



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 8 6 / 2 0 1 8

(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. 554/2018 IDS)\**.

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

### I

1. Por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad se solicita la emisión de Dictamen relativo a la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 30 de agosto de 2017 a instancia de (...), como consecuencia del diagnóstico tardío del cáncer de pulmón padecido por su marido, que finalmente murió, en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante solicita por los daños morales sufridos una indemnización de 250.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

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.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. 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.

A la Secretaría 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 Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La interesada expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Entiende que ha habido un deficiente funcionamiento al haberse producido un retraso en el diagnóstico de un cáncer de pulmón de su marido lo que impidió aplicar la terapia adecuada, provocando su fallecimiento el 6 de septiembre de 2016.

En informe pericial aportado se relata que el paciente tenía antecedentes importantes de EPOC desde 2005 y por las graves complicaciones a nivel de pulmón derecho se le realizó un trasplante pulmonar en noviembre de 2013.

Antes había presentado múltiples fracturas vertebrales (T.8, 9, 10, 11 y 12) que fueron tratadas con vertebroplastia.

Durante el año 2011 se presentaron complicaciones respiratorias que indicaron la necesidad de realizar varias pruebas diagnósticas que objetivaron las múltiples fracturas vertebrales que se volvieron a tratar con vertebroplastia.

El 14/10/14 se realizó una gammagrafía ósea localizada que objetivó un aumento de actividad en sacroilíaca izquierda, que podría traducir fractura, necrosis, etc (...) sin poder descartar lesiones focales de diferente origen. Aumentos de actividad en 4º y 5º arcos costales derechos, que podría deberse a fracturas/fisuras, cirugía previa, etc (...). A nivel de caderas, leve distribución irregular por patología articular crónica. Distribución irregular en región dorso lumbar en paciente ya conocido de fracturas previas a este nivel.

Resumen: Aumento de actividad intenso en sacroilíaca izquierda.

Para completar el estudio, el 17/10/14 se realizó TAC de pelvis ósea: (...) compatible con una fractura de estrés por severa osteoporosis.

El 04/08/15 se realizó una Radiografía Eco Axilar por presentar ginecomastia y adenopatías axilares.

El 17/05/16 el paciente presenta un cuadro clínico de dolor dorsal 844 y desde rehabilitación se solicitan estudios radiológicos.

RX de Columna Lumbar: (...) dolor dorsal de predominio D2 desde hace dos días.

RX de Columna Dorsal que objetivó: Material de vertebroplastia en el cuerpo vertebral de L3, L1, T2, T1, T10, T9 y T8 por fracturas. Ante la persistencia de clínica sugiero completar con gammagrafía ósea que permita detectar eventuales lesiones silentes en la radiografía simple.

El 19/05/16 y por presentar el paciente un dolor a nivel de hemitórax izquierdo que impresiona de mecánico, aunque el paciente refiere que no está relacionado con las vértebras, no fiebre, no tos, no expectoración, se realiza una radiografía de Tórax, (0.8): Se observa material de cementación, signos de EPOC con oligohemia en LSI en relación con enfisema. Ate/ectasias laminares en bases.

El 07/07/16 el paciente acude al Hospital Dr. Negrín aquejado de dolor dorsal intenso y tras diagnóstico de una fractura recurrente de D6 y D7 se realizó una vertebroplastia percutánea transpedicular bilateral D6-D7.

Según se recoge en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, se vio obligada a

consultar por no tener a mi alcance los informes médicos que en él se señalan, el 08/07/16 se realizó una radiografía dorsal para control de la vertebroplastia. Y dan el alta (pág. 4 antepenúltima línea).

El día 09/07/16 comienza la clínica de inestabilidad de miembros inferiores y dificultad para orinar, con dos caídas por debilidad de miembros inferiores, con dolor en región dorsal. (pág. 4 penúltima y última línea).

El día siguiente, el 10/07/16, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín con dolor dorsolumbar, siendo ingresado en Unidad de Raquis, donde tras realizarle un TAC dorsolumbar, que objetiva (D.10): Severísima osteopenia y cambios por vertebroplastias y fracturas aplastamientos, comparando con radiografías previas, la fractura de D5 parece de nueva aparición.

El 11/07/16 se realiza RM de Columna Dorsal que pone de manifiesto, (D.11): Cambios secundarios a vertebroplastias.

El 17/07/16, se indica la realización de un TAC Dorsal que objetiva múltiples fracturas. Derrame pleural de mayor cuantía en lado izquierdo. Enfisema del parénquima pulmonar izquierdo.

Y el 04/08/16 en días previos al alta se realiza una RM de Columna Dorsal, que informa: Cambios secundarios a vertebroplastia T6-T12 por múltiples fracturas. Se confirma la fractura de T3 y T5.

El paciente permaneció ingresado en el Servicio de Lesionados Medulares desde el 11/07/16 al 26/08/16, en el informe de ese Servicio se recoge múltiples pruebas e informes.

Radiografía de Tórax: 11/08/16. Asimetría entre ambos hemitórax, (hemitórax izquierdo mas radiolúcido).

El 16/08/16 se procede a realizar un PAAF de adenopatía supraclavicular, siendo compatible con un Carcinoma de células grandes.

Y se hace un TAC de Tórax el 22/08/16 que informa: Adenopatías mediastínicas: Hiliares derechas de hasta 2x1,4cm; peribronquiales derechas de 2,5x2,1 cm; peribronquiales izquierdas 2,2x1,9cm; subcarinales de 3,1x2,2cm; paratraqueales bilateral de hasta 3x2,7cm; ventana aortopulmonar de 2,4x1,6cm y paraesofágicas de 2,4x2cm y 2,3x1,7cm.

En todos los compartimentos cervicales son muy numerosas y de tamaños de hasta 3x2,1 cm y 3,2x2cm. Las adenopatías infradiaphragmáticas son más pequeñas.

