



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 0 7 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de julio de 2022.

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 (...), en nombre y representación de sus hermanos (...), (...), (...) y (...), en relación con la asistencia sanitaria prestada a su padre (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 265/2022 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, 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. La solicitud de dictamen, de 23 de junio de 2022, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo en esa misma fecha.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que la cuantía reclamada es superior a 6.000 €, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. Resultan aplicables la LPACAP así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

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

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), (...), (...), (...) y (...), al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que se reclama: el fallecimiento de su padre, (...), habiéndose acreditado en el expediente su relación de filiación con éste [art. 4.1.a) LPACAP]. Por otra parte, en este caso, (...) actúa en nombre propio y en representación, debidamente acreditada, de sus hermanos (art. 5.3 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 proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS).

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, no resulta extemporánea la reclamación, al haberse presentado dentro el plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues los interesados interpusieron aquel escrito el 16 de noviembre de 2020, en relación con un hecho acaecido el 23 de enero 2020, fecha del fallecimiento de su padre.

III

Los interesados, en su escrito de reclamación, exponen como hechos en los que la fundan los siguientes:

- (...), fue diagnosticado y tratado de un hepatocarcinoma en el año 1988, enfermedad que reapareció en el año 1997 y que motivó que en el año 2000 fuese sometido a un trasplante hepático, tras el cual desarrolló una diabetes mellitus tipo 2.

Al margen de los efectos secundarios del tratamiento con inmunosupresores por razón del trasplante hepático, tenía hipertensión y alergia a los antiinflamatorios no esteroideos, lo cual conllevaba limitaciones farmacológicas a la hora de tratar cualquier incidencia en su salud, de modo que, cuando padecía dolores leves, solo podía utilizar paracetamol como analgésico e inhibidores de la enzima COX2 como antiinflamatorios de primera opción.

- A partir del mes de agosto de 2019 (...) comenzó a sentir dolor creciente en la zona lumbar, que progresivamente fue limitando su vida diaria hasta conducirle a ser una persona dependiente.

- Día 27 de agosto de 2019 acude al Centro de Salud refiriendo dolor lumbar al agacharse, a la exploración se observa discreta contractura sin limitación en la flexión anterior. Se diagnostica de lumbalgia, y prescriben medicación intramuscular antiinflamatoria y analgésica incluida en el segundo escalón de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud.

- El día 25 de septiembre de 2019: Acude al Centro de Salud, donde refiere que desde hace tres días sufre dolor lumbar derecho que irradia hacia la región glútea, punzante, sin parestesias y que alivia en decúbito lateral izquierdo. Tras exploración se diagnostica lumbociatalgia, y se prescribe la misma medicación intramuscular antiinflamatoria y analgésica del mes anterior.

- El día 17 de noviembre de 2019: Acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina, refiriendo dolor lumbar agudo que le ocasiona cojera. Tras la exploración de la columna lumbar se diagnostica ciática aguda y dolor agudo.

- El día 25 de noviembre de 2019: Acude al Centro de Salud por la mañana, porque continúa con un dolor muy intenso en la espalda que irradia a la pierna derecha, hasta el tobillo. Tras la exploración se solicita al CAE de San Benito cita urgente para una prueba radiológica de Columna lumbosacra AP y L.

Ese mismo día por la tarde vuelve a acudir al Centro de Salud donde se valora la prueba indicando pinzamiento L4-L5, L5-S1. A la exploración se observa dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha.

- El día 26 de noviembre de 2019: Acude al Centro de Salud y manifiesta que el dolor es intenso y persistente. La doctora que lo atiende valora la prueba radiológica señalando signos de artrosis con disminución de espacio intervertebral L4-L5, L5-S1. Mantiene el diagnóstico de lumbociatalgia, y prescribe un nuevo medicamento analgésico (Zaldiar, que es una combinación de Tramadol y Paracetamol).

- El día 29 de noviembre de 2019: Desesperado por la falta de alivio a su persistente dolor y por la incertidumbre sobre la causa de este, acude a la consulta de un traumatólogo privado, quien le prescribe una prueba T.A.C. de columna lumbar, que se realiza en la Clínica Vida de La Orotava ese mismo día. Se informa: *"Rectificación lumbar. Disminución de altura de L5-S1 con leve disminución parcial de calibre de conductos radiculares a dicho nivel sin evidencia de pinzamientos. Leve abombamiento de anillos pulposos sin protrusiones discales ni extrusiones. Canal medular conservado. Sin espondilolisis ni espondilolistesis. Enfermedad endotelial avanzada"*.

- Día 3 de diciembre de 2019: Tras consultar telefónicamente a su médico de cabecera por la persistencia del intenso dolor de la espalda que le impide dormir y le ocasiona desorientación, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y pérdida de peso, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) aportando las pruebas que le habían realizado. Tras la exploración y sin hacer ninguna prueba adicional, se mantuvo el diagnóstico de lumbociática y se le inyectó medicación analgésica, indicando la aplicación de calor seco y frío local. Se limita la analgesia a la toma de paracetamol y se recomienda valorar seguimiento por la Unidad del Dolor de manera ambulatoria si no mejorase.

- Día 9 de diciembre de 2019: Acude al Centro de Salud por continuar con un intenso dolor lumbar que no se alivia. Le cuesta mucho esfuerzo caminar, mantenerse en pie y sentado. Se deriva a la Unidad del Dolor. Tras la exploración continúa sin variar el diagnóstico de lumbociatalgia, añadiendo al paracetamol tratamiento analgésico con Tapentadol, medicamento opioide del segundo escalón de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, medicación para aliviar náuseas y vómitos, y se solicita interconsulta urgente de Neurocirugía.

- Día 12 de diciembre de 2019: No pudiendo caminar ni mantenerse en pie, acude en silla de ruedas a la Unidad del Dolor del HUNSC, donde se mantiene el diagnóstico de Lumbociatalgia derecha. Se prescribe intervención de cirugía ambulatoria de bloqueo epidural caudal, pautando un aumento en la dosis del medicamento analgésico Tapentadol.

- Día 13 de diciembre de 2019: Acude su hija al Centro de Salud refiriendo la evolución del dolor de su padre, que no se alivia, impidiéndole caminar, estar de pie y descansar, y se realizan gestiones para la realización lo antes posible del bloqueo epidural prescrito.

- Día 16 de diciembre de 2019: Acude nuevamente al Centro de Salud y manifiesta que sigue sin alivio en el intenso dolor lumbar y en pierna derecha que padece. Tras la exploración no modifica el diagnóstico de lumbociatalgia, mantiene los medicamentos analgésicos Paracetamol y Tapentadol y añade Lyrica-Pregabalina, Celebrex-Celecoxib y Diazepam.

- Día 17 de diciembre de 2019: Acude su hija al Centro de Salud refiriendo que a su padre no se le alivia el dolor, que le impide dormir, y la facultativa pauta un nuevo cambio en la medicación, suspendiendo el medicamento Celebrex, aumentando la dosis de Lyrica-Pregabalina y de Diazepam, e introduciendo el medicamento antiinflamatorio intramuscular Celestone-Cronodose (corticosteroide) cada 72 horas.

- Día 18 de diciembre de 2019: Acude al Centro de Salud para realizarse una analítica de sangre previa a la cirugía de bloqueo epidural caudal prescrita. Su resultado revela un nivel bajo de hemoglobina, pero suficiente de plaquetas para poder realizarle el bloqueo epidural.

- Día 19 de diciembre de 2019: Su hija acude de nuevo al Centro de Salud refiriendo que su padre sigue con intenso dolor y que no puede mantenerse de pie, añade depresión al diagnóstico inicial de lumbociatalgia. Aunque han pasado 48 horas desde que se le administró, deciden inyectarle una nueva dosis de Celestone-Cronodose.

- Día 20 de diciembre de 2019: Acude a la Unidad del Dolor del HUNSC para someterse a la técnica quirúrgica de Bloqueo Epidural Caudal. Se le advierte de que los efectos de la intervención serían apreciables en 24 a 48 horas, período en que podría agudizarse aún más el dolor.

- Día 23 de diciembre de 2019: Su hija acude al Centro de Salud, refiriendo que el dolor que padece su padre ha empeorado tras el bloqueo epidural. Se deriva a un especialista de Reumatología para su valoración.

Persiste el desconocimiento sobre el motivo del dolor y sobre el motivo de la falta de alivio de los tratamientos farmacológicos y quirúrgico hasta ese momento intentados.

- Día 24 de diciembre de 2019: Acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina por la mañana, porque no ha experimentado mejoría tras el bloqueo epidural caudal que le había sido realizado cuatro días antes. Se diagnostica dolor crónico y se le prescribe un nuevo medicamento para el dolor: parches de Durogesic-Fentanilo (medicamento opioide incluido en el tercer escalón de la escala analgésica de la O.M.S.) con una pauta ascendente.

Por la noche vuelve a acudir al servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina porque sigue sintiendo mucho dolor. Le vuelven a prescribir el medicamento antiinflamatorio Etoricoxib.

- Día 30 de diciembre de 2019: Sigue sin poder descansar lo suficiente, apenas come, ha adelgazado y ha perdido masa muscular de forma muy visible. Tiene episodios de desorientación, pérdida de control de esfínteres y agitación nocturna, por lo que su hija llama por teléfono al Centro de Salud de Tegueste, y se le pauta una reducción de la dosis de Fentanilo.

- Día 31 de diciembre de 2019: Debido al intenso dolor y su estado de debilidad, desesperados él y su familia, es llevado en ambulancia al Servicio de Urgencias del HUNSC. Tras la exploración y prueba analítica y radiológica se mantiene el diagnóstico de lumbalgia y posible pinzamiento piramidal. Se revisa la medicación y se indica control por su médico de familia. Se realiza una interconsulta urgente a la Unidad del Dolor.

También fue valorado por el especialista en Neurocirugía. Tras la exploración y valoración de radiografías, no consideran indicación quirúrgica urgente ni de ingreso hospitalario. Se remite a consultas externas NRC para estudio ambulatorio y se solicita prueba de RMN lumbar con carácter preferente.

Persiste el desconocimiento sobre el motivo del dolor y de la falta de alivio de los tratamientos hasta ahora prescritos.

- Día 2 de enero de 2020: Acude al Centro de Salud refiriendo la persistencia del dolor lumbar que le impedía descansar y caminar. Se revisa la medicación, prescribiendo nuevamente inyecciones del corticosteroide Celestone-Cronodose, y volviendo a aumentar la dosis de Fentanilo que tres días antes le había sido reducida.

- Día 10 de enero de 2020: Acude su hija al Centro de Salud refiriendo que su padre no mejora del intenso dolor, persiste su gran malestar general y se encuentra postrado en la cama, sin poder caminar. Programa cita para reconocerlo en el domicilio tres días más tarde.

- Día 13 de enero 2020: Acuden al domicilio las doctoras del Centro de Salud por la mañana. Modifican la medicación y se le inyecta un analgésico (Cronodose) para que pueda soportar el desplazamiento a Santa Cruz y la RMN para la que está citado en esa tarde y cuya impresión diagnóstica es *"Discartrosis en L4-L5 y L5-L1. Acuñaamiento medio con edema óseo en L2. Edema óseo en L1. Extrusión herniaria posterior en 103-14, L4-L5 y L5-S1"*.

- Día 14 de enero de 2020: Acude su hija al Centro de Salud refiriendo la falta de apetito de su padre, la significativa pérdida de peso y de masa muscular experimentadas por el mismo. La doctora le informa de que su padre no cumple los criterios para recetarle batidos de proteínas.

- Día 17 de enero de 2020: Tras pasar una noche desesperado por el dolor, a las 09:03 horas su hija llamó al 112 para solicitar una ambulancia que lo llevase al Servicio de Urgencias del HUNSC. El médico que la atendió telefónicamente le manifestó que la ambulancia lo llevaría al Centro de Salud de Tegueste para que su médico de familia lo valorase y decidiese si necesitaba el traslado. Allí lo reconoce en el interior de la propia ambulancia y la petición de transporte urgente al centro hospitalario realizada por la médico de familia, a las 09:49 horas, fue rechazada por el Coordinador Sanitario del S.U.C., quien se desentendió del criterio de la médico que conocía perfectamente el estado y evolución de (...), y decidió que no se trataba de un caso urgente. Se indica traslado a través de la Mesa de Transporte Sanitario No Urgente, cuando fuese posible.

Ante la negativa del S.U.C. a trasladarlo con urgencia al centro hospitalario, sus hijas lo llevaron al Servicio de Urgencias del HUNSC. Se le administra por vía intramuscular Urbasón y, más tarde, Celestone-Cronodose. Lo examinan un médico del Servicio de Urgencias y el especialista en Neurocirugía, a quienes no les concuerda el intenso dolor que manifiesta (...) con los informes de las pruebas radiológicas realizadas en los días anteriores. Se decide la realización de nuevas radiografías y de una prueba de RMN lumbar, así como interconsulta a la Unidad del Dolor.

En contraste con la realizada tan solo cuatro días antes, al valorar el resultado de la RMN: *"hallazgos sugestivos de infiltración parcheada y difusa de la médula ósea que sugiere con contraste para búsqueda de proceso neoformativo primario y afectación sistémica"*.

Queda ingresado en el Servicio de Hematología con los propósitos de realizarle más pruebas diagnósticas y de someterlo a un tratamiento intravenoso con Oxiconona [medicamento del tercer escalón de la escala analgésica de la O.M.S.) para tratar de mitigar el dolor.

- Día 21 de enero de 2020: Se le realiza un TAC toraco-abdominal y un TAC toraco-abdominopélvico.

El día anterior se le había realizado un aspirado de médula ósea y pruebas analíticas.

- Día 23 de enero de 2020: Alrededor de las tres de la tarde es comunicado a sus hijas el resultado de la prueba de TAC: se concluye un proceso neofornativo primario pulmonar en el LII (T2b N2 M1b), con sospecha de metástasis ósea, en hígado, en riñón izquierdo y en cola pancreática

Sin expectativas de curación y sin haber sido sometido antes a un tratamiento efectivo para aliviar su dolor, aproximadamente a las 17:30 horas se le suministra sedación paliativa, falleciendo a las 20:20 horas.

- A pesar de sus antecedentes personales y de las reiteradas solicitudes de asistencia sanitaria refiriendo un dolor muy intenso y persistente que ningún tratamiento lograba aliviar lo suficiente y que se tornó en invalidante, sugestivo, entre otras patologías, de una metástasis ósea, no se le realizó la primera prueba de resonancia magnética lumbar hasta diez días antes de fallecer, prueba inicial que no desveló la grave y avanzada enfermedad que ocasionaba su persistente dolor, y una segunda prueba cuatro días después que sí que la desveló.

- Nunca se proporcionó a (...) un tratamiento analgésico efectivo para aliviar el intenso dolor que padeció sus últimos dos meses y medio de vida. A pesar del evidente fracaso de los tratamientos pautados por atención primaria y por los servicios de urgencias a los que acudió, hasta seis días antes de su fallecimiento no fue considerado preciso ingreso en un centro hospitalario para tratar su persistente dolor y de averiguar su causa.

IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. 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 18 de noviembre de 2020 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a que mejoren su reclamación, de lo que reciben notificación aquéllos el 4 de diciembre 2020, aportando la documentación requerida el 14 de diciembre de 2020.

- Por Resolución de 17 de diciembre de 2020 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, de lo que reciben notificación el 22 de diciembre de 2020.

- El 16 de diciembre de 2020 se solicita informe al SIP, lo que se reitera en numerosas ocasiones, viniendo a emitirse el 20 de abril de 2022, tras haber recabado la documentación oportuna [Copia de la Historia Clínica custodiada en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC); copia de la historia clínica del ámbito de Atención Primaria; información emitida por el Servicio de Urgencias del HUNSC; información emitida por el Servicio de Neurocirugía del HUNSC; informe emitido por el Director Gerente de la Empresa Pública (...); e informe emitido por el Médico de Familia de (...)].

- En varias ocasiones (1/11/21; 15/2/21; 18/3/21; 17/4/22; 21/5/22) se solicita por los interesados información acerca del estado de tramitación del procedimiento y se insta su impulso, a lo que se les da respuesta en cada momento.

- El 23 de mayo de 2022 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas por los interesados, a excepción de la testifical consistente en preguntarle a ellos mismos por la asistencia de su padre, por considerarse innecesaria al haberse expuesto ya en la reclamación (art. 77.3 LPACAP).

Siendo todas las pruebas documentales y estando incorporadas al expediente se declara concluso el periodo probatorio. De ello reciben notificación los reclamantes el 23 de mayo de 2022.

- Tras otorgarse a los interesados trámite de audiencia el 23 de mayo de 2022, y serles notificado en la misma fecha, se presenta escrito de alegaciones el 7 de junio de 2022 en las que se ratifican los términos de la reclamación inicial.

- El 21 de junio de 2022 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica del paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Previo a la fecha de inicio del proceso objeto de reclamación consta en la Historia Clínica:

**Alergia a los antiinflamatorios no esteroideos.*

**Hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico resecaado en el año 1988. Recidiva tumoral en el año 1997 (13 cm) con nueva resección (microscópicamente incompleta). Trasplante hepático el 20 de octubre de 2000 por lo que mantiene tratamiento inmunosupresor. Hepatoyeyunostomía. Diabetes Mellitus tipo 2 postcirugía. Hipertensión arterial. Síndrome depresivo. EPOC.*

**Diversas consultas relacionadas con dolor torácico, hombro derecho, rodilla derecha y región lumbar. Entre ellas:*

Dolor en costado derecho en el año 2006. Rx sin alteraciones significativas. Nuevos episodios el 26 de marzo de 2007, 10 de diciembre de 2012 y noviembre de 2015.

En fecha 21 de febrero de 2006 acude a su Médico de Familia con cuadro de lumbalgia después de sobreesfuerzo. En la exploración física: Dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar derecha que aumenta a la flexión y lateralizaciones de la espalda. Lasègue negativo. Nuevo cuadro de dolor lumbar el 5 de agosto de 2011, Lasègue +.

El 23 de marzo de 2015 acude a su Médico de Familia con dolor lumbar de perfil mecánico desde hace 4 días con poco alivio con paracetamol. En la exploración: Lasègue bilateral negativo. Dolor en ambas masas musculares lumbares que aumenta a la lateralización del tronco. Mejoría al día siguiente. Nuevos episodios de lumbalgia el 5 de abril y 2 de junio de 2015 y el 12 de noviembre de 2018.

Dolor en rodillas, brazo y hombro derecho en el año 2017. Seguimiento del dolor en hombro por Traumatólogo privado con infiltraciones, también cervicalgia. Nuevo episodio de dolor en hombro en marzo de 2018.

**En el año 2009 se deriva al Servicio de Neurología por trastorno de memoria.*

**El 18 de julio de 2012 consta como cuidadora su esposa para el baño, vestido, tareas instrumentales, con apoyo de una hija para limpieza de la casa. En trámite centro de día.*

**En seguimiento por Psiquiatría por reacción de adaptación con características emocionales mixtas. Ánimo bajo, déficits cognitivos. El 23 de noviembre de 2015 aporta informe de Psiquiatra privado de fecha 27 de octubre de 2015 que informa de clínica de tipo depresivo, desmotivación, desánimo, pérdida de interés. El 11 de marzo de 2016 consta diagnóstico de depresión.*

**Ingresa en el periodo 11-20 de febrero de 2015 en el Servicio de Digestivo para estudio por síndrome constitucional (pérdida de 4kg de peso y del apetito) y sudoración nocturna.*

En ecografía abdominal de 5 de noviembre de 2018 no se objetiva lesiones sugestivas de malignidad. Quiste simple en LHI de 6 cm ya en TAC de 11 de febrero de 2015.

2.- Estudios de imagen de tórax, pelvis y región lumbar solicitados.

**En fecha 10 de septiembre de 2012 se realiza TAC donde se objetiva moderados cambios artrósicos. Infarto óseo en octavo arco costal derecho, sin significación patológica y sin cambios: Parénquimas pulmonares visualizados globalmente bien ventilados, que presenta una imagen nodular subpleural en LII de 0,9 x 0,9 cm sólida, redondeada, bien delimitada, con pequeña calcificación en su interior y áreas de atenuación grasos compatible con pequeño hamartoma, sin significación patológica aparente. Presencia de 2-3 nódulos menores de 1 cm en base pulmonar derecha sólidos, redondeados, bien delimitados, homogéneos, sugestivos de granulomas, sin significación patológica. Lesión paravertebral derecha dorsal de 2,4 x 1,2 cm ovalada, bien delimitada, que ha aumentado muy discretamente con respecto al estudio previo de fecha 27 de noviembre de 2008 y que presenta valores de atenuación líquidos densos en su interior. Espacios pleurales libres.*

**TAC de fecha 17 de octubre 2013: Discreto aumento de tamaño hamartoma en LII: tamaño de la lesión nodular subpleural de LII 1,2 x 0,9 cm (previamente 0,9 x 0,9 cm en el 2012), sólida redondeada, bien delimitada, con pequeña calcificación en su interior y área de atenuación grasos, compatible con hamartoma. Opacidades redondeadas en vidrio deslustrado de distribución bilateral y predominio lóbulos superiores en probable relación con proceso infeccioso vs bronquiolitis respiratoria. La mayor de 2 cm LSD. Pequeños nódulos milimétricos en bases pulmonares sin cambios. Lesión paravertebral derecha dorsal de 2,4 x 1,2 cm (igual que en 2012) ovalada bien delimitada.*

Se realiza interconsulta desde el Servicio de Digestivo a Neumología el 5 de noviembre de 2013. Se recomienda TAC en mes y medio.

**TAC de Tórax, en (...), el 23 de enero de 2014: Nódulo pulmonar periférico en LSI de aproximadamente 13 mm, altamente sugestivo de hamartoma y sin cambios respecto a estudio previo de octubre de 2013. En el resto del parénquima pulmonar se observan varias*

áreas redondeadas en vidrio deslustrado, las mayores de ellas en lóbulos superiores (LSD de 18 mm, LSI de 14-13 mm) sin cambios respecto a los estudios previos. Nódulo subsólido en el LSD de 7 mm, si cambios. Lesión quística bien definida de aproximadamente 28 x 15 mm en el espacio paravertebral derecho en íntima relación con la 11ª articulación costo-vertebral, ya presente en estudios previos y sin cambios.

Nódulos centrolobulillares múltiples en vidrio deslustrado siendo el nódulo dominante de similar tamaño a estudio previo. Etiología a barajar bronquiolitis obliterante con afectación intersticial vs neumonitis por hipersensibilidad o secuela de afectación de espacio aéreo por infección previa u ocupación por sangre de espacio centrolubulillar. Quistes hepáticos a cotejar en estudios previos de 32 y 9 mm en LHI.

En febrero de 2014 se solicita por Neumología PCR CMV y Galactomanano que fue negativo. Se realiza broncoscopia. Citología BAS negativa para células tumorales malignas.

Realizada espirometría se le diagnostica de EPOC leve y se le pauta Spiriva respimat.

Desde 2015 en seguimiento por Neumólogo privado.

*TAC de 11 de febrero de 2015 sin cambio en las imágenes nodulares de vidrio deslustrado. En el segmento ápico-posterior del LSI región subpleural se aprecia una imagen nodular que en los ejes máximos mide 1,2 cm sin cambios respecto a estudio anterior. No adenopatías mediastínicas: Múltiples imágenes nodulares en vidrio deslustrado en ambos hemitórax que no presentan cambios, tanto en número como en tamaño, con respecto al control previo. En el segmento ápico-posterior del lóbulo superior izquierdo, en región subpleural, se aprecia una imagen nodular que en los ejes máximos mide 1,2 cm sin cambios con respecto al estudio anterior. No se aprecian adenopatías mediastínicas que tengan consideración significativa. Engrosamiento de la pleura paravertebral derecha de 1,2 cm, a la altura del lóbulo inferior derecho, sin cambios con respecto al control previo. Silueta cardíaca dentro de los límites de la normalidad. Hígado trasplantado con una vena porta de 1,6 cm a nivel del hilio hepático. En el segmento III del lóbulo hepático izquierdo se visualizan dos quistes de 3,8 y 1,2 cm. Se aprecia clip quirúrgico en el hilio hepático y en asa yeyunal. Bazo moderadamente agrandado de 14 cm en el eje axial. Ambos riñones con pequeños quistes y retracciones corticales que sugieren ser secundarias a episodios pielonefritis. Aorta ateromatosa con calcificación de las paredes, así como en las arterias mesentéricas y renales.

*El 25 de mayo de 2015 se realiza PET/TAC con hallazgos que sugieren patología infecciosa pulmonar como probable origen de la fiebre ya que es el único aspecto a destacar.

Aumento de captación en musculatura periisquiática izquierda en probable relación con patología inflamatoria de inserción.

*Doppler de trasplante hepático del 16-11-2017: Injerto hepático de tamaño y morfología normal, homogéneo, sin lesiones focales salvo quiste simple en LHI de 6 cm.

Venas suprahepáticas permeables. Porta dilatada en región de hilio hepático de hasta 2,2 cm, permeable, con flujo turbulento. Arteria hepática con onda espectral de morfología normal e índice resistencia de 0,7: Dentro límites normales. No se demuestra dilatación de vías biliares. Páncreas sin anomalías ecográficas visibles. Eje esplenoportal de calibre normal y permeable. Esplenomegalia homogénea de 13,5 cm con LOE ecogénica de 17 mm compatible ecográficamente con angioma esplénico. No se demuestra ascitis. Riñón derecho 11,5 cm de morfología normal con varios quistes simples el mayor tamaño cortical inferior a 2,5 cm. Riñón izquierdo de tamaño y morfología normal con quiste simple parenquimatoso en tercio medio de 2 cm. No se demuestran signos obstructivos. Vejiga poco distendida, no valorable.

3.- El 27 de agosto de 2019 acude a su Centro de Salud con cuadro de lumbalgia tras agacharse a coger algunas cosas del suelo. Discreta contractura, no limitación en la flexión anterior. Inicia tratamiento con Paracetamol/Tramadol (Zaldiar) ya que es alérgico a los AINES.

El 25 de septiembre acude al Centro de Salud con cuadro de lumbociatalgia desde hace 3 días. Dolor lumbar derecho que irradia a región glútea, punzante, no parestesias, empeora acostado, alivia en decúbito lateral izquierdo. Lasègue positivo a 30°, Bragard positivo. Se administra Tramadol y Urbason IM.

El 17 de noviembre de 2019 acude con cuadro de ciática aguda. Deambulando con cojera, refiere antecedentes de ciatalgia derecha, ahora dolor lumbar sin irradiación a miembros inferiores.

El 25 de noviembre de 2019 acude por no mejoría del dolor lumbar con el tratamiento pautado. Refiere dolor a nivel lumbar que irradia a miembro inferior derecho hasta el tobillo. En la exploración: Rectificación de columna lumbar con limitación de flexión anterior. Dolor a la palpación de la musculatura paravertebral D.? Lasègue derecho dudoso. Se solicita de forma urgente Rx de columna lumbosacra: Pinzamiento L4-L5, L5-S1, Cuerpo vertebral L5 no se continúa en cara anterior. En la consulta de su Médico de Familia del día siguiente se deja constancia de Rx columna lumbar: signos de artrosis con disminución espacio intervertebral L4-L5, L5-S1. Zaldiar 2-2-2.

4.- Acude a consulta de seguimiento de Digestivo el 3 de diciembre de 2019. Se describe analítica, se revisa ecodoppler y ecografía abdominal de 28 de noviembre de 2019. Se objetiva anemia sin ferropenia ni déficit de B12 ni de ácido fólico. Además, ya se hizo colonoscopia el año 2017. Se solicita interconsulta al Servicio de Hematología (cita el 19/05/2020).

En la misma fecha 3 de diciembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del HUNSC por dolor lumbar de un mes de evolución irradiado a miembro inferior derecho que no mejora

con tramadol y paracetamol. No signos de alarma. No déficit motor. Refiere mala tolerancia a dosis actual de Pontalsic 37,5/325 mg 2-2-2.

En la exploración física, dolor a la palpación de apófisis espinosas en la zona lumbar y musculatura paravertebral. No limitación eje axial. Molestias a la rotación y lateralización de la columna. Lasègue negativo. Rotación interna y externa no dolorosa.

Aporta TAC privado de 3 de diciembre que informa de disminución de la altura L5-S1 con disminución del calibre de conductos radiculares sin pinzamientos. Abombamiento anillos pulposos sin protusión discal.

Aporta Rx de 25 de noviembre de 2019 en la que se objetiva disminución de altura de L5.

JD: Lumbociática.

Se administra Urbason 40 mg.

Se recomiendan medidas físicas locales y paracetamol. Dadas las limitaciones farmacológicas se solicita valoración por la Unidad del Dolor de forma ambulatoria si no tiene mejoría.

5.- El 9 de diciembre de 2019 acude a su Centro de Salud. Se refleja la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del HUNSC el día 3 de diciembre, donde mantienen sólo paracetamol 1 gr vo c/6h y recomiendan derivación a la Unidad del Dolor.

Se realiza interconsulta al Servicio de Neurocirugía.

Inician Tapentadol a dosis bajas con intención de ascenso. Su hija refiere telefónicamente el 10 de diciembre mejoría con el nuevo tratamiento.

6.- El 12 de diciembre de 2019 es valorado en la Unidad del Dolor (UDO) bajo el diagnóstico de lumbociática derecha. En la misma fecha firma DCI para bloqueo caudal. Se incluye en LE.

Se le indica para el control del dolor tapentadol 25 mg 1-0-1 durante dos días y subir a 2-0-2, seguimiento por su Médico si precisa continuar pauta ascendente.

El 16 de diciembre comenta en el Centro de Salud alivio durante el día, con empeoramiento a partir de la tarde con sensación de ardor y calambres, le despierta por la noche. No incontinencia de esfínteres. Afebril. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Se reajusta tratamiento.

El 20 de diciembre de 2019 se realiza la técnica de Bloqueo Epidural caudal.

El 30 de diciembre su hija refiere que no ha habido mejoría franca. Que en el Servicio de Urgencias le pautaron durogesic en parche + eterococib vo c/12h y suspendieron tapentadol. En relación con los parches presentó desorientación, por los que suspendieron

lyrica y disminuyeron dosis de durogesin a 1 parche. En esa consulta se suspende eterococib y reintroducen lyrica.

7.- El 31 de diciembre de 2019 el Servicio de neurocirugía solicita RMN e interconsulta a la UDO.

8.- El 10 de enero de 2020 se programa cita domiciliaria desde Atención Primaria.

El 13 de enero es valorado en domicilio por limitación de la deambulaci3n. Por la tarde tiene cita para la RNM.

EXPLORACI3N: Somnoliento, consciente, orientado, colaborador. Mas aut3nomo en la movilizaci3n en la cama, imposibilidad de bipedestaci3n. Aumento de atrofia muscular (inmovilizaci3n, corticoides (...)). Dolor a la palpaci3n espinosas lumbares (L4-L5) con Lasègue dudosos. Dolor maniobras piramidal D (+) Cutáneo plantar indiferente en pie D, en flexi3n de pie I - PLAN DE ACTUACI3N GENERAL: Suspender celebrex Lyrica 100-0 100 Diazepam 5 0-0-1

9.- El 17 de enero acude al Centro de Salud trasladado por el 112 por intensificaci3n del dolor con incapacidad de la deambulaci3n y desorientaci3n con empeoramiento de su estado general.

Es traslado al HUNSC. Tras la consideraci3n de dolor cr3nico por el 112 el traslado debe ser solicitado a la mesa de transporte. La familia opta por trasladarlo en veh3culo particular.

Estando en seguimiento previamente en el Servicio de Hematolog3a por GMSI (gammapat3a monoclonal de significado incierto), ingresa en ese Servicio el 17 de enero de 2020 para control del dolor, GMI previa, descartar progresi3n a mieloma m3ltiple.

Plan: Reevaluaci3n de gammapat3a. Estudio de m3dula 3sea. Analgesia con m3rficos. Consulta a UDO.

Refiere dolor 3seo incapacitante en el 3ltimo mes y medio, que se ha agudizado, adem3s de anemizaci3n progresiva desde junio de 2019, desde 11 a 8,4 gr/dL de Hb. Ha sido tratado con analgesia tipo m3rficos (Fentanilo en parche) y se ha realizado un bloqueo analg3sico por la Unidad del Dolor.

Al ingreso, se administra analgesia con m3rficos (oxicodona de acci3n prolongada y r3pida). Se realiza aspirado de m3dula 3sea y reevaluaci3n de prote3nas en relaci3n con GMSI previa descart3ndose diagn3stico de Mieloma m3ltiple.

La UDO ajusta analgesia y recomienda valoraci3n por neurocirug3a para descartar patolog3a aguda que requiera tratamiento urgente.

En la valoraci3n por el Servicio de Neurocirug3a interconsultado por lumbalgia invalidante: Actualmente refiere dolor lumbar bajo (m3s derecho que en l3nea media) que se irradia a gl3teo derecho con incapacidad para la deambulaci3n que se ha presentado de

forma progresiva en las últimas semanas. Previamente refiere dolor lumbar intermitente de años de evolución y desde hace aproximadamente 2-3 meses dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho por glúteo derecho, cara anterior de muslo hasta 1/3 proximal de pierna derecha, dolor de elevada intensidad que empeora con la bipedestación y al deambular. Tratado el 20 de diciembre con bloqueo epidural, sin alivio. No ha realizado rehabilitación. En tratamiento con fentanilo, pregabalina y paracetamol sin alivio. Refiere algunas pérdidas urinarias en los últimos 5 días sin llegar a orinarse encima y sin alteración esfinteriana anal. Tampoco refiere hipoestesia ni traumatismo.

En la exploración física: NRL: Glasgow 15/15. Balance muscular 5/5 global incluida flexión dorsal y plantar de ambos pies y extensión de hallux. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. ROTs 2/4 simétricos excepto rotuliano izquierdo 3/4. Sensibilidad tacto-algésica conservada. Lasègue positivo en miembro inferior derecho. No Bragard. Dudoso Fabere derecho. Incapaz de ponerse de pie.

Se valora la RMN lumbar solicitada el 31 de diciembre y realizada el 13 de enero de 2020: Acuñaamiento medio y edema óseo en L2. Cambios discartróicos degenerativos en L4-L5 y L5-S1. Protrusión posterior en L3-L4, L4-L5 y L5-S1 con integridad de médula ósea.

Neurocirugía solicita nueva RMN lumbar que es realizada en el HUNSC el 17 de enero de 2020: Hallazgos sugestivos de infiltración parcheada y difusa de la médula ósea que sugiere afectación metastásica ósea difusa; sin identificar compresión radicular ni invasión del canal: Se identifican áreas de alteración de señal parcheadas de la médula ósea de los cuerpos vertebrales incluidos en el estudio (dorsales bajos, lumbares y sacros) así como parcheada de los elementos posteriores (incluidos los pedículos) asociando discreto componente expansivo y mínimo de partes blandas en algunas de las lesiones sin compresión radicular ni invasión del canal. Se identifica ligera pérdida de altura central por hundimiento de la plataforma somática inferior de L2, que puede estar en relación con componente de fractura patológica versus hernia discal intrasomática.

Juicio clínico: Lumbociática derecha. Metástasis ósea vertebral.

El paciente no presenta indicación de cirugía urgente dada la clínica (no déficit motor, sensitivo ni esfinteriano) y los hallazgos en RM lumbar. Se recomendamos control analgésico de dolor.

Con este resultado se solicita TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis para búsqueda de proceso neofornativo primario y afectación sistémica. Se concluye proceso neofornativo primario pulmonar en el LII (T2b N2 M1b).

Hallazgos en TAC toraco-abdominal y TAC toraco-abdomino-pélvico de fecha 21 de enero de 2020: Masa pulmonar de 43 mm aproximadamente en lóbulo inferior izquierdo con extensión a la región hilar ipsilateral, de bordes mal definidos, heterogénea y con calcificaciones en su interior, no presente en PET-TC previo del 2015. Compatible con un

proceso neofornativo primario pulmonar. Nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo de 18 mm de diámetro mayor, bien definido y con contenido graso en su interior. (Se compara con PET-TC previo del 2015 en el que medía 15 mm). Nódulos pulmonares en vidrio deslustrado bilaterales, que han aumentado de tamaño respecto al estudio previo. Adenopatías paratraqueales inferiores derechas, la mayor de ellas de 11,6mm de diámetro menor, probablemente patológica. Se visualizan otros ganglios mediastínicos de diámetro menor inferior a 10 mm, inespecíficos. Adenopatías en hilio hepático izquierdo de 12 mm de diámetro menor. Derrame pleural bilateral laminar. Injerto hepático de bordes lobulados, con lesión hipodensa (22UH) de bordes bien definidos de 12 mm de diámetro mayor en cúpula derecha, de aspecto sospechoso de malignidad. Se visualizan además al menos 3 lesiones sospechosas de similares características en segmento VI, VII-VIII, ninguna de ellas presentes en el estudio previo. Por otro lado, se identifican dos lesiones quísticas ya presentes en estudio previo, la mayor de 6 cm en el LHI. Riñones de aspecto atrófico, con pérdida de la diferenciación córtico-medular, sin signos de uropatía obstructiva. Lesión hipodensa en el polo inferior del riñón izquierdo, sospechosa de metástasis. Esplenomegalia de 15 cm. Páncreas con dilatación del conducto principal (5mm) sin objetivar causa. Lesión de aspecto quístico de 20mm, bien definida adyacente a la cola pancreática. Múltiples lesiones líticas en el esqueleto axial algunas asociadas a masa de partes blandas como las del pedículo derecho de T5 y L1 con mínima invasión del canal medular así como en la pala iliaca derecha. Masa de partes blandas paravertebral derecha de 17 x 35 mm. No otros hallazgos asociados.

El 21 de enero desorientado tras la administración de mórforo y con respiración entrecortada, que mejora con naloxona. Adormilado con Oxiconona. Previamente parche de fentanilo que no le calmaba el dolor. Se habla con UDO que suspende de momento el mórforo.

El 22 de enero la UDO realiza bloqueo epidural caudal y se añade tratamiento recomendado (corticoide IV pautado (dexametasona 4 mg /12 h), mantener neuromodulador a dosis crecientes (pregabalina) y un neuroléptico (por intolerancia a AINES y opioides mayores y menores) Haloperidol 10 gotas por la noche).

El 23 de enero en la exploración física orientado, refiere que cree que ha disminuido el dolor? ciertamente no se queja de dolor espontáneamente.

Avisan sobre las 16:30 por disconfort del paciente. Se informa a la familia presente que no desea, dado el estado del paciente, continuar estudios y se procede a instaurar medidas de confort, sedación paliativa, de mutuo acuerdo. Exitus el 23 de enero de 2020 a las 20:20 horas».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre),

procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

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

4. Pues bien, consta en el expediente informe del SIP, del que, una vez analizada la historia clínica del fallecido, y en virtud de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las siguientes consideraciones:

4.1. En relación con el diagnóstico de la patología del paciente.

En cuanto a este punto, los reclamantes consideran que *«tras el deterioro general y dolor invalidante durante 2 meses y medio no se le realizó la prueba*

diagnóstica RMN hasta 5 días antes de su muerte, 23 de enero de 2020, y el TAC hasta 2 días antes».

Pues bien, según se ha señalado en los antecedentes obrantes en la historia clínica del paciente, la sintomatología presentada durante los meses previos a su fallecimiento no resultaba novedosa respecto de su estado previo de varios años antes, por lo que las conclusiones diagnósticas y los tratamientos dispensados eran acordes con la sintomatología, a lo que ha de añadirse la realización de pruebas cuyos resultados no arrojaban ningún elemento que determinara distinta orientación del abordaje de su clínica.

En este sentido, señala el SIP:

«2.-En relación a trasplante hepático fue seguido periódicamente por el Servicio de Digestivo con inclusión de pruebas diagnósticas ecodoppler y ecografía abdominal que descartaron lesiones sugestivas de malignidad.

(...)

4.-Entre los antecedentes se encontraba ya trastorno de memoria, déficits cognitivos y clínica de trastorno depresivo en el 2015, en seguimiento por Neurología y así como dependencia para los cuidados descrita en julio de 2012.

5.-En relación al objeto de la reclamación y constando entre sus antecedentes cuadros de lumbalgia -febrero de 2006, agosto de 2011, marzo, abril y junio de 2015, noviembre de 2018 -, solicitó asistencia el 27 de agosto de 2019 por este motivo que inició "tras agacharse a coger una cosa del suelo."

A ello ha de añadirse, en cuanto a la pérdida de peso, que consta en sus antecedentes:

"Ingresa en el periodo 11-20 de febrero de 2015 en el Servicio de Digestivo para estudio por síndrome constitucional (pérdida de 4kg de peso y del apetito) y sudoración nocturna.

En ecografía abdominal de 5 de noviembre de 2018 no se objetiva lesiones sugestivas de malignidad. Quiste simple en LHI de 6 cm ya en TAC de 11 de febrero de 2015».

Además, en el contexto de la asistencia por la que se reclama consta:

«Acude a consulta de seguimiento de Digestivo el 3 de diciembre de 2019. Se describe analítica, se revisa ecodoppler y ecografía abdominal de 28 de noviembre de 2019. Se objetiva anemia sin ferropenia ni déficit de B12 ni de ácido fólico. Además, ya se hizo colonoscopia el año 2017. Se solicita interconsulta con Hematólogo».

Expuestos tales antecedentes, señala el SIP, en sus conclusiones:

«En esa fecha (27 de agosto de 2019) se indica tratamiento farmacológico en el contexto de su alergia a AINES.

La siguiente solicitud de asistencia por lumbociática se sitúa un mes más tarde, el 25 de septiembre de 2019 y refiere su inicio hacía 3 días.

Trascurren dos meses, 17 de noviembre, hasta la siguiente consulta por cuadro de lumbociática.

Se realizaron pruebas complementarias e interconsultas a especialistas en el abordaje del cuadro del paciente.

El 25 de noviembre refiere no mejoría del dolor y se solicita Rx de columna lumbosacra en la que se objetiva pinzamiento L4-L5, L5-S1, cuerpo vertebral L5 no se continúa en cara anterior dejando constancia su Médico en la consulta del día siguiente signos de artrosis con disminución espacio intervertebral L4-L5, L5-S1.

La imagen visualizada en la prueba complementaria radiográfica justificaba la clínica presentada por el paciente.

En congruencia con este resultado presenta, en la asistencia en el Servicio de Urgencias del HUNSC el 3 de diciembre de 2019, TAC privado de esa fecha que informa de disminución de la altura L5-S1 con disminución del calibre de los conductos radicales sin pinzamiento. Se descartó síndrome de cauda equina y déficit motor en miembro inferior que hubieran precisado abordaje urgente y en el TAC no se describen lesiones alarmantes. En esa fecha dada las limitaciones farmacológicas del paciente y a pesar de indicársele medidas farmacológicas se realiza interconsulta a la Unidad del Dolor para su manejo.

Valorado en esta Unidad se le indica, el 12 de diciembre, realización de bloqueo caudal y manejo del dolor con Tapentadol (analgésico opioide de acción central utilizado en el dolor agudo moderado-severo).

Por tanto, observamos que el diagnóstico se mantuvo en coherencia con la clínica y las pruebas realizadas RX y TAC lumbar e indicándose tratamiento farmacológico y control por la Unidad del Dolor.

Realizado el bloqueo caudal el 20 de diciembre, día 30 de diciembre expresa no mejoría. Se le pauta opioides con necesidad posterior de reajustar la dosis por desorientación por efecto de los mismos.

El 31 de diciembre de 2019 fue valorado por el Servicio de Neurocirugía NCR que solicita la prueba a la que hacen referencia los reclamantes, RMN lumbar. En Rx disminución de altura de espacio discal L4-L5 y L5-S1 aunando a osteofitos anteriores, compatible con espondiloartrosis.

Al tratarse de clínica de dolor sin déficit motor, ni sensitivo ni esfinteriano no estaba indicada la cirugía. Se indica alivio del dolor con tratamiento médico farmacológico,

valoración por la UDO y remisión a consultas externas de ese Servicio, Neurocirugía, para estudio ambulatorio y valoración de ella RMN lumbar solicitada de forma preferente.

En la prueba solicitada el 31 de diciembre, realizada el 13 de enero de 2020, se objetiva: Acuñaamiento medio y edema óseo en L2. Cambios disartrósicos degenerativos en L4-L5 y L5-S1. Protusión posterior en L3-L4, L4-L5 y L5-S1 con integridad de médula ósea. Por tanto, en la línea de los estudios previos. De esta prueba no se derivó necesidad de intervención quirúrgica o de ingreso por el Servicio de Neurocirugía.

Por tanto, realizada la prueba a la que hace referencia los reclamantes no se objetivó la imagen observada en la misma prueba realizada el 17 de enero de 2020, en este último caso "hallazgos sugestivos de infiltración parcheada y difusa de médula ósea que sugiere afectación metastásica ósea difusa; sin identificar compresión radicular ni invasión del canal".

6.-En la búsqueda de proceso neofornativo primario se realizó TAC el 17 de enero que objetiva imagen compatible con proceso neofornativo primario pulmonar.

En el paciente se había realizado estudios, años 2014-2015, mediante TAC y en seguimiento por Neumología se realizó citología de broncoaspirado (BAS) que resultó negativa para malignidad. Desde 2015 consta seguimiento por neumólogo privado."

Así vemos que se realizaron en todo momento las pruebas precisas ante la sintomatología del paciente, que no arrojaban datos de malignidad.

Por último, respecto de la valoración de las resonancias a las que hacen referencia los reclamantes, señala adecuadamente la Propuesta de Resolución:

«El 31 de diciembre de 2019 fue valorado por el Servicio de Neurocirugía NCR que solicita la prueba a la que hacen referencia los reclamantes, RMN lumbar. En Rx disminución de altura de espacio discal L4-L5 y L5-S1 aunando a osteofitos anteriores, compatible con espondiloartrosis.

Al tratarse de clínica de dolor sin déficit motor, ni sensitivo ni esfinteriano no estaba indicada la cirugía. Se indica alivio del dolor con tratamiento médico farmacológico, valoración por la UDO y remisión a consultas externas de ese Servicio, Neurocirugía, para estudio ambulatorio y valoración de ella RMN lumbar solicitada de forma preferente.

En la prueba solicitada el 31 de diciembre, realizada el 13 de enero de 2020, se objetiva: Acuñaamiento medio y edema óseo en L2. Cambios disartrósicos degenerativos en L4-L5 y L5-S1. Protusión posterior en L3-L4, L4-L5 y L5-S1 con integridad de médula ósea. Por tanto, en la línea de los estudios previos. De esta prueba no se derivó necesidad de intervención quirúrgica o de ingreso por el Servicio de Neurocirugía.

Por tanto, realizada la prueba a la que hace referencia los reclamantes no se objetivó la imagen observada en la misma prueba realizada el 17 de enero de 2020, en este último caso «hallazgos sugestivos de infiltración parcheada y difusa de médula ósea que sugiere afectación metastásica ósea difusa; sin identificar compresión radicular ni invasión del canal».

Es decir, en cada momento, las pruebas realizadas objetivaron distintos resultados y, por ende, procedía distinta actuación terapéutica.

4.2. En relación con los tratamientos dispensados al paciente.

En cuanto a este punto, los reclamantes consideran que *«el sufrimiento de (...) y el de su familia pudo ser evitado si el Servicio Canario de la Salud le hubiese proporcionado un tratamiento efectivo para aliviar el intenso y permanente dolor que tantas semanas padeció y no se hubiese demorado tanto el diagnóstico de su enfermedad».*

Pues bien, en relación con este punto debe señalarse que el paciente era alérgico a los AINES, por lo que se le pautó en todo momento tratamiento acorde con ello, con su clínica y con los datos arrojados por las pruebas realizadas.

En este sentido, el informe del SIP señala:

«Para el abordaje del dolor destaca que el paciente presentaba alergia a los AINES (antiinflamatorios no esteroideos). Informa el Médico de Familia que abordar el dolor presentado se ha seguido las recomendaciones del tratamiento del dolor de la OMS adaptado al tipo de dolor e intensidad teniendo en cuenta su comorbilidad y modificándolo según respuesta».

Así, además de los tratamientos farmacológicos disponibles para el paciente, constando el 10 de diciembre de 2019 que *"su hija refiere telefónicamente el 10 de diciembre mejoría con el nuevo tratamiento"*, y dado que, a pesar de ello volvía al dolor, se valoró en la Unidad del Dolor (UDO) bajo el diagnóstico de lumbociática derecha, realizándose el 20 de diciembre de 2019 la técnica de Bloqueo Epidural caudal.

Como se pudo comprobar el día 23 de enero de 2021, esto es, cinco días después del diagnóstico definitivo, las medidas terapéuticas fueron las únicas disponibles para abordar el dolor del paciente, pues, llegados al diagnóstico se determina la imposibilidad de mejorar aquél, siendo precisa la sedación que precede a su óbito.

A todo ello ha de añadirse, pues se alude a ello en la reclamación de los interesados, que, si bien el paciente no fue trasladado el día 23 por ambulancia a urgencias hospitalarias desde el Centro de Salud, ello queda adecuadamente justificado mediante el informe del SUC, pues el paciente no era candidato a ello

dado que su patología era crónica, por lo que no procedía destinar un transporte urgente para una patología que, además, demostró ser mortal de necesidad, sin que hubiera determinado cambio alguno el transporte urgente mediante ambulancia.

Al respecto, señala el referido informe del SUC: «Se priorizó el alivio “in situ” del paciente con patología crónica no tiempo dependiente a dejar sin la única ambulancia de urgencias de la zona a toda la población».

En todo caso, *de facto*, ello no pudo tener incidencia alguna ya que fue suplida inmediatamente por el transporte privado llevado a cabo por las hijas del paciente, señalando el referido informe:

«A las 10:39, (...), llegaba en vehículo particular a Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria sin que en ningún momento, la familia llamara para anular la ambulancia de la MTSNU, siendo como consta más arriba, el propio centro de salud quien lo anula a esa misma hora».

5. Por su parte, los interesados no han aportado prueba alguna que permita considerar que los servicios sanitarios hayan actuado en la asistencia sanitaria prestada de manera contraria a la *lex artis ad hoc*, aún cuando, desgraciadamente, el paciente haya fallecido.

6. Este Consejo Consultivo de forma reiterada y constante ha mantenido acerca de la distribución de la carga de la prueba, que conforme a lo dispuesto en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante (aquí reclamante) la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos alegados (por todos, DCCC 567/2018), siendo esta doctrina plenamente aplicable al asunto que nos ocupa.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho alegados por el interesado 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. Los reclamantes no aportan 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 del informe del SIP, se concluye la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*, por lo que debe desestimarse la pretensión resarcitoria de los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación de los interesados.