dolor sin más a creer en la causa litiásica, hay razones para ello.

Es lógico que al repetir clínica de dolor en fosa renal derecha, sin la existencia de dolor mecánico (no dolor al movimiento, no dolor irradiado a las extremidades, no típico dolor de las lumbalgias, lumbociáticas), pensarán en buscar otras causas de origen abdominales. Así en diciembre de 2014 se realiza TAC abdomino-pélvico, siguiendo un curso lógico del diagnóstico, para buscar etiología precisa, en esta ocasión no encontraron razón que explicara dichas molestias.

Se realizó por tanto estudio de los órganos abdominales y pélvicos para descartar patologías en los mismos. Siempre estuvo atendida, diagnosticada y tratada, según el cuadro clínico.

Seguidamente en enero de 2015 es ingresada en el Hospital, en el Servicio de Ginecología, por la existencia de un quiste en ovario derecho, pero, además con la presencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica por infección bacteriana, debida a infección bacteriana, y cuerpo lúteo hemorrágico derecho (se produce una hemorragia mayor de lo esperado tras liberación del óvulo en la ovulación, y hay que ingresar para ver evolución, por si hubiera que realizar cirugía).

Esta patología no la menciona la reclamante, pero no hay duda que interfiere en el curso de los acontecimientos, y crea dudas diagnósticas de los previos y los posteriores, no olvidemos que ocurre también en el lado derecho del abdomen, y no se puede decir que no existió, ya que estos hechos al igual que la patología urológica está avalada por pruebas diagnósticas, en este caso ecográficamente».

Es decir, hasta aquí queda acreditado que la paciente fue tratada y diagnosticada en función de la sintomatología que presentaba, y que determinó la presencia de las patologías que se diagnosticaron, sin perjuicio de la concurrencia de la hernia discal que posteriormente también se diagnosticaría, si bien, aún no había debutado con la sintomatología que le era patognomónica, sino que la misma era común con la de otras patologías también existentes.

Así, en cuanto a la afirmación realizada por la interesada en sus alegaciones respecto de que los síntomas que presentaba en las innumerables visitas, y se refiere a dolor lumbar y ciática, era más característico de hernia discal que de litiasis, responde el SIP nuevamente acerca de un cambio de sintomatología entre 2015 y la que alegaba sufrir previamente, en 2013 y 2014.

Así, la paciente acudía regularmente por dolor localizado en fosa renal derecha (parte posterior del abdomen), junto con dolor en flanco derecho (parte anterior y media del abdomen) más cuadrante superior derecho del abdomen (anterior abdomen), y en ocasiones faltaba alguna de estas localizaciones.

Se le realiza Ecografía en enero de 2015, fecha en la que el dolor era básicamente en fosa iliaca derecha o parte lateral baja del abdomen. De tal ecografía deriva el diagnóstico de quiste en el ovario, que explicaría el dolor de espalda y abdomen, así como cuerpo lúteo dr. hemorrágico y Enfermedad Inflamatoria Pélvica por infección bacteriana previa.

Tales patologías se observaron para despistaje del dolor, como se ha indicado anteriormente.

Por su parte, la reclamante alega que no cabía tal despistaje, pues desde enero de 2015 tenía la sintomatología propia de una hernia discal, que es la irradiación del dolor a la pierna.

Sin embargo, tal afirmación es desmentida por el SIP a la luz de la historia clínica de la interesada, afirmando con rotundidad que no hubo cialgia en enero de 2015, como refiere la reclamante, sino que fue posterior, añadiendo: «al respecto no hemos encontrado tal informe (aludido por la reclamante), ni la propia reclamante lo presenta».

Sí se señala, efectivamente, que hubo un punto de inflexión en el diagnóstico y dudas al respecto, a partir del 17 de abril de 2014 cuando ingresa por «dolor lumbar inespecífico», fecha en la que existe un dolor intenso de 24 horas de evolución, y en la parte derecha anterior medial del abdomen no existe dolor y la puño percusión dr es dudosa, y en TAC abdomino-pélvico previo no encuentra patología, por lo que se descarta un diagnóstico de origen urológico. Se realiza nuevo TAC, y tampoco encuentran patología.

Al respecto, el SIP aclara la necesidad de insistir en buscar una patología abdomino-pélvica «porque las causas podían ser diversas, desde un cáncer, compresión, afectación vascular, inflamación de un órgano, etc, lo que implicaría una gravedad a dirimir en estos supuestos. Entonces, se requiere el estudio por distintas y variadas especialidades que realicen valoración a la paciente durante su ingreso ¿Es ello mala praxis? Creemos sin más que era la obligación del Servicio Médico al no ver causa clara con respecto al origen urológico de las molestias, el buscar e indagar sobre el mismo, solicitando ayuda de las distintas especialidades en cuestión: Neurocirugía, Psiquiatría, Ginecología, Neurología,

Cirugía, (...) Y cada uno de estos servicios dio su opinión al respecto, incluido el Servicio de Traumatología, no solo Psiquiatría y Ginecología como se aduce».

Y añade:

«Para que distintos servicios hospitalarios de distintas especialidades mantuvieran dudas respecto al origen del problema nos imaginamos que la tarea era ardua, por lo menos no tan fácil.

Lo negativo sería no haber consultado y que no fuera valorada por los distintos servicios, el no haber buscado si hubiera sido probablemente mala praxis.

Se llega a un posible diagnóstico de dolor lumbar inespecífico.

Así, el Servicio de Cirugía General descarta patología intraabdominal quirúrgica.

El de Ginecología refiere que si no causa urológica, probabilidad de dolor lumbar inespecífico.

A su vez el Servicio de Neurología aduce un posible origen radicular/neurálgico localizado y que hay que tener en cuenta "cierto componente de somatización, lo que explicaría la respuesta al placebo", sugiriendo medicación neuromoduladora como los antidepresivos y demás.

El Servicio de Psiquiatría la valora durante su ingreso y al alta, y desea realizarle seguimiento posterior opinando que "puede haber un componente histeriforme y de somatización" pautan tratamiento y seguimiento.

Nunca, nadie afirmó la no existencia del dolor.

El Servicio de Traumatología, el día 28 de abril estudia a la paciente y encuentran contractura paravertebral lumbar derecha y dolor a la presión local en zona sacra derecha, o sea junto a la columna. Sugieren tratamiento con AINES y mandan a Rehabilitación según la clínica, actuaron por tanto al respecto, no había ciatalgia en estos momentos o sea irradiación del dolor hacia el muslo o pierna derechas, por afectación del nervio ciático.

Queda pendiente, no obstante, como dejan constancia, continuidad de estudio por el Servicio de Traumatología.

El diagnóstico, al alta hospitalaria, el 27 de abril de 2015 tras todo ello es, tras descartar patología orgánica: -1 urológicamente normal.-2 probable somatización. -3 probable dolor lumbar inespecífico».

Se pauta tratamiento farmacológico para casa, todo a dosis bajas, y se cita para controles por Neurología, Psiquiatría, Psicología, Urología.

Pues bien, volviendo a la irradiación del dolor lumbar a la pierna derecha, propio ya de la hernia, negado que fuera desde enero de 2015, sí indica el SIP que por

primera vez se alude a ello en el informe del Servicio de Urgencias de 18 de mayo de 2015, pero que no se acude por ello al Servicio, sino por presentar mareos, además de no objetivarse en la clínica otra sintomatología distinta a los mareos.

Posteriormente, el 26 de mayo la paciente alude a informe sobre visita al médico de familia que dice «refiere ayer empieza con dolor lumbar del lado derecho, se exagera al apoyo del al deambular», sin embargo, el SIP aclara que en este informe se sigue hablando del dolor lumbar no de irradiación: el dolor lumbar se exagera al caminar, pero ello no significa que haya irradiación de la zona lumbar a la pierna.

También refiere la reclamante en las alegaciones que el 23 de julio de 2015, presentó pérdida de fuerzas en la piernas e irradiación molestias a cara lateral externa del muslo, y el 27 de julio de 2015, donde se dice en informe médico que tras ser manipulada la pierna por Traumatólogo le comienza el dolor lumbar irradiado a pierna derecha.

De todo ello, ciertamente, concluye el SIP en el sentido de afirmar que se trató de un proceso paulatino, que no debutó desde el principio, ni siquiera en un momento concreto, con una sintomatología clara, sino que es un proceso degenerativo, en cuanto al desarrollo de la clínica y sus manifestaciones, añadiendo que es a finales del mes de mayo cuando empiezan a darse pistas de la afectación neurológica y en julio de 2015 es cuando se confirma. Así, es el 1 de agosto de 2015 cuando consta por primera vez en informe clínico hospitalario anotación explícitamente de la presencia de dolor en región lumbar derecha con irradiación a miembro inferior del mismo lado.

A partir de entonces, continúa la búsqueda de diagnóstico con otra orientación, constando en la historia clínica que el 3 agosto de 2015 es valorada por Traumatólogo en Consultas Externa hospitalario, quien a su vez objetiva dolor lumbar con irradiación a nalga derecha y también por detrás de muslo derecho.

El Traumatólogo mantiene la Gabapentina y Nolotil, retira Zaldiar y añade Tapentadol, vitamina B12 e Ibustick que es un tratamiento local, y solicita RMN de la columna lumbar. Como observamos el tratamiento farmacológico es el que se cursa en estos casos.

La RMN se efectúa el 21 de agosto de 2015, con rapidez. Demuestra existencia de una sola discopatía a nivel de L5-S1, con hernia discal, resto normal.

La RMN está efectuada en tiempo más que adecuado, su realización fue rápida, cuando el Traumatólogo la solicita llevaba aproximadamente algo más de 1 mes que

el dolor lumbar ya tenía otras alteraciones clínicas significativas: alteración o afectación neurológica (elemento distintivo de la hernia discal).

Desde que se pide la prueba hasta que se efectúa pasan 20 días.

Por todo lo expuesto, en cuanto a la parte de la reclamación referida al retraso en el diagnóstico, no puede sostenerse la existencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*, habiéndose orientado los distintos diagnósticos a la sintomatología presentada en cada momento, diagnósticos que, por otra parte, coincidían con patologías reales halladas. Asimismo, las pruebas y medicación prescritas eran acordes con la sintomatología y diagnósticos.

En relación con la administración de placebo, ha de decirse, por una parte, que no fue inadecuada, pues en un momento determinado, coincidiendo la sintomatología que iba presentando la paciente con los diagnósticos ofrecidos, y siendo correcta la medicación recetada, el mayor dolor aducido por la paciente se identificó con somatización por el servicio de Psiquiatría, lo que corroboró el hecho de que la administración de placebo objetivara por parte de la paciente mejoría del dolor.

Ello, a su vez, contribuyó al despistaje, que no al abandono de la investigación de la causa del dolor. Señala el SIP que lo que se somatizaba no era el dolor, sino su intensidad.

Y, por otro lado, como bien señala el SIP, sorprende que la reclamante se queje tanto por la administración de placebo, como por la sobreadministración de analgésicos, pues la propia administración de placebo implicó una reducción de los analgésicos.

2) En relación con el retraso en la realización en la intervención quirúrgica, al que alude la reclamante, procede señalar lo siguiente.

Señala el SIP que en la RMN realizada el 21 de agosto de 2015 se muestra la existencia de una sola discopatía a nivel de L5-S1, con hernia discal, siendo el resto normal, por lo que, dado que tal prueba no arroja gravedad en las alteraciones, el tratamiento de primera elección no es la cirugía. Sin embargo, se pautó el tratamiento y seguimiento adecuado, tal y como consta en la historia clínica de la paciente, conforme se estipula en los protocolos médicos ante esta patología.

Así, se indica:

«No se interviene una hernia discal no complicada de urgencias, ni tampoco se pone en lista de espera quirúrgica hasta ver su evolución, y así poder, en su caso, evitar la cirugía que no siempre es resolutoria o totalmente resolutoria. De hecho, ya decíamos en informe previo que por lo menos un 80% de las hernias discales no precisan cirugía. del 20% operables, hasta aproximadamente el 20% sufren complicaciones postcirugía, aparte de las propias afectaciones degenerativas del hueso.

Creemos en la existencia de un proceso evolutivo, que cuando da una clínica de ciatalgia se solicita la RMN, que se hizo ésta rápidamente, que el resultado es una hernia discal, sin complicaciones, se pauta tratamiento, rehabilitación y observación de la misma.

Se pautó igualmente infiltraciones para la clínica padecida sin obtener clara mejoría. Al no mejorar y siendo valorada por Traumatólogo, quien se percata de la evolución a más de la clínica, llega a la conclusión de la intervención quirúrgica y derivación a Neurocirugía.

El Neurocirujano asevera dicha derivación para su departamento el 19 de noviembre de 2015, e incluye en lista de espera quirúrgica.

La RMN se había realizado en agosto de 2015, los tiempos parecen dentro de lo adecuado al caso.

Que la intervención quirúrgica tenga lugar a los seis meses de incluirse en lista de espera entra dentro de lo correcto».

3) Finalmente, señala la reclamante que la evolución de la enfermedad ha sido tórpida como consecuencia de la administración de analgésicos excesiva, lo que ha generado una adicción a los mismos.

Al respecto, el informe complementario del SIP afirma, en primer lugar, la adecuación de los tratamientos pautados, afirmando:

«(...) era la misma paciente que requería, y nos parece lógico, tratamiento para el dolor y la obligación de los servicios médicos es que no los sufra o mejorarlo.

Otra cosa es el empleo que luego el paciente realiza de las medicaciones, intentando mejorar su problema, algo que desconocemos.

No hemos valorado empleo de medicaciones fuera de los límites considerados habituales, de hecho cuando se inicia la sospecha de cuadro lumbar inespecífico, en el ingreso de abril de 2015, la paciente sale del hospital con poca dosis y poca medicación. Otra cosa es que al comentar la misma la existencia de aumento de dolor o no calmarse, se aumentarían dosis poco a poco.

La paciente a su vez nos refiere al salir del hospital en abril de 2015 que sigue con analgésicos, y ello no es correcto, pues es dada de alta tras mejoría del cuadro diagnosticado de dolor lumbar inespecífico, y urológicamente normal, con tratamiento médico

farmacológico que incluye un antidepresivo, neuromoduladores del dolor y tratamiento tópico.

El Traumatólogo, en estas fechas, quien pauta antiinflamatorios y rehabilitación y posterior control por su servicio, al observar contractura paravertebral lumbar, lo cual también es correcto.

También se pautaron infiltraciones que no resultaron efectivas.

Pero el desarrollo de este esquema terapéutico es el que se debe realizar antes de decidir cirugía, sobre todo cuando no se encuentra en las pruebas diagnósticas signos de gravedad.

El tratamiento médico es a 9 octubre de 2015: Tapentadol (fármaco opioide cuya potencia se sitúa entre la Morfina y el Tramadol que es un opioide débil), Duloxetina (antidepresivo y también para dolor neurológico asociado a otros procesos), e Ibustick tópico (antiinflamatorio tópico), al cual se añade tras crisis de dolor Enantyum antiinflamatorio, si dolor, alternando con Nolotil si no se alivia con el antiinflamatorio.

Este tratamiento es correcto en estos casos.

El 29 de octubre de 2015 se trata de nuevo por el Servicio de Urgencias Hospitalario exarcebación de dolor en región lumbar derecha pero no hay déficit sensitivo-motor a la exploración osteomuscular, no gravedad del caso.

En enero de 2016 hay cambios de medicación pero siempre dentro del mismo tipo de fármacos, pero eliminando uno para añadir otro».

A ello se añade el apartado C del informe complementario del SIP, en cuanto a la adecuación de la medicación pautada:

«(...) la toma de antiinflamatorios y analgésicos por parte de la reclamante se contempla en la historia clínica de Atención Primaria, desde años atrás 2006-2007, debido a dolores cervicales, cefaleas, traumatismos y similares, siendo tratados con fármacos del tipo de Voltaren (antiinflamatorio) Paracetamol y similares en cantidades de uno o dos fármacos y durante el tiempo que tuvo determinado problema mencionado, esto era así porque el proceso ocurría se trataba y desaparecían las molestias.

Posteriormente, estuvo tratada convenientemente hasta abril de 2015.

Posteriormente a mediados del año 2015, presenta una clínica de lumbociatalgia que también fue tratada según los medios disponibles y adecuadamente al caso.

Fue a partir del diagnóstico de hernia discal, y sobre todo a partir de octubre de 2015 cuando la clínica se objetiva intensa y no cede incluso a las infiltraciones que proporcionan los servicios especializados, es cuando se intenta calmar el dolor con los medicamentos que

se cuentan y que están en línea con la escala terapéutica del dolor de la Organización Mundial de la Salud, que en el primer paso emplea analgésicos no opioides, en el segundo escalón se emplean opioides débiles y ya en el tercer escalón ante fracaso de previos los opioides mas fuertes, esto se realizó a la paciente».

En segundo lugar, y como ya hemos referido en relación con la administración de placebo, lo que la interesada considera que interfirió en la búsqueda de su patología, afirma el SIP, como se ha dicho anteriormente, que ello nunca implicó dejar de tratar a la paciente ni buscar la causa del dolor, añadiendo, como también se indicó, que «resulta llamativo que la paciente se queje de ello y a la vez se queje de que emplearon demasiado tratamiento para su patología, lo cual perjudicó a su proceso». En todo caso, es indiscutible que «lo del efecto de medicación placebo y la respuesta al mismo de la paciente fue una realidad, la señora respondió al mismo, y ello se nota en el efecto inmediato, tienes dolor y al poner placebo se mejora, algo muy simple».

Y, finalmente, en tercer lugar, respecto de la alegada evolución tórpida de la patología como consecuencia de la adicción a la analgesia, y sin perjuicio de haberse aclarado que su administración fue conforme a la *lex artis ad hoc*, aclara el SIP que la evolución es inherente al carácter degenerativo de la patología de la paciente. Señala al efecto:

«Tras la intervención mejoró grandemente del dolor durante unos 4 meses, para volver a empeorar pero parece sin la intensidad previa a la cirugía.

Es por ello que hacemos hincapié en el proceso degenerativo vertebral que siguió su curso independientemente de la cirugía, aunque ésta cumpliera su papel, de tal modo que en la RMN efectuada en julio de 2017, se refiere: “existen signos degenerativos grado II de Módic”, igualmente presenta: “discretas alteraciones degenerativas osteoarticulares de L3-L4 y L4-L5 (...)”.

Hay que decir que “los cambios de intensidad que afectan las placas terminales de los cuerpos vertebrales denominados Modic, son marcadores dinámicos de un proceso degenerativo normal relacionado con la edad, que afecta fundamentalmente a la columna lumbar. Estas lesiones pueden convertirse de un tipo a otros con el tiempo; además, existen cambios mixtos entre tipos que representan probablemente las etapas intermedias en esta conversión, que han determinado nombrarle Modic transicional».

Agrega el informe del SIP una clasificación de la que resulta que en el caso de la reclamante estamos en julio de 2017, presentaba cambios degenerativos tipo Modic II relacionados con la edad, y no con que la hernia discal fuera operada antes o después. Y concluye el informe:

«El 3 de enero de 2018 en consulta médica hospitalaria se dice que actualmente, en la RMN no existen signos objetivos de hernia discal importante tras la cirugía.

Pero sí existe según historial médico a esta fecha de 2018, lumbalgia crónica con extensión a las piernas (ambas), se plantea infiltración diagnóstico-terapéutica facetaria lumbar, en la Unidad de Dolor.

Ante no mejoría, en febrero de 2018, se pauta realizar Radiofrecuencia convencional de facetas lumbares, que se realiza en abril de 2018, con una mejoría significativa del dolor, Por tanto, independientemente del tratamiento de la hernia discal efectuado existe una degeneración ósea progresiva, que repercute en la evolución posterior de dicho proceso. Y esta degeneración es independiente del tratamiento quirúrgico y de la fecha en que se haya efectuado. Los procesos degenerativos cuando aparecen son irremediables o mejor decir dinámicos».

Por todo lo expuesto, ha de concluirse que no existe responsabilidad de la Administración tampoco en relación con un inadecuado tratamiento, que determinara, como alega la interesada, una tórpida evolución de su patología.

4. Por lo demás, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), según el art. 139.1 LRJAP-PAC -actual art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público- el primer 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).

En el presente procedimiento, como se ha visto, la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que se ha producido un retraso diagnóstico de la hernia discal lumbar, así como un retraso en la realización de la intervención quirúrgica y una prescripción excesiva de analgésicos que ha provocado adicción a los mismos y una tórpida evolución de su enfermedad.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión, mientras que del examen de la historia clínica y los informes de los Servicios que han atendido a la paciente, así como de los informes del SIP, se concluye con nitidez la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de la interesada.