La neoplasia primaria parece corresponder a una masa mal definida localizada en el segmento 10 del lóbulo inferior izquierdo pirámide basal de contornos mal definidos, que confluye con las adenopatías adyacentes, que podría medir 3,5x2cm, que rodea y estenosa el bronquio lobar segmentario y la vena pulmonar inferior ipsilateral.

Parénquima parcialmente colapsado lóbulo inferior izquierdo.

Conclusión: Probable masa pulmonar primaria en L11 con adenopatías mediastínicas, cervicales e infraabdominales. Se trataría de un estadio IV.

Valorado por Oncología médica. Juicio Diagnóstico: Carcinoma de célula no pequeña, estadio IV. No es candidato a tratamiento por quimioterapia valorando riesgo/beneficio.

El último informe emitido por el Servicio de Neumología, sin fecha, suponemos posterior al exitus, ya que se recoge esta circunstancia, refiere: El 07/07/16 acude al Servicio de Urgencias por sensación de inestabilidad, dificultad para la micción, presentando dos caídas. Cuando lo que se registra en el informe de Unidad de Raquis de ese día como motivo de consulta es DOLOR DORSAL.

La visita de mayo si la considera derivada de presentar dolor a nivel dorsal.

Relata seguidamente las pruebas que se realizaron hasta que se llegó a un diagnóstico de certeza tras el TAC de Cuello y Abdomen de 22/08/16, donde se pusieron en evidencia múltiples adenopatías de tamaños notables, y un posible tumor en lóbulo inferior izquierdo.

Finalmente el paciente fallece, aunque no se recoge fecha y sí hora 7:00.

Tal informe pericial concluye con que durante todo el tiempo que permaneció hospitalizado y tras la realización de múltiples pruebas radiológicas, no se observó la masa pulmonar que no es de un tamaño despreciable y que se encuentra estenosando el bronquio lobar segmentario y la vena pulmonar, y tampoco se tuvo como posibilidad diagnóstica la del Cáncer de Pulmón tras la observación de nuevas fracturas vertebrales, atelectasia en base pulmonar izquierda, aumento de actividad ósea en la gammagrafía, todo ello posible en un Cáncer de Pulmón, así como tampoco se tuvieron en cuenta otras circunstancias como la ginecomastia, también incluida dentro de los posibles síntomas o signos de un Cáncer de Pulmón de células no pequeñas.

Si los enfermos de EPOC, los fumadores empedernidos, los inmunodeprimidos y los trasplantados de pulmón son más susceptibles de presentar un Cáncer de Pulmón, en este paciente, que se reúnen todas las condiciones, la observación y vigilancia debería haber sido más exhaustiva, con lo que sin poder asegurar cuando y como, se podía haber diagnosticado en un estadio menos grave que el IV y se hubiera dado al paciente la posibilidad de recibir un tratamiento con la oportunidad de mejorar, ya que aun estando en ese estadio las posibilidades de supervivencia a 5 años son hasta del 10%.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC tipo enfisematoso diagnosticado en 2005, tras unos 40 años de fumador.

Otros: Ex fumador, Insuficiencia Respiratoria Crónica, Hipertensión Pulmonar secundaria. En 2009 neumonía bilateral.

Cirugía por fractura-aplastamiento D9 - D10, se realizó vertebroplastia.

Osteoporosis severa, diagnóstico previa Densitometría del Servicio de Reumatología en 2011, donde fue derivado por el Servicio de Neumología para su estudio y tratamiento. La causa de la osteoporosis son los corticoides, estos dejaron de usarse (Urbason) aproximadamente en el verano de 2010, en principio.

Tratamiento desde abril de 2011, por el Servicio con Bifosfonatos y vitamina D. Fractura en D8, DI 1, DI 2 (vértebras dorsales) diagnosticadas en 2011 y también realizada en estas zonas vertebroplastia más biopsia, como tratamiento quirúrgico en marzo 2011.

Estando en planta hospitalaria, con posterioridad a estas intervenciones presenta de nuevo dolor lumbar y se observa tras Rx fractura L1 practicando el 8 de abril de 2011 vertebroplastia L1 más biopsia, por fractura vertebral.

El 28 de junio de 2011 tras diagnosticar aplastamiento vertebral L1-L3 con fractura de la vertebra L3 se realiza vertebroplastia de la misma.

Neumonía de la Comunidad, de nuevo en 2011.

Posteriormente el paciente tiene diversos ingresos hospitalarios por exacerbación de EPOC e Insuficiencia Respiratoria Crónica exacerbada en 2011 y en 2012.

En abril de 2013 se realizan distintos estudios al paciente entre ellos TAC de tórax de control, estando en lista de trasplantes, los hallazgos permanecen sin

cambios a los previos, como es el componente enfisematoso (Enfisema es la acumulación de aire, patológicamente, en los tejidos pulmonares), engrosamientos pleurales, nódulo pulmonar de 0.6 cm, no calcificado, de características indeterminadas en el lóbulo medio del pulmón derecho, presencia de Atelectasias (pérdida de volumen pulmonar), signo de Hipertensión Pulmonar con aumento del tronco de la arteria pulmonar. Adenopatías paratraqueales bilaterales, y resto exploración sin cambios al estudio previo.

- Trasplante pulmonar unipulmonar derecho por Enfisema centrolobulillar y grave limitación al flujo aéreo, tuvo lugar en noviembre de 2013 en Madrid, Hospital Puerta de Hierro centro de referencia, tratamiento inmunosupresor. En abril de 2014 primera revisión del trasplante en dicho centro, como está indicado, desde entonces y según informa el Servicio de Neurología realiza controles en dicho centro cada 3 meses, además en el Hospital Negrín "seguimiento continuado con analíticas (control de función renal, hepática, niveles de inmunosupresores, carga viral para citomegalovirus, obligado en estos casos) y exploración funcional así como cualquier prueba determinada por la evolución del paciente", según es preceptivo en estos casos. El 17 de octubre de 2014, se realiza TAC de pelvis solicitado por el Servicio de Rehabilitación, a causa de dolor intenso en cadera izquierda y que tras Gammagrafía ósea se observa acumulo intenso, se observa fractura de stress en el sacro izquierdo, en un paciente con severa Osteoporosis.

El 4 de agosto de 2015, Ecografía mamaria y axilar bilateral por aumento de volumen de mama izquierda e induración en pezón izquierdo y lo que se detecta es una discreta ginecomastia, no hallazgos de malignidad tampoco en la Mamografía.

- El 17 de mayo de 2016, solicita el Médico Rehabilitador Rx de columna dorsal y lumbar, por dolor dorsal de predominio en D2 desde hace 2 días, sin antecedente traumático, para descartar nueva fractura vertebral, y en la misma no se observan nuevas fracturas.

El 19 de mayo de 2016, tras consultar por dolor torácico de características mecánicas, se solicita por el Servicio de Neumología una Rx de tórax, la Neumóloga refiere en su solicitud: "paciente varón de 65 años, con trasplante pulmonar del lado derecho hace dos años, con múltiples vertebroplastias por Osteoporosis, previa al trasplante, que refiere dolor en hemitórax izquierdo, que impresiona de mecánico, no fiebre, no tos, ni expectoración, el Servicio de Radiología informa: signos de EPOC, signos de enfisema en hemitórax izquierdo y atelectasias en bases. La Rx de

tórax muestra material de cementación (material empleado en las cirugías de fracturaciones de vértebras) en varios cuerpos vertebrales, signos de EPOC, signos de oligoemia (disminución de la irrigación sanguínea) en LSI (lóbulo superior izquierdo) en relación con enfisema, atelectasias laminares en bases.

Se solicita el 19 de mayo de 2016, igualmente por el Servicio de Neumología, una Gammagrafía Ósea, por dolor a nivel dorsal. El 24 de mayo de 2016 se realiza dicha Gammagrafía Ósea y se diagnostica estudio compatible con aplastamientos recientes en D6 y D7.

El paciente sigue estudio posterior con la Unidad de Raquis que programa tratamiento, inclusión en lista de espera quirúrgica.

El 7 de julio de 2016 acude al Servicio de Urgencias Hospitalario con dolor dorsal e ingresa en el Hospital para cirugía.

Al ingreso los antecedentes patológicos "son: Enfisema pulmonar centrolobular con limitación grave al flujo aéreo, realizado trasplante pulmonar, Insuficiencia Respiratoria crónica, oxigenoterapia domiciliaria crónica con gasas nasales, neumonía en 2009 que requirió ingreso hospitalario en UMI (Unidad de Medicina Intensiva), Osteoporosis severa, intervenciones quirúrgicas varias para vertebroplastias de D5 a D11 ambas incluidas y de L1 y L3, hemorroides, estudios recientes como la Gammagrafía ósea demuestran señales de aplastamientos-acuñamientos recientes en D6 y D7, entre otros hallazgos menos relevantes".

Es valorado por la Unidad de Raquis e intervenido de vertebroplastia D6-D7 por fractura postraumática vertebral dorsal, según informe de la Unidad de Raquis estaba programado su ingreso para dicha intervención, no déficit neurológico. Se realiza vertebroplastia percutánea transpedicular bilateral D6-D7, por fractura aguda.

El 8 de julio de 2016 se realiza Rx de columna dorsal para control de vertebroplastia D6-D7, se observa severa Osteoporosis con fracturas en prácticamente todos los cuerpos vertebrales y que presentan material de vertebroplastia (sello de la fractura) como sabemos tras las intervenciones quirúrgicas correspondientes, en los somas, mínima protusión posterior del cemento en D6, dan alta hospitalaria dicho día 8 de julio.

Al día siguiente, 9 de julio, comienza con clínica de inestabilidad de miembros inferiores, y dificultad para orinar, con 2 caídas por debilidad de MMII, con dolor en región dorsal acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín el 10 de julio con dolor dorsolumbar, siendo ingresado en la Unidad de Raquis.



Se realizan pruebas complementarias: Rx de columna lumbar el 10 de julio de 2016, sin cambios con respecto control previo 17 de mayo, se observa la severa osteoporosis.

En TAC dorso lumbar del 10 de julio de 2016 de columna dorsal (DI-DI 2), en dicho TAC se informa de severísima osteopenia y cambios por vertebroplastia en las vértebras de D6 a L1-2, morfología bicóncava de D3 y D5 por fractura aplastamiento central, comparado con Rx previas la fractura de D5 parece de nueva aparición.

En RMN dorso lumbar urgente del 11 de julio de 2016 se afirma lo encontrado en el TAC previo, y asegura además hallazgos en relación a compresión medular con datos de mielopatía asociada. En D3 y D5 fractura en los somas de ambas vértebras, aplastamiento central, Fractura D5 parece de nueva aparición; aparece un incremento de señal que condiciona existencia de edema, etc., en relación a las fracturas,

Tras dichas pruebas se demuestra fracturas de los somas D3 y D5, sobre todo la compresión medular debida a la fractura D5, con clínica de paraparesia, intervinieron de urgencias el día 12 de julio de 2016.

Se realiza laminectomía descompresiva D5-D6 más vertebroplastia D5.

Tras la cirugía el paciente refiere estabilidad del cuadro neurológico sin mejoría, el diagnóstico es mielopatía compresiva a nivel D6-D7, lesión medular establecida por compresión, permanece en el Servicio de Anestesia y Reanimación desde el día 12 al 14 de julio.

- El 13 de julio de 2016: Rx de tórax con portátil realizada en UMI-Rehabilitación, acúmulo de secreciones bibasales y derrame pleural derecho.

El 14 de julio: Rx tórax en UMI con portátil, y no se observan cambios radiológicos significativos, dada buena evolución del paciente se traslada a planta de la Unidad de Raquis, con fisioterapia respiratoria, seguimiento con antibioterapia, tratamiento habitual con inmunosupresores (intentan suprimir la respuesta inmunológica y con ello el rechazo de los injertos o trasplantes) que se controlan niveles con analíticas, seguimientos de posibles infecciones, etc.

El 15 de julio se realiza Radiografía de tórax en pulmón derecho se identifican atelectasias y hacinamiento broncovascular en base, enfisema en pulmón izquierdo.

El día 16 de julio se retira bomba de morfina y se pauta medicación analgésica.

El 17 de julio por la noche, se vuelve a colocar bomba de analgesia por dolor intenso en la zona intervenida, este dolor va mejorando y se bajan los niveles de morfina,

El 17 de julio de 2016, se solicita en TAC dorsal por dolor intenso en zona intervenida que precisa bomba de morfina, se observan las fracturas de los cuerpos vertebrales intervenidos, D3, D5, D6, D7, D8, D9, D10, fracturas en todos menos en D3 y todos presentan cambios por la vertebroplastia, en D5 extravasación paravertebral de cemento, también cambios quirúrgicos en partes blandas, en D6 extravasación del cemento hacia el espacio epidural.

También el TAC da datos de derrame pleural en mayor cuantía en el lado izquierdo, ocupación líquida de la cisura menor derecha, Enfisema en parénquima pulmonar izquierdo, engrosamientos de septos y redistribución vascular en el pulmón derecho.

Es valorado por el Servicio de Digestivo el 18 de julio por rectorragias, no encuentran patología añadida, se valoran secundaria a enemas, traumáticas, ya que el paciente presenta hemorroides.

También interconsulta con el Servicio de Neurología el 18 de julio por paraparesia y la clínica presentada por el paciente desde el día 8 de julio de 2016, tras la intervención quirúrgica vertebral que tuvo lugar, la clínica neurológica permanece estable no empeora ni mejora, a pesar de haber resuelto la causa compresiva.

Se recomienda Rehabilitación y plantear traslado posterior a Unidad de Lesionados Medulares. El 19 de julio comienza Rehabilitación.

El día 20 de julio escribe la Neumóloga, en la historia clínica, que el paciente se queja de dolor hemitórax derecho, sin tos ni expectoración, no fiebre, la auscultación pulmonar es normal, solicita la doctora RX de tórax, la Radiografía presenta atelectasia (pérdida de volumen pulmonar) basal derecha, tratamiento médico y ventilación con CPAP. El tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias (PAP, por sus siglas en inglés) usa una máquina para bombear aire bajo presión dentro de las vías respiratorias.

Se repite RMN columna dorsal el 22 de julio de 2016, persistencia de empeoramiento neurológico progresivo, se refiere que aprecian cambios secundarios por vertebroplastia de D6 a D12 por múltiples fracturas, el dato nuevo más urgente y

claro, objetivable es que impresiona de compresión medular por hematoma a nivel de D6. Resto sin cambios.

- Tras el último diagnóstico de hematoma epidural en D6, con compresión medular, la Unidad de Raquis interviene al paciente, cirugía descompresiva urgente, previa firma del Consentimiento Informado, esto ocurre el día 22 de julio, tras evolución favorable se da alta a planta, tratamiento, Morfina,

Tuvo algunas complicaciones postoperatorias como fueron las respiratorias secundarias a distensión abdominal con disnea importante, etc.

El 25 de julio sigue con Fisioterapia respiratoria, con Cinesiterapia.

Buena evolución posterior a la última cirugía, manteniendo el déficit neurológico, y el día 26 de julio la Dra. M., Neumóloga solicita Rx de tórax, y pruebas y analíticas. El 27 de julio se realiza la Radiografía de control solicitada, atelectasias laminares y hacinamiento broncovascular por secreciones en ambos lóbulos pulmonares.

Persistencia de pauta analgésica de morfina por el dolor espalda mantenido, la fisioterapeuta acude a tratar al paciente.

El 4 de agosto de 2016 se realiza nueva RMN de columna dorsal de control, cuadro de paraparesia y compresión previa de D6 antes de la cirugía.

Se encuentra pequeño resto hemático extramedular a la altura de D6.

En los segmentos D6 y D7 se observan alteraciones de mielopatía. No se encuentra compresión medular significativa.

El diagnóstico final de la Unidad de Raquis es: lesión medular dorsal, fracturas dorso lumbares osteoporóticas múltiples.

El paciente queda con deterioro neurológico, sin mejoría pese a las cirugías realizadas, se traslada a la Unidad de Lesionados Medulares para continuar con tratamiento rehabilitador.

Durante todo este proceso, es seguido por el Servicio de Neumología como así consta en el historial clínico, en el que se observa las Radiografías de tórax efectuadas.

Como hemos observado en mayo de 2016 el Servicio de Neumología realiza la primera Radiografía de tórax de dicho año por el dolor dorsal que padecía la paciente y posteriormente se realizarían Radiografías de tórax pertinentes los días. 13, 14, 15,

20 y 27 de julio y el 8 de agosto, donde se informa de atelectasias laminares en bases así como retención de secreciones, sin cambios sustanciales respecto al control inicial de mayo.

El 8 de agosto de 2016, se realiza Rx de tórax discreta mejoría a radiografía previa.

El 11 de agosto se realiza Rx de tórax con el dato clínico de disnea, que presenta: Cardiomegalia, infiltración intersticio alveolar de predominio basal, derrame pleural bilateral sugestivo de Insuficiencia Cardíaca, datos de EPOC radiográficos con antecedente de trasplante pulmonar.

El 12 de agosto de 2016 Rx tórax de control, hallazgos de estabilidad con respecto a previos.

Rx de tórax de control realizada el 14 de agosto de 2016, hallazgos estables con respecto a previos.

El carcinoma pulmonar se diagnostica porque se puncionó una adenopatía supraclavicular el 16 de agosto, y se valora tipo de carcinoma de origen pulmonar.

Quando la herida de la cirugía raquídea mejoró y el paciente pudo sentarse refiere en su informe la Dra. Neumóloga, se observa a la exploración adenopatías supraclaviculares, que fueron puncionadas evidenciándose metástasis de carcinoma de células no pequeñas, de posible origen pulmonar, no quirúrgico.

El 22 de agosto de 2016 se realiza TAC de cuello, tórax, hígado, suprarrenales, con contraste intravenoso.

El diagnostico tras este TAC es: probable neoplasia con masa pulmonar primaria en el segmento 10 del LII, mal definida, con adenopatías mediastínicas, cervicales e infradiafragmáticas en mesenterio y retroperitoneal, se trataría de un estadio VI.

El resto del pulmón presenta un enfisema (acumulación patológica de aire) panacinar que afecta a la práctica totalidad del parénquima pulmonar, derrame pleural bilateral con atelectasia en lóbulos inferiores.

El Servicio de Oncología desestima la quimioterapia.

Se solicita tratamiento la unidad de cuidados paliativos.

El resultado del análisis de la mutación EGFR encontrada, resulta que es nativo, no mutado, propio del paciente.

El 28 de agosto tras datos clínicos de distrés respiratorio en paciente con cáncer de pulmón, la Radiografía de tórax demuestra marcados signos de enfisema en hemitórax izquierdo, derrame pleural bilateral de predominio derecho, infiltrado intersticio alveolar bilateral predominio derecho, hallazgos concordantes con la sospecha diagnóstica de Distrés.

El 31 de agosto nueva Rx de tórax, un mayor derrame pleural derecho y aumento de condensación en lóbulo pulmonar inferior derecho.

El 6 de septiembre de 2016 el paciente sufre proceso de desaturación, se trata, se estabiliza, pero sobre las 07:00 al "entrar el enfermero en la habitación se lo encuentra en estado de exitus, avisa al médico de guardia que certifica la hora de fallecimiento tras EKG a las 07: 19 horas".

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

1.- El paciente fallecido es, según historia clínica, ex fumador con una enfermedad pulmonar grave, EPOC, o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, previa al año 2005.

Se realiza debido a la gravedad presentada, un trasplante pulmonar, el pulmón derecho, ello acontece en noviembre de 2013 en Madrid.

El trasplante trae consigo unas medidas terapéuticas, para evitar el rechazo del órgano trasplantado, además de un seguimiento analítico y radiográfico secuencial anterior y posterior al mismo, no solo por el trasplante en sí, también porque el otro pulmón está enfermo.

Se emplean fármacos inmunosupresores que disminuyen la inmunidad del paciente y evita la creación de anticuerpos contra el órgano trasplantado.

A su vez, debido la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que padecía, y a que esta se padece largos años va desencadenándose mayor gravedad de síntomas y signos, también previsto en este tipo de enfermedades, utilizándose los llamados corticoides, medicamentos muy importantes este tipo de enfermedades, pero que después de años de uso y nos sabemos cuan adecuado fue su uso, provoca secundariamente un efecto en el hueso desmineralizador, disminuyendo la osificación de los mismos.

Así, los pulmones siguen empeorando y sufre varios recrudescimientos de su proceso, así como infecciones respiratorias, neumonías etc (...).

Al mismo tiempo y al compás de su patología pulmonar fue sufriendo fracturas vertebrales durante varios años, debido al desarrollo de la Osteoporosis.

Tenía factores de riesgo para ello: "toma de corticoides, fumador, y toma de Omeprazol durante tiempo, amén de otras posibles causas genéticas o no".

La Osteoporosis padecida era grave, tan grave que le produjo fracturas en múltiples vertebrales y es intervenido en varias ocasiones, tras una de estas operaciones se crea un hematoma que comprime a la médula e inmoviliza al paciente produciéndole dolores y parestesias, a partir del 9 de julio de 2016 aproximadamente.

El último año previo al día de su fallecimiento, los procesos graves y quirúrgicos de la columna vertebral son frecuentes, y se estuvo pendiente del paciente, dando respuesta rápida tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, destacándose ello en la historia clínica.

Debido a lo explicado previamente, las pruebas diagnósticas continuas no solo se emplearon para el proceso pulmonar, también para el óseo, siendo en ocasiones el Servicio de Neumología quien ante los síntomas del paciente eran los que realizaban las primeras Radiografías y derivaciones a la Unidad de Raquis, existiendo clara colaboración entre ambos Servicios y otros pertinentes.

A su vez y caminando junto con este problema óseo, la patología pulmonar sigue su curso, empeora, sufre crisis varias.

No obstante nunca dejó de ser atendido por el Servicio de Neumología, solicitando periódicamente Radiografías y otras pruebas diagnósticas, para valorar su estado o para diagnosticar un proceso recrudescido dentro de la patología pulmonar existente.

Hay que tener en cuenta que no solamente debido a sus enfermedades de base era controlado, sino que también el ser un trasplantado pulmonar implica controles analíticos y radiográficos continuos como explicábamos anteriormente.

Por tanto es atendido en distintos Servicios Hospitalarios, no escatimando en pruebas diagnósticas y tratamientos.

Afirmamos que la atención recibida por el paciente fue ajustada a la buena praxis médica, todo ello se comprueba en el historial médico, se observa que nunca dejó de ser atendido, evaluado, diagnosticado y tratado.

Se ofreció el tratamiento conveniente según el momento de su estado de salud y adecuado al mismo.

2.- Llama la atención las pruebas diagnósticas realizadas sincrónicamente y el que en dichas pruebas, TAC, Rx, RMN, Analíticas, Gammagrafía ósea, no se diagnostica posible malignización del tejido pulmonar hasta el 22 de agosto de 2016, tras punción el 16 de agosto de 2016 de una adenopatía supraclavicular que da positividad a células malignas de origen pulmonar.

Por tanto no se observa retraso en el diagnóstico, y no hay sospecha hasta que se observa la adenopatía.

Refieren los reclamantes que la Dra. (...) no valora dicha adenopatía y que fue un Dr. sustituto durante sus vacaciones quien observa la adenopatía.

Lo que nos dice este proceso es la rapidez de la aparición del cuadro con una rápida diseminación ganglionar, lo que se valora por los TAC con proximidad de 1 mes (17 de julio y 22 de agosto, ambas fechas del año 2016) que en uno no se observa la afectación y en el otro TAC, al mes, sí.

Habitualmente en casos similares al del paciente, el diagnóstico suele ser en estadios avanzados y el pronóstico negativo [en informe clínico de la Dra. Neumóloga (...)].

La aparición de carcinoma en pacientes trasplantados de pulmón en tratamiento con inmunosupresores es algo estudiado y que ocurre con una alta probabilidad, además el paciente es ex fumador, aumentando el riesgo.

Esa es una razón que explica no solo la aparición del carcinoma pulmonar, sino la existencia de adenopatías extendidas a tórax y abdomen, rápidamente, ya que en las pruebas diagnósticas previas no se detectó tal cual.

Tengamos en cuenta que la adenopatía se diagnostica como de origen tumoral el 16 de agosto y el TAC diagnóstico de carcinoma pulmonar y de diseminación ganglionar se realiza el 22 de agosto de 2016, y que durante el mes de julio y de agosto, se realizaron varias Radiografías, TAC de tórax y no se encontró dicha malignización cancerígena.

Creemos que la Dra. no realizó la prueba con anterioridad porque los ganglios no estaban, o no estaban tal como se observaron posteriormente. No hay pruebas de

otra cosa, por la misma causa por la que no se observa en un TAC y al mes en el siguiente TAC sí. La rapidez de diseminación es obvia.

A su vez, aunque se hubiera diagnosticado 15 días antes, si hubiera sido posible, dado el caso, la enfermedad de base, el desarrollo rápido de la metástasis, el estado físico del enfermo, muy deteriorado, el curso de la enfermedad entendemos hubiese sido el mismo.

3.- Tal como hemos indicado los inmunosupresores son necesarios para evitar el rechazo del trasplante, pero tienen debido a la disminución de inmunidad un probado efecto con la aparición de cánceres.

La suspensión de los inmunosupresores, debido al tratamiento pautado por el Servicio de Anestesia el 12 de julio, en todo caso ayudaría al paciente contra ello, no le perjudicaría como aducen los reclamantes.

3. Con posterioridad al Informe pericial aportado por la reclamante, el SIP elabora informe complementario en el que se manifiesta lo que sigue:

Del seguimiento médico exhaustivo hacia el paciente creemos damos cumplida información en el informe del SIP en el cual observamos que desde que empieza a ser tratado en el Hospital Dr. Negrín hasta el fallecimiento del paciente, no hemos hallado mala praxis médica, ni en cuanto a la atención recibida ni en las pruebas médicas realizadas, con secuencia lógica de los hechos, y que explican poco a poco, con detalle, lo acontecido con múltiples pruebas diagnósticas efectuadas hasta el final de la vida del paciente, tratamientos y atención por distintos servicios.

- Se presenta en el informe pericial como un signo que debió haberse tenido en cuenta previamente a su fallecimiento el hecho de tener ginecomastia y que refiere incluido dentro de los signos o síntomas de un carcinoma de pulmón.

Dentro de los síntomas y signos principales del cáncer de pulmón, no hayamos la ginecomastia como tal, pero sí puede estar relacionado, es un signo que hay que valorar y estudiar en toda persona que se presente.

El aumento del tamaño de la mama ocurre en aproximadamente el 50% de hombres, a partir de los 40 años, relacionado con la disminución de la testosterona, relación con la edad, también con medicamentos, con esteroides, con tumores testiculares, hipofisarios, de las suprarrenales, estos cánceres son los más relacionados con la ginecomastia.

Hasta el 20% de pacientes con cánceres presentan síndromes paraneoplásicos.



Aparecen en pacientes con cánceres, no antes de padecerlos. La relación con el paciente parece más relacionada con la toma de esteroides.

De todas formas, la ginecomastia estuvo correctamente estudiada antes de la aparición del cáncer de pulmón. El 5 de agosto de 2015 la mamografía define la ginecomastia como discreta, y sin signos de malignización, no hay nada sospechoso.

Los seguimientos posteriores radiológicos y clínicos ejercidos en el paciente después de este diagnóstico, la realización de TAC, Rx tórax, de RMN etc., fue extensa, no se puede decir que no se vigiló al paciente.

Y con relación a una posible malignización del pulmón no había que pensar en la ginecomastia para ello, pues ya es sabido el riesgo de cáncer en trasplantados de pulmón, en pacientes con tratamiento con inmunosupresores, en fumadores, estos elementos están sobrestudiados como posibles causantes de cáncer pulmonar, como decíamos el seguimiento efectuado al paciente era el correcto para todos ellos.

- La fractura vertebral es una respuesta del cuerpo del paciente a una severa osteoporosis y que ocurre en esta localización anatómica en los varones, las distintas pruebas efectuadas nunca determinaron cáncer en los huesos.

Así, el TAC diagnóstico de carcinoma pulmonar y metástasis ganglionares del 22 de agosto de 2016, donde se observan las metástasis ganglionares, cervicales, mediastínicas, retroperitoneales, etc., con la masa pulmonar mal definida, sin otros datos de metástasis en hueso o sugerencias de ello.

- Con respecto al aumento de actividad ósea en la Gammagrafía de octubre de 2014, en los arcos costales 4 y 5 derechos, el informe de dicha Gammagrafía dice que: «podrían deberse a fracturas-fisuras, cirugía previa etc.», donde si definen descartar lesiones focales, necrosis, fracturas etc. tras dicha Gammagrafía es en la zona sacroilíaca izquierda, aquí si plantea duda el estudio.

En el resumen de dicha prueba diagnóstica refieren: aumento de actividad en sacroilíaca izquierda.

Pero la duda se erradica con el TAC realizado el 17 de octubre de 2014, tras la realización de dicho tac se confirma fractura de stress en la zona del sacro izquierdo, en paciente con severa osteoporosis.

A su vez en la Gammagrafía ósea realizada el 24 de mayo de 2016, refieren sobre los arcos costales que ya fueron observados en estudio desde el 2012, que eran y son compatibles con patología articular o lesiones por insuficiencia.

Conclusión que interesa: que no había patología cancerígena ósea, y que si se estudió pertinentemente.

Se comprueba en la historia clínica que nunca apareció cáncer en huesos previo al diagnóstico del carcinoma pulmonar en agosto de 2016.

- La atelectasia -colapso parcial o total de un pulmón o del lóbulo de un pulmón- se presenta cuando los pequeños sacos de aire (alvéolos) que están dentro del pulmón se desinflan.

La atelectasia laminar o lineal de Fleischner, es la que padecía el paciente, reconocible sólo radiológicamente, en forma de banda estrecha opaca, horizontal o paralela a la cúpula diafragmática y cerca de ella, uni o bilateral, ocurre en distintos procesos abdominales: pancreatitis, colecistitis, peritonitis, hepatopatías, etc.

Se debe a hipoventilación de las bases por paresia y elevación frénica. La atelectasia subsegmentaria (laminar) puede cursar de forma asintomática o con tos, expectoración, fiebre, disnea, taquipnea y crepitantes teleinspiratorios.

La atelectasia es un signo de enfermedad, pero no sugiere «per se» un diagnóstico específico.

Las atelectasias las presentaba el paciente desde el año 2013 a causa de su enfermedad pulmonar crónica, aparecen en TAC de abril de 2013, previo a la cirugía de trasplante pulmonar que tendrá lugar en noviembre del mismo año.

Según la Radiografía de tórax del 19 de mayo del 2016, lo que existe aparte de enfisema, y otros signos de EPOC (...) son atelectasia laminares en base, las cuales hemos explicado sus características.

A su vez el TAC es diagnóstico de cualquier proceso causante de atelectasia que no observemos en la Radiografía de tórax.

Pues bien, en TAC de tórax del 17 de julio de 2016 no se observa otras posibles causas de dichas atelectasias que no sean las propias del EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

4. Dado preceptivo trámite de audiencia la reclamante no presenta alegaciones.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que no existe relación causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. Sobre la existencia o no de diagnóstico tardío este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, v.gr. DCC 502/2018, ante un supuesto en que se reclamaba la responsabilidad extracontractual del servicio público de salud ante una patología que no se diagnosticó en la primera consulta, porque no concurrían todos los síntomas que la caracterizaban, lo siguiente:

«(...) el posible retraso diagnóstico de la neoplasia, pues según resulta de los propios informes obrantes en el expediente las adenopatías mediastínicas objetivadas en el TAC realizado al paciente el 25 de julio de 2006 podían haber sido manifestación de la neoplasia y no de linfoma con afectación mediastínica por el que estaba siendo estudiado en el diagnóstico de la leucemia. Esta prueba diagnóstica fue valorada el 3 de agosto de 2006 y el nuevo TAC se realizó el 27 de octubre. La neoplasia pudo haber sido, pues, diagnosticada casi tres meses antes. Informa al respecto el Servicio de Medicina Interna que las adenopatías se limitan al territorio paratraqueal y espacio prevascular derechos, lo que es congruente con la localización del tumor en el lóbulo superior del pulmón derecho y con el hecho de que el nuevo TAC de 27 de octubre de 2006, practicado durante su ingreso, demostrara crecimiento de las adenopatías preexistentes y no la aparición de ganglios en otras localizaciones. La leucemia linfocítica crónica se acompaña de adenopatías hasta el 80% de los casos, aun cuando no esté en fase linfomatosa. Sin embargo, las adenopatías de la leucemia linfocítica tienden a ocurrir en varios territorios y con tendencia a localizaciones bilaterales y simétricas, tanto mediastínicas como abdominales y periféricas. El TAC realizado durante el ingreso no demostró sin embargo adenopatías en otras localizaciones que las reseñadas en mediastino derecho.

(...) Concluye en consecuencia que si bien se podía haber acertado el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico es muy probable que la evolución y el pronóstico del paciente no hubieran podido ser modificados.

La reclamante alega la pérdida de oportunidad sufrida por el paciente ante el retraso diagnóstico de su enfermedad. Este retraso sin embargo solamente puede limitarse temporalmente al indicado periodo transcurrido entre el 3 de agosto y el 27 de octubre de 2006, pues la sintomatología inicial del paciente, detectada tras la analítica que se llevó a cabo en marzo del mismo año, era sugerente de leucemia, como así fue confirmado. La prueba que hubiera permitido el diagnóstico de la otra patología, realizada con ocasión del

estudio de la leucemia, fue, como se ha señalado el TAC realizado en julio de 2006. No puede pues sostenerse un retraso diagnóstico más allá de esta fecha.

Sin embargo, este retraso no ha influido en la evolución de la enfermedad a tenor de los informes obrantes en el expediente, pues la neoplasia pulmonar padecida no fue tributaria de tratamiento quirúrgico, ni de radioterapia ni quimioterapia, debido al estado consuntivo del paciente (informe del Servicio de Inspección) (...).

Por consiguiente no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque ese resultado no es consecuencia de una actuación médica incorrecta de sus facultativos o de una omisión de medios, sino de la grave neoplasia pulmonar padecida, que, aun habiéndose diagnosticado tres meses antes, los servicios sanitarios no hubieran podido variar las posibilidades de tratamiento ni el resultado final. No se ha perdido por consiguiente la oportunidad de curación del paciente, por lo que no puede apreciarse nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

En este sentido, es reiterada la jurisprudencia que sostiene que la privación de expectativas o pérdida de oportunidad se concreta en que basta con cierta probabilidad que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza, para que proceda la indemnización en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad (SSTS de 7 de septiembre de 2005, 26 de junio de 2008, 25 de junio y 23 de septiembre de 2010). En el presente caso, sin embargo, no puede afirmarse una pérdida de tiempo determinante de un agravamiento, sin el que el retraso haya supuesto un peor pronóstico. No se han perdido pues oportunidades de curación de las que pueda derivar la responsabilidad patrimonial de la Administración (...).

A mayor abundamiento, en la STS de 16 marzo 2005 se razonó lo siguiente:

«La infracción denunciada no se ha producido dado que, como se razona en la sentencia recurrida, al no apreciarse la existencia de una infracción de la *lex artis* en materia sanitaria, es reiterada la jurisprudencia de la Sala que entiende que no se produce el requisito de antijuridicidad del daño, exigible conforme a la Ley de Régimen Jurídico para que el mismo sea susceptible de indemnización, y por ello dicho daño ha de ser soportado por el paciente partiendo del principio de que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño puesto que, en definitiva, lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, sin que se aprecie que en el caso actual, en función de la valoración de la prueba pericial procesal practicada por la Sala de instancia, resultara previsible en la primera visita hospitalaria al centro sanitario de (...) la apreciación de una sintomatología que permanecía larvada y que no fue manifestada sino días después

cuando se procedió a la práctica de la operación que determinó la amputación; máxime cuando la citada amputación tampoco puede excluirse que resultara procedente, como la sentencia de instancia afirma, de haberse detectado la isquemia en una primera exploración clínica».

2. Frente al presunto diagnóstico tardío alegado por la interesada, de conformidad con la documentación obrante en el expediente se considera que el paciente fue asistido por los distintos servicios que lo atendieron en todo momento, desde su trasplante de pulmón en noviembre de 2013, realizándose las pruebas médicas pertinentes en razón del estado de salud que presentaba acorde a la exploración física y resultado de las pruebas realizadas.

Así, en abril de 2014 primera revisión del trasplante en dicho centro (Hospital Puerta de Hierro), como está indicado, desde entonces y según informa el Servicio de Neurología realiza controles en dicho centro cada 3 meses, además en el Hospital Negrín «seguimiento continuado con analíticas (control de función renal, hepática, niveles de inmunosupresores, carga viral para Citomegalovirus, obligado en estos casos) y exploración funcional así como cualquier prueba determinada por la evolución del paciente», según es preceptivo en estos casos.

De todo lo anterior, se constata, como concluye el SIP, que el paciente nunca dejó de ser atendido por el Servicio de Neumología, solicitando periódicamente Radiografías y otras pruebas diagnósticas, para valorar su estado o para diagnosticar un proceso recrudescido dentro de la patología pulmonar existente, que no solamente debido a sus enfermedades de base era controlado, sino que también el ser un trasplantado pulmonar implica controles analíticos y radiográficos continuos como explicábamos anteriormente.

Fue atendido en distintos Servicios Hospitalarios, realizándose todo tipo de pruebas diagnósticas y tratamientos, siendo la atención recibida por el paciente ajustada a la buena praxis médica, observándose que nunca dejó de ser atendido, evaluado, diagnosticado y tratado.

En definitiva, se ofreció el tratamiento conveniente según el momento de su estado de salud y adecuado al mismo, no apreciándose negligencia ni demora alguna en la realización de las pruebas diagnósticas pudiendo ser calificada de eficiente y eficaz. Por ello, se considera que la actuación del SCS, fue diligente, el seguimiento en la valoración de la paciente fue exhaustivo y continuado en el tiempo desde 2014 a 2016, llegándose a detectar el carcinoma pulmonar, no detectado por otras) por la

variedad de pruebas que se realizaron (en este caso, se puncionó una adenopatía supraclavicular el 16 de agosto, valorándose tipo de carcinoma de origen pulmonar), apenas 3 semanas antes de su óbito.

Lamentablemente, las pruebas diagnósticas realizadas sincrónicamente y el que en dichas pruebas, TAC, Rx, RMN, Analíticas, Gammagrafía ósea, etc., realizadas desde 2014 no diagnosticaron posible malignización del tejido pulmonar hasta el 22 de agosto de 2016, tras punción el 16 de agosto de 2016 de una adenopatía supraclavicular que da positividad a células malignas de origen pulmonar. La rapidez de la aparición del cuadro con una rápida diseminación ganglionar (verificado por los TAC con proximidad de 1 mes, donde el 17 de julio no se observa la afectación, mientras que el 22 de agosto de 2016 sí aparece el carcinoma) tiene una alta probabilidad en pacientes trasplantados de pulmón en tratamiento con inmunosupresores (aumentando el riesgo en pacientes ex fumadores, como es el caso). Esa es una razón que explica no solo la aparición del carcinoma pulmonar, sino la existencia de adenopatías extendidas a tórax y abdomen, rápidamente, ya que en las pruebas diagnósticas previas no se detectó tal cual.

Se reitera que la adenopatía se diagnostica como de origen tumoral el 16 de agosto y el TAC diagnóstico de carcinoma pulmonar y de diseminación ganglionar se realiza el 22 de agosto de 2016, y que durante el mes de julio y de agosto, se realizaron varias Radiografías, TAC de tórax y no se encontró dicha malignización cancerígena.

Los informes médicos obrantes en el expediente permiten, pues, en este caso, considerar que la asistencia sanitaria prestada fue acorde con la evolución de la enfermedad de la paciente, en consecuencia, acorde a la *lex artis*. Por ello, como ha venido manteniendo reiteradamente este Consejo siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y

terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Sólo si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007, 11 de julio de 2007, 25 de febrero de 2009 y 9 de octubre de 2012, entre otras muchas).

En este caso, como se ha señalado, la asistencia sanitaria prestada al marido de la reclamante fue ajustada a este parámetro de la *lex artis*, pues el paciente recibió atención sanitaria adecuada a los síntomas y patologías presentados en cada momento, habiendo actuado el SCS conforme a la *lex artis*, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera conforme a Derecho.