



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 5 0 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 5 de diciembre de 2017.

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 su propio nombre y en representación de (...), (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 421/2017 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual tramitado por el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 29 de diciembre de 2014 por (...), actuando en su propio nombre y en representación de (...), (...), (...), (...), (...) y (...), solicitando una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS por su hijo, en el caso de los dos primeros representados, y hermano, en el caso de los restantes, (...), que finalmente falleció.

2. Los interesados cuantifican la indemnización que solicitan en 206.755,03 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad 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 el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

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

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la 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.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este 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.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. Los reclamantes fundan su reclamación en los siguientes hechos:

- Los hechos se inician como consecuencia de los dolores que el enfermo, hijo y hermano de los interesados, padecía a nivel suprapúbico, de difícil tipificación según el criterio de los médicos que le asistieron. Acudió con frecuencia a la consultas tanto del Médico de Atención Primaria, en adelante MAP, como de los servicios de

Cirugía, de Digestología, de Urología e incluso de Traumatología del Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, en La Gomera, y del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife, y más tarde a los de Hematología y Oncología, sometiéndose a las múltiples pruebas y tratamientos que le fueron prescritos.

- Dado que a pesar de los diversos tratamientos los dolores no remitían, el Cirujano solicitó en dos ocasiones TAC abdominopélvico y ecografías en las que no se apreció la causa de las molestias, por lo que solicitó consultas al Urólogo y al Traumatólogo sin que tampoco se llegara a conocer la causa de las graves molestias que sufría, pues la bursitis trocantérea y la hiperplasia prostática que le fueron detectadas inicialmente no justificaban tales padecimientos. Con ello nos encontramos ante una situación que, cuando menos, es sospechosa de que desde la fase inicial, no se le prestó la atención que el caso requería; pues, tal como en todo momento quedó acreditado, los padecimientos eran reales y la causa que los producía fue hallada cuando se practicaron las pruebas aptas para descubrirla; sin embargo, tal hallazgo se produjo después de los largos periodos de tiempo que fueron transcurriendo a partir de la fecha en la que el Servicio Canario de la Salud tuvo conocimiento de los primeros síntomas concretos, que fue la de 3 de febrero de 2009.

- Sintetizando la valoración pericial médica y arrancando desde la consulta de Cirugía del 3 de febrero de 2009, se constata que desde el momento en el que acude a dicha consulta, remitido por el MAP por presentar dolor abdominal, dolores en bajo vientre y dolores suprapúbicos y hasta la fecha de su fallecimiento ocurrido el 13-02-14, transcurrieron 5 años y 11 días, o si se prefiere 1.726 días, los cuales fueron para todos los familiares, y principalmente para el mismo afectado, cinco años y once días de profundo dolor y sufrimiento, no sólo por lo que lleva implícito el interminable número de pruebas y tratamientos a los que tuvo que someterse su hijo y hermano, sino también por la angustia, desesperación e incertidumbre que producía en el ánimo de todos el ver, desde la mayor impotencia, que una tras otra de las pruebas y tratamientos médicos aplicados iban fracasando, lo que evidencia el calvario al que se vio sometido durante tantos años y el sufrimiento que tanto él como toda la familia ha padecido y el dolor que su muerte les ha causado a todos, especialmente a sus padres por su edad y por su proximidad física, que se explica porque el paciente estaba soltero y los tres residían en el mismo domicilio, por lo que tras su fallecimiento a tan temprana edad no sólo se ven privados ahora de su filial y

fraternal compañía, sino también de la asistencia, auxilio y cuidados que él siempre prestó a sus progenitores.

En definitiva, reclaman una indemnización, por pérdida de oportunidad, cuantificada en 206.755,03 euros.

2. El SIP, a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos como sigue:

- Paciente varón de 51 años sin antecedentes personales de interés que en enero de 1995, con 32 años de edad, acude a Urgencias del Hospital de la Gomera por iniciativa propia con cuadro de gastroenteritis sin vómitos y con fiebre. Ingresa en el hospital es valorado por internista. Se realiza estudio analítico y coprocultivo. El paciente refiere picor anal y que en otras ocasiones ha tenido lombrices. Se da alta el 5 de enero de 2005.

- El día 13 de marzo de 2008 acude a Servicio de Urología, remitido por MF por: Síndrome subjetivo de hipertrofia benigna de próstata. Pendiente de Urología. Exploración: Hernia umbilical no complicada operar local. Firma el consentimiento informado para intervención de hernia.

- El día 3 de abril de 2008 se hace EKG y se toma la tensión arterial en Médico de Familia. Está pendiente de intervención de hernia umbilical.

- El día 12 de junio de 2008 El paciente acude a su MF refiriendo molestias en bajo vientre y escalofríos. A la exploración es totalmente normal y solicita analítica.

- El día 16 de junio de 2008, según informe del Urólogo (...) «Acude a consulta de Urología remitido por molestias hipogástricas difusas irradiadas a ambas ingles como única sintomatología. Desde el punto de vista urológico presentaba una frecuencia miccional nocturna de 1-2 veces, y un PSA de 0,5.

Se realiza exploración no apreciando patología urológica, salvo cultivo de semen positivo a Staphilococcus Aureus que es tratado con antibioterapia.

- El día 22 de julio de 2008 acude a su MF "Continúa con molestias en hipogastrio a pesar del tratamiento antibiótico.

Exploración: «Dado el cuadro que presenta ha mejorado pero no de forma satisfactoria. Se remite a Urología para valoración y tratamiento oportuno».

Diagnóstico Prostatismo. Trato. Ciprotloxacino 500/12 horas.

En 26 de julio de 2008 acude a Urología para control evolutivo siguiendo con misma sintomatología. Exploración física anodina. Se solicita Ecografía Renovesicoprostática.

- El día 22 de agosto de 2008. Informe Radiológico: Molestias hipogástricas en varón de 45 años. Ecografía Renovesicoprostática:

«Se observa próstata de tamaño aumentado, con morfología normal, con calcificaciones asociadas. Ambos riñones normales».

- El día 10 de septiembre de 2008 En MF acude recoger cultivo de semen: Negativo.

- El día 8 de octubre de 2008 acude a su MF: «Refiere que tras hacer un esfuerzo presenta dolor en hipogastrio. Exploración: Cultivo de semen».

- El día 17 de noviembre de 2008 visto por MF que escribe: «Visto por urología, que recomienda estudio de columna lumbo-sacra. Próximo control al año». Diagnóstico: Lumbago.

Plan de actuación: Recomendando RX de columna lumbo-sacra A-P, L y oblicua.

- El día 24 de noviembre de 2008 acude a MF para valorar RX de columna. «No aprecio patología ósea». Remite a interconsulta de Cirugía en Hospital de la Gomera. «Paciente conocido por ustedes para intervención de hernia inguinal. Ruego valoración».

- El día 3 de febrero de 2009 acude nuevamente a Cirugía remitido por el Médico de AP por «Dolor en región suprapúbica que aumenta con el esfuerzo». Se Solicita: TAC abdominal. Analítica + Marcadores tumorales. No operar.

- El día 12 de febrero de 2009 en Servicio de Radiología para realizar TAC abdómino-pélvico remitido desde cirugía.

- El día 6 de marzo de 2009 revisión por Urología con Ecografía Reno Vésico Uretral: NORMAL. Dolor mecánico: Alta por Urología.

- El día 24 de marzo de 2009 visto de nuevo en consulta de Cirugía. «Paciente en estudio por dolores erráticos. Suprapúbicos y a nivel Lumbar mal definidos». Resultados estudios realizados previamente: TAC: Normal. Y Analíticas: Normal. Control en 3 meses.

- El día 25 de junio de 2009 visto de nuevo control por Cirugía: «Paciente igual. Yo no aprecio causa física que justifique el dolor». Solicito valoración por traumatología.

- El día 16 de noviembre de 2009. Paciente enviado por Servicio de Cirugía a Traumatología por presentar «dolor abdominal bajo». Siendo la exploración del pubis negativa. Se recomiendan ejercicios musculares y natación.

- El día 28 de diciembre de 2009 Informa el médico de AP: «Paciente conocido por ustedes: Continúa con dolor en pubis visto por urología, traumatología y por cirugía, no le han encontrado patología alguna. Continúa con misma sintomatología. Es remitido a interconsulta de Cirugía. Ruego valoración y tratamiento. Presenta hernia umbilical valorada por ustedes en una ocasión».

- El día 18 de enero de 2010 el paciente acude al MF por tos y expectoración.

- El día 4 de febrero de 2010 Acude de nuevo a Cirugía: «Paciente que acude por dolores en región suprapúbica mal definido. El paciente presenta importante componente de ansiedad. A la exploración no identifico causa que lo justifique». «Solicito para descartar patología orgánica: TAC inguino-pélvico. Y analítica completa con marcadores tumorales».

- El 14 de marzo de 2010 firma consentimiento informado para realizar exploración con contraste yodado.

- El día 20 de abril de 2010 resultado del TAC abdominopélvico: Extensa diverticulosis colónica, sin signos inflamatorios asociados, quiste hepático simple.

- El día 1 de junio de 2010 el paciente acude a consulta de cirugía, TAC normal, analítica normal. «No veo patología física que justifique el dolor por lo que se remite a consulta de Digestivo y Urología».

- El día 16 de julio de 2010 el paciente es visto en Consulta de especialista en Digestivo, donde consta: Paciente varón de 47 años enviado por dolor abdominal inespecífico. Desde hace 3 años refiere molestias en tercio inferior abdominal y diarreas que aparecen cuando hace esfuerzos y al estar sentado. No refiere alteraciones del ritmo intestinal ni productos patológicos en las heces. No tiene pérdida de peso. A la exploración tiene dolor en el tercio inferior abdominal. Ha sido valorado por urólogo que no ha encontrado patología. El especialista escribe como Juicio diagnóstico: Dolor muscular y solicita analítica y Ecografía. Tomar paracetamol.

- El día 28 de agosto de 2010. Se le realiza ecografía de abdomen completo, incluyendo riñones. Siendo el Informe: «Hígado normal con dos quistes hepáticos simples,

páncreas normal, riñones normales, bazo y aorta normales. Presencia de imágenes sugestivas de divertículos en pared de sigma> sin signos de diverticulitis».

- El 30 de agosto de 2010 vuelve a acudir a urología por persistencia de la sintomatología aportando en ese momento ecografía abdominal no apreciando patología urológica y como único hallazgo recogido es la existencia de divertículos en colon. Dado que estaba controlado en digestivo se decide alta y seguimiento por ellos.

- El día 9 de septiembre de 2010 desde hace 4 días presenta dolor a la deglución, sin síntomas acompañantes. Faringitis aguda.

- Con fecha 27 de septiembre de 2010 se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste. Destacando Hallazgos: Hígado homogéneo con dos quistes hepáticos simples, bazo y páncreas normales. Discreto aumento de próstata. En probable relación con Hipertrofia Prostática Benigna. Llama la atención la presencia de múltiples y pequeños divertículos colónicos de predominio en sigma sin signos inflamatorios asociados.

- El día 2 de octubre de 2010 Visto de nuevo en digestivo. Bioquímica: Normal. Ecografía Normal. TAC abdominal: Hipertrofia prostática. El dolor no tiene relación con la deposición. El dolor tiene relación con el esfuerzo. Juicio diagnóstico: Dolor muscular. Remite al Traumatólogo. El Urólogo le ha dicho que no es prostático.

- El día 28 de diciembre de 2010 Visto en Traumatología dolor en ambas caderas al flexionar las caderas negativo. Indica y solicita: Gammagrafía ósea y RMN de ambas caderas.

- El día 4 de febrero de 2011. Se realiza estudio específico de caderas además de estudio comparativo axial y coronal de ambas caderas por RMN. Como conclusión: Signos de bursitis trocantérea de predominio izquierdo, valorar clínicamente.

- El día 29 de marzo de 2011 se realiza estudio GAMMAGRAFICO en Medicina Nuclear del HNSC: Los hallazgos observados son sugestivos de patología osteo articular benigna de ambas coxofemorales y de la región lumbosacra. Se valorará clínicamente la existencia de sacroileitis bilateral. En la imagen de cuerpo completo no se objetivan otros hallazgos significativos.

- El día 19 de mayo de 2011 visto por Traumatólogo. Escribe: Gammagrafía ósea. Sacroileitis bilateral. Pauto ibuprofeno y omeprazol.

- El día 28 de julio de 2011 el paciente acude al SU por cuadro dolor abdominal de comienzo brusco, con sensación de ganas de defecar, sin fiebre ni otra sintomatología. Analíticas y RX. Normales. Se pauta buscapina, control expectante y control preferente con cirugía.

- El día 29 de julio de 2011 Estudio Radiológico tóraco-abdominal.

- El día 17 de agosto de 2011 El paciente es visto de nuevo en consulta de Digestivo por referir estreñimiento y rectorragia. Se decide solicitar COLONOSCOPIA.

- El día 05-06-2012 Remitido a dermatólogo desde AP por «presenta lesión en región malar izquierda. Juicio diagnóstico lunar. Además es remitido a interconsulta de Oftalmología para valoración «por pérdida de visión».

- El día 01-07-2012 se realiza Colonoscopia: En colon ascendente proximal, justo sobre la válvula ileocecal, se localiza un pólipo de crecimiento lateral y patrón granuloso, de bordes geográficos irregulares. Este pólipo no es resecable endoscópicamente. Se toman biopsias para estudio anatomopatológico prequirúrgico (frasco 1). En sigma distal se localiza un pólipo semi-pediculado de unos 4mm de diámetro. Se reseca con asa de diatermia y se recupera para estudio anatomopatológico (frasco 2). El sigma aparece espástico, con numerosos divertículos de pequeño tamaño, sin signos de complicaciones. DIAGNÓSTICO:

a) Pólipo de crecimiento lateral y patrón granuloso en colon ascendente, no resecable endoscópicamente. Biopsias.

b) Pólipo de sigma. Poliplectomía.

c) Divertículos de sigma.

- El día 11-07-2012, informe de resultados de la biopsia endoscópica de pólipos de sigma y válvula ileocecal:

a) Válvula ileocecal. Pólipo. Biopsia endoscópica: fragmentos de ADENOMA TUBULAR. Sin evidencia de displasia epitelial de alto grado.

b) Sigma distal: Pólipo. Poliplectomía endoscópica: ADENOMA TUBULAR. Sin evidencia de displasia epitelial de alto grado. Margen de resección libre de cambios adenomatosos.

- El día 21-08-2012 acude a Digestivo con resultado de Colonoscopia:

a) Pólipo de crecimiento lateral y patrón purulento en colon ascendente. (No resecable).

b) Pólipo de Lyman. Anatomía Patológica: Adenoma tubular sin displasia.

Remite a digestivo para control.

- El día 19-11-2012 Solicita informe para trabajo por cuadro gripal.

- El día 27-10-2012 Informe de Consulta de APARATO DIGESTIVO en HNSrG: «Paciente de 49 años remitido para control de pólipo de colon. Se trata de un pólipo plano de crecimiento lateral y patrón granuloso que se sitúa en colon ascendente proximal, justo sobre la válvula ileocecal y se extiende sobre dos haustras. El estudio anatomopatológico mostró un adenoma tubular sin displasia de alto grado. Colonoscopia (1/07/2012). En colon ascendente proximal, justo sobre la válvula íleocecal, se localiza un pólipo de crecimiento lateral y patrón granuloso, de bordes geográficos irregulares, que ocupa al menos dos haustras y 30% de la luz del colon. Este pólipo no es resecable endoscópicamente. No se considera oportuno ni programar la resección ni el marcaje del pólipo. AF: Una hermana intervenida de pólipos de colon. IMPRESIÓN: Se trata de un pólipo que debido a su extensión y localización es subsidiario de tratamiento endoscópico. Se recomienda valoración por Cirugía de cara a una resección quirúrgica. PLAN: se remite al Servicio de Cirugía.

- El día 04-01-2013. El Médico de familia remite al paciente preferente a HEMATOLOGÍA. Motivo de interconsulta: Paciente del cual hablamos por teléfono. Ruego valorar. «Paciente que tras la realización de colonoscopia presenta pólipo que no es resecable, se envía a Dr. (...) el cual envía a digestivo en el mes de agosto y esta es la fecha que no le han avisado». «Hablo con el Dr. (...) el cual recomienda hacer analítica y sangre oculta en heces y valorar el próximo miércoles».

El día 11-01-2013 visto por primera vez en consulta de hematología. Juicio clínico: Anemia a estudio. Pendiente analítica completa. Eco + TAC abdominal.

- El día 25-01-2013. Se realiza ENEMA OPACO al paciente cuyo informe Radiológico: «El enema opaco nos muestra la existencia de algunos divertículos en el colon descendente y sigma. Imágenes compatibles con una diverticulosis. En la proyección post-evacuación se aprecia en colon ascendente sobre la región de la válvula íleo-cecal un pequeño defecto sin contrastar de morfología nodular de dudosa valoración si puede corresponder al pólipo que se apreció en la colonoscopia de julio de 2012».

- El día 31-01-2013 es citado nuevamente el paciente en la consulta de CIRUGÍA y a la vista del informe redactado por el SERVICIO DE DIGESTIVO, Dr. (...), no queda otra opción que abordaje quirúrgico, por lo que se remite en esta fecha de forma

preferente al hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, servicio de cirugía, Unidad de Coloproctología.

- El día 27-02-2013 Control hematología.

- El día 15-03-2013 ecografía de abdomen completo incluye renal: «El estudio ecográfico de abdomen nos muestra un hígado discretamente hiperecoico: compatible con una incipiente esteatosis hepática. No se observan imágenes de LOES. Vesícula biliar. Páncreas. Bazo. Riñones normales. No se observan imágenes de masas, ni adenopatías, así como tampoco colecciones líquidas. Próstata hiperecoica con discreto aumento de tamaño. Resto estudio sin imágenes significativas.

- El día 10-04-2013. Se realiza TAC Tóraco-Abdominal y Hepático con contraste: Paciente de 49 años de edad en estudio por anemia. A la Exploración Física hepatomegalia de dos traveses de dedo. En colonoscopia en julio de 2012 pólipo en colon ascendente no resecable por endoscopia. Valorar patología hepática y presencia de masas en colon.

No imágenes sugestivas de patología en tórax.

En abdomen se aprecian engrosamiento de tejidos y defectos de repleción en colon ascendente a nivel de ciego compatible con un carcinoma a nivel del mismo acompañado de adenopatías pericolónicas.

En hígado imágenes hipodensas compatibles con quistes hepáticos.

Conclusión: Estudio que muestra imágenes compatibles con un carcinoma de colon ascetulente con adenopatías peri-colónicas.

- El día 24-05-2013 se realiza analítica en HUNSC siendo el Hemograma y bioquímica normal.

El día 22-05-2013 el paciente acude al Servido de Cirugía del HUNSC: "El paciente en estudio por cuadro de molestias en hemiabdomen inferior y caderas se realiza colonoscopia el día 1-07-2012 que evidenció:

- pólipo en sigma extirpado sin displasia.

- pólipo en crecimiento lateral; no resecable junto a válvula íleocecal con biopsia sin displasia. El paciente no acude a revisión hasta hace 1 mes, aportando: Eco: normal. Enema opaco: divertículos en sigma, pequeño defecto en colon ascendente ileocecal con defecto de repleción.

TAC: imágenes compatibles con posible adenocarcinoma colon derecho, con adenopatías. Plan: Lista de espera. Consentimiento informado cirugía y Preadnestesia. Pruebas cruzadas. Analítica y marcadores tumorales.

- El día 03-06-2013 Acude a control a Cirugía al H. N. Sra. G. Situación Estable. TAC abdomen: Cáncer de colon ascendente. Pendiente de interconsulta en el HUNSC. Plan: Pendiente de hemicolectomía derecha.

- El día 17-06-2013 el paciente Ingresa programado en Cirugía General HUNSC para estudio y tratamiento quirúrgico de neoplasia de colon derecho.

Historia Actual: paciente estudiado por hallazgo incidental en TAC (en la Gomera) por otro motivo, que impresionaba de lesión en colon.

- El día 19-06-2013. Se realiza Colonoscopia urgente para control de pólipos. INFORME: inspección y tacto rectal normales. Se introduce el colonoscopio hasta fondo de saco cecal. En colon ascendente proximal en el segundo pliegue desde la válvula ileocecal se observa patrón granuloso, irregular, aspecto neoplásico y base amplia, que ocupa casi el 50% de la circunferencia, no es subsidiario de tratamiento endoscópico. Se toman varias biopsias aleatorias para estudio anatomopatológico.

DIAGNÓSTICO: Pólipo en colon ascendente. Biopsias.

- El día 23-06-2013 con el Diagnóstico principal de: Adenocarcinoma de colon derecho. Hemicolectomía derecha laparoscópica. Siendo el postoperatorio evolutivamente satisfactorio.

- El día 25-06-2013. Informe ANATOMO PATOLÓGICO de pieza Colectomía tumoral: Fragmentos superficiales de Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado focal. Adenocarcinoma de bajo grado histológico, con áreas mucinosas, sobre Adenoma tubulo-velloso de ciego-colon ascendente. Estadíaje patológico (TNM 7'). T3 N2a Mx.

- El día 03-07-2013 Se procede alta hospitalaria con seguimiento y control por su Médico de cabecera y Especialista de Zona. Reiniciar tratamiento habitual bajo su control. Control en consultas externas de Cirugía digestiva el día 24 de julio.

- El día 03-07-2013 se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste solicitado por Cirugía general y Digestiva en HUNSC y se compara con el estudio realizado el día 10-04-2013.

CONCLUSIÓN

- Ausencia de hemicolon derecho. Recidiva en región de anastomosis en segmento IV de aproximadamente 5 cm.

- Adenopatías locales tumorales, la mayor de 0,9 x 0,6. Infiltración tumoral de la grasa local.

- Metástasis hepáticas múltiples (más de 80), la mayor un conglomerado de 6,4 x 4,6 cm, que no se apreciaba en el estudio previo de fecha 10-04-2013.

- Adenopatías tumorales en hilio hepático.

- Mínima cantidad de líquido libre en pelvis.

- El día 09-07-2013. Intervenido de adenocarcinoma de colon. Presenta LOE en hígado de gran tamaño, pendiente de valorar por oncología: Diagnóstico: CARCINOMA DE COLON (INICIO).

El día 16-07-2013. MF: «Paciente nuevo en el cupo. Aporta informe de alta HUNSC por Cirugía digestiva con diagnóstico de Adenocarcinoma de colon derecho. Hemicolectomía derecha laparoscópica (TJN 1). LOE hepática en segmento IV».

El día 24-07-2013 en seguimiento por Cirugía gástrica «Paciente operado de neo de colon estadio IV con múltiples metástasis. Asintomático desde el punto de vista digestivo.

Hablo con radiología y le informo de que el TAC se hizo una semana de la cirugía, con lo cual los datos de la anastomosis pueden ser reacción inflamatoria. Recomiendan TAC de control a mitad de tratamiento de quimioterapia, pendiente de valoración por oncología médica. Se solicita analítica con marcadores».

- El día 29-07-2013 Visto por oncología: Pendiente de quimioterapia 0608-2013. Colocación de reservorio el día antes. Añaden trato. con quimioterapia vía oral en pauta descendente.

Refiere menos dolor y malestar. Acudió a homeópata para reajuste de dieta.

- El día 13-08-2013 Primera sesión de quimio bien tolerada. No fiebre nauseas o vómitos, no dolor si molestias que ceden con paracetamol.

- El día 26-08-2013 Acude a urgencias por hemorroides externas dolorosas.

- El día 30-08-2013 acude a MF por hemorroides, van mejor. No sangrado mejora el dolor. Control de estreñimiento y diarrea.

- El día 19-09-2013 El paciente acude al servicio de Urgencias del HUNSC por cuadro febril de 24 horas de evolución y varios episodios de tiritona. Ayer se realizó

limpieza dental. Queda ingresado en Servicio de Oncología con diagnóstico de: Neutropenia febril. Carcinoma de colon estadio IV por afectación hepática en curso de quimioterapia paliativa. Siendo alta el día 23-09-2013.

- El día 22-10-2013 Sesión en septiembre de quimioterapia suspendida por neutropenia. Última dada con buena tolerancia. No dolor, mejor apetito y más activo. Anímicamente estable y animado. Quimioterapia de mantenimiento.

- El día 19-11-2013 Tras quimio: micosis bucal Hipoacusia.

- El día 16-12-2013 Semana pasada no quimio por defensas bajas, aumento tratamiento del dolor. Mejor de garganta, y mejor del dolor. Le han dado trato. antibiótico.

- El día 23-12-2013 tratamiento quimioterapia, relativamente bien tolerado. Estreñimiento que no requiere trato. Químico se indica trato. herbolario. El día 04-11-2013 Hª Oncológica: Tras cuadro de dolor hipogástrico refractario se realiza TAC con hallazgo de lesión sospechosa en colon, confirmándose la naturaleza tumoral en biopsia colónica. El 24 de junio de 2013 se practica hemicolectomía derecha por neoplasia cecal- válvula ileocecal. En el acto quirúrgico describen gran Metástasis hepática única.

- En julio de 2013 se realiza TAC, que informa de más de 80 metástasis hepáticas, adenomegalias en hilio hepático y recidiva local en la anastomosis con afectación ganglionar local e infiltración grasa. Recibe 6 dosis de quimioterapia, con mejoría clínica pero aumento radiológico de la metástasis hepática dominante.

Actualmente buen estado general, es candidato a 2ª línea de trato. FOLFRI. Diagnóstico: Adenocarcinoma de colon estadio IV, tras nativo.

- El día 09-01-2014 Se realiza Ecografía de abdomen completo solicitada por Oncología Médica: múltiples compatibles con metástasis, la mayor en segmento IV de 6x7cm que condiciona desplazamiento de rama portal izquierda, permeable. Se visualiza dilatación de vías biliares intrahepáticas de predominio izquierdo. Adenopatías en región de tronco celiaco e hilio hepático.

- El día 24-01-2014 Paciente con adenocarcinoma de colon estadio IV con mtx hepáticas múltiples que ingresa de forma URGENTE procedente de Oncología Médica por ictericia obstructiva a expensas de bilirrubina directa para filiación y control sintomático. Durante el ingreso se realiza TAC de abdomen y pelvis compatible con

progresión de enfermedad hepática, descartándose la posibilidad de ictericia obstructiva, y de este modo, la de drenaje biliar.

Debido a la progresión de la enfermedad y la insuficiencia hepática, se desestima la posibilidad de continuar tratamiento Quimioterápico activo, siendo el paciente valorado por la Unidad de Cuidados Paliativos, que ajusta tratamiento sintomático y continuará seguimiento de forma exclusiva a pm1ir de ahora.

Dado el control sintomático y la evolución del paciente, se procede al alta el día 31-01-2014, para control ambulatorio.

- El día 29-01-2014 No candidato a tratamiento por Oncología. Pendiente cuidados Paliativos.

- El día 07-02-2014. Informe AP: Peor estado general, más icterico y con edemas en MMII hasta rodilla con exudado. MV libre en bases. Uso de acliq 200 cada 1-2 horas.

Se habla con Unidad cuidados paliativos, para modificación de trato: aumento de parches a 12x2, y siguiente cambio a 50 rescate con acttiq 400. Se añade Seguril y se baja Insulina a 5 unidades.

- El día 11-02-2014. Visita a domicilio, refiere su hermano dolor y edema en pierna izquierda. Ha empeorado edema, signos de rascado (erisipela?), no impresiona actualmente de infección. Abdomen pétreo, duerme poco, poco apetito, no náuseas, no vómitos. Mantiene ictericia.

- El día 12-02-2014. La familia avisa a primera hora por empeoramiento del estado general y dolor no controlado. Domicilio: dolor no controlado con actiq cada hora en la noche, intenso dolor en MMII que no parece que haya aumentado, isquemia? Ante sospecha de fase agónica y no contra 1 del dolor se deriva a Hospital comunicación previa a UCP para posible sedación.

- El día 12-02-2014 el paciente ingresa Urgente en Unidad de Cuidados Paliativos. «Varón de 50 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por cuadro de dolor oncológico no controlado acompañado de ictericia. El paciente refería dolor desde hace una semana a pesar del tratamiento con derivados de la morfina. Consciente orientado muy colaborador con exploración cardio-respiratoria anodina. Abdomen muy globuloso, duro y doloroso a la palpación superficial.

El paciente ingresa en la Unidad de cuidados paliativos para control del dolor y tratamiento de la agonía. El paciente entra progresivamente en sopor preagónico acompañado en todo momento por sus familiares».

Diagnóstico principal: Carcinoma de colon metástasis hepáticas diagnosticado el día 10 de abril de 2013. Hiperplasia benigna de próstata. Pterigion intervenido.

- Éxito día 13 de febrero de 2014.

- Según Informe Médico de especialista en Cirugía general y del aparato digestivo de fecha 30 de septiembre de 2016, consta:

Revisada la historia clínica y documentación correspondiente, el 21 de agosto de 2012 en Consultas Externa pólipo de colon con crecimiento lateral y con anatomía patológica Adenoma tubular sin displasia.

Tratándose de una anatomía patológica sin datos de malignidad en este momento y con el único objeto, este se aborda con cirugía laparoscópica.

3. Concluye el SIP con que:

- Analizada la Historia Clínica y los diferentes síntomas y signos que presentó el paciente a lo largo del periodo comprendido entre el año 2008 y el día 17 de agosto de 2011 [dolor en pubis, caderas, dolor lumbar, dolor hipogástrico difuso, (...)], y por las que fue explorado y realizadas pruebas diagnósticas pertinentes (analíticas, R.X., TAC, ecografía, gammagrafía, etc.) y visto por distintos especialistas de diferentes Servicios del Hospital de la Gomera, (Cirugía, traumatología, digestivo) concluyeron con los diferentes procesos diagnósticos terapéuticos de: HBP, infección por estafilococos y enterococos del líquido seminal, dolor inespecífico de pubis, coxalgias, divertículos cólicos, etc., de las que fue diagnosticado y tratado, y que en nada coincide ni sintomática ni diagnóstica con la patología que posteriormente presentó y desarrollo el paciente a partir del día 17 de agosto de 2011 y que fue de rectorragia y estreñimiento y por la cual se llevó a cabo la realización del estudio de colonoscopia.

En consonancia con todo lo anterior no existió una sintomatología que hiciera sospechar o estuviera en relación con la patología de carcinoma de colon que resultó con posterioridad en abril de 2012 con TAC.

- Además nos apoyamos para concluir el punto anterior en el Informe Médico del Especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo Dr. (...):

«El paciente fue valorado inicialmente en consulta Externas de Cirugía, por dolor de características mecánicas, descartando mediante TAC, patología orgánica como responsable del cuadro.

Asimismo fue evaluado por este mismo motivo por el Servicio de digestivo, Urología, Traumatología, concluyendo las cuatro especialidades el carácter mecánico del dolor motivo de la consulta».

«Es imposible relacionar el dolor inicial, con la sintomatología de un pólipo de ciego. En todo momento se realizó una adecuada prestación de servicios; además de una completa Historia Clínica y una exhaustiva exploración física, se realizaron las pruebas complementarias que se consideraron oportunas en ese momento e interconsultas con otros cuatro especialistas, incluido el servicio de digestivo que es el que suele evaluar este tipo de pacientes (...) Se solicitó lo que demandaba en cada momento los hallazgos encontrados, y a pesar de lo cual se remitió a otros especialistas para descartar patología asociada».

Así como con el Informe emitido por el Urólogo (...) quien refiere: «(...) acude a nuestra consulta el día 16 de junio de 2008 remitido por molestias hipogástricas difusas irradiadas a ambas ingles como única sintomatología. Se realiza exploración no apreciando patología urológica salvo cultivo de semen positivo que es tratado.

El 26 de julio de 2008 acude a control evolutivo siguiendo misma sintomatología. Se solicita ecografía Renovesicoprostática que es normal. El 30 de agosto de 2010 vuelve a consulta por persistencia de la sintomatología aportando ecografía abdominal, como único hallazgo es la existencia de divertículos en colon. Dado que estaba controlado en digestivo se decide alta y seguimiento por ellos».

- Realizada la colonoscopia con fecha de 1-07-2012 y la anatomía patológica el día 07-07-2012 y cuyo diagnóstico fue de adenoma tubular sin displasia, esta no arrojó un resultado de malignidad, si bien aconseja la extirpación de los pólipos como así se realizó en sigma recto y no se pudo realizar en porción de válvula ileocecal, recomendando el digestivo la extirpación quirúrgica, si bien el cirujano el día 21 de agosto de 2012, en consultas externas de cirugía donde fue evaluado, consideró al tratarse de una anatomía patológica sin datos de malignidad en este momento y como el mismo informa: «Con el único objetivo de evitar la gran morbilidad asociada a patología de colon, se derivó nuevamente al Servicio de Digestivo para que se reevaluara el caso y se programase nueva colonoscopia con dos finalidades: reintentar resección endoscópica de pólipo, y para posible marcaje con tinta china para posterior abordaje con cirugía laparoscópica».

- Aun considerando distintas posibilidades entre otras, que el pólipo pudiese evolucionar hacia la malignidad, o bien no descartamos por falta de información, que

el cáncer que se diagnosticó en abril de 2013 pudiese ser de origen primario, y que coexistiese y se desarrollase en el mismo pólipo, el paciente en ningún momento dejó de ser atendido tanto por parte del digestivo como del cirujano, si bien existió un espacio de tiempo que pudo significar una pérdida de oportunidad diagnóstica o terapéutica para el paciente, y que a efectos de indemnización por daños morales consideramos fueron: el retraso entre la indicación y la realización de la colonoscopia, y el retraso en la actuación del cirujano a partir del 21 de agosto de 2012 cuando el cirujano decidió remitir nuevamente al paciente al servicio de digestivo para que se reevaluase el caso y se programase nueva colonoscopia.

Aun así podemos considerar dos tiempos: desde que el paciente es visto la primera vez en cirugía (21-08-2012) hasta que es remitido al HUNSC en enero de 2013, han transcurrido 5 meses.

Desde que el paciente es remitido al HUNSC de forma preferente el día (31-01-2013) hasta que es diagnosticado de Adenocarcinoma de colon por TAC (en abril de 2013), han transcurrido 3 meses.

- Con la finalidad de hacer un cálculo lo más objetivo posible y teniendo como diagnóstico final de adenocarcinoma de colon, partimos del diagnóstico de la colonoscopia realizado en julio de 2012 donde se objetiva el diagnóstico de adenomas vellosos tubulares, que ocupa 1/3 de la luz intestinal en ese momento, y que cuando se opera ocupa el 50% dicha la luz.

Bajo la premisa que conocemos el estadiaje tumoral en el momento de la intervención quirúrgica, cuando se realiza el estudio y diagnóstico colonoscópico el pólipo, de tratarse de adenocarcinoma, estaría en estadio T2, siendo la supervivencia de los mismos a los 5 años de un 50 a 75%, y que cuando se interviene está en estadio T3, donde la supervivencia el del 25 al 55% a los 5 años. Consideramos por tanto que la estimación ponderal que procede aplicar en este caso es de un 25%.

Sin tener en cuenta las complicaciones posteriores que llevaron al paciente al fallecimiento, ajenas al Servicio Canario de Salud y propio de dicho tumor, consideramos a efectos de indemnización por pérdida de oportunidad dos circunstancias:

El retraso entre la indicación y realización de colonoscopia por rectorragia por una parte y la demora en la actuación del cirujano, por otra.

Para hallar el cálculo de la cuantía de la indemnización aplicamos el Contenido de la Resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultaran de aplicar durante 2012 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a la persona en accidentes de circulación.

- Aplicando el contenido de la resolución 24-01-2012, según la documentación obrante en el expediente de (...), Soltero, sin hijos, convive con sus padres:

La indemnización por muerte corresponde 102.178,58 euros. Aplicando el 25% como estimación ponderal a esta cantidad, da un total de 25.542,65 euros.

Actualizando la cuantía según evolución de IPC, según INE, desde 2012 hasta la actualidad 2016 es de 2,2% del IPC. La cuantía resultante propuesta es de: 26.104,54 euros.

- En un informe complementario, el SIP manifiesta, en relación a la colonoscopia practicada el 1 de julio de 2012, que en pacientes como éste con un pólipo de extensión lateral (plano) con patrón granular en su morfología de superficie (múltiples nódulos que no sugiere invasión), en válvula ileocecal no se practicó mucosectomía o disección submucosa para extirparlo completamente por ser técnicas complejas sino que se optó por tomar muestras para biopsiar (frasco 1). El pólipo en sigma, por sus características, fue extirpado por completo, mediante polipectomía (frasco 2). En ninguna de las muestras obtenidas tanto de la válvula ileocecal mediante biopsia (frasco 1) como del sigma distal mediante extirpación del pólipo (frasco 2) el resultado de la anatomía patológica mostró signos de malignidad (displasia de alto grado y/o componente vellosa).

- En este caso, debió valorarse individualmente la conveniencia de efectuar una resección quirúrgica como tratamiento definitivo de la lesión ileocecal, como efectivamente planteó el Digestólogo remitiendo al paciente a Cirugía. Existen estudios que demuestran que algunas neoplasias se desarrollan a partir de pólipos planos resecados de manera incompleta. Sin embargo, es cierto que no existió acuerdo temporal entre las especialidades de Digestivo y Cirugía a fin de valorar qué tratamiento era el más adecuado en este caso, nueva endoscopia para marcaje o laparoscopia quirúrgica.

Con carácter general se describe que el seguimiento en lesiones que se extirpan de forma incompleta con la anatomía patológica benigna encontrada se hará a los 3-6

meses. En este caso, como máximo en diciembre de 2012, fecha en la que no se realizó. A partir de este momento es cuando entendemos que la actitud diagnóstica debió ser más ágil.

El diagnóstico de sospecha se alcanza en el TAC de 10 de abril de 2013 y la intervención quirúrgica en el HUNSC se practica en junio de 2013.

- Por otro lado, no se describe en ningún documento clínico que el paciente con edad inferior a 50 años, presentara signos de alarma para carcinoma colorrectal en las fechas posteriores a la colonoscopia: rectorragia, cambio del ritmo deposicional, masa abdominal o rectal palpable, oclusión intestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso, etc. Ver analítica de 08.01.13: hematíes, hemoglobina, hematocrito, hierro, ferritina en rango de normalidad y sangre oculta en heces negativa. Marcadores tumorales activos: Ca-19.9 y Antígeno carcinoembrionario.

- A modo de conclusión, entendemos que tras la biopsia de julio de 2012, que resultó negativa para malignidad, debió haberse efectuado el seguimiento al menos en diciembre de 2012 que no se realizó. Este momento es a partir de cual entendemos que la actuación clínica efectiva se demora, alcanzando el diagnóstico de sospecha en abril de 2013 y el tratamiento quirúrgico en junio de 2013, lo que influyó en que un diagnóstico más temprano pudiera haber alargado las expectativas de vida.

- La indemnización se cifraría en el daño moral por la pérdida de oportunidad, como consecuencia de saber que una actuación más precoz habría aumentado sus posibilidades de supervivencia, empleando las probabilidades estadísticas sanitarias conocidas.

- A falta de otro criterio que sirva de referencia, entendemos razonable aceptar como importe básico sobre el que calcular la indemnización a los reclamantes el que fija la Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que publica las cuantías de las indemnizaciones establecidas en aplicación del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación durante el año 2014.

Conforme a la tabla I del anexo de esa resolución, teniendo en cuenta la edad en el momento del fallecimiento, a sus padres en convivencia le correspondería la cantidad de 105.448,93 €, según la indemnización prevista en el grupo TV de la mencionada tabla: Víctima sin cónyuges ni hijos y con ascendientes.

Por otra parte, habrán de tenerse en cuenta que esta cifra ha de modularse en consideración al proceso clínico que le aquejaba, de acuerdo con las posibilidades reales de supervivencia.

Durante los últimos años han existido importantes avances en tres áreas (Oncología, Radiología intervencionista y Cirugía) que han hecho aumentar la tasa de resecabilidad de las metástasis hepáticas (estadio IV) con una supervivencia a los 5 años del 35 - 50%.

Si partimos de un estadio III con un 58 - 84% de supervivencia a los cinco años, la pérdida de oportunidad es de 30%. La indemnización que se propone es de: 31.634,67 euros.

4. En trámite de audiencia, los interesados alegan que reiteran todas y cada una de las alegaciones que constan en su escrito de Reclamación y acompañan nuevo informe pericial.

Muestran su conformidad con la aceptación por el Servicio Canario de la Salud de la responsabilidad por el fallecimiento de su pariente, por infracción de *lex artis*, o regla de valoración que permite determinar la adecuada realización de una actuación médica conforme al estado de la ciencia actual y en función de los elementos específicos de cada acto sanitario, y por pérdida de oportunidad terapéutica, reconocimiento que se contiene en los informes del SIP, singularmente en el primero en el que reconoce que existió un espacio de tiempo que pudo significar una pérdida de oportunidad diagnóstica o terapéutica para el paciente, y que a efectos de indemnización por daños morales consideran que fueron el retraso entre la indicación y la realización de la colonoscopia, y el retraso en la actuación del cirujano a partir del día 21 de agosto de 2012, cuando el cirujano decidió remitir nuevamente al paciente al servicio de digestivo para que se reevaluase el caso y programase nueva colonoscopia; conclusión que se establece tras indicar que el paciente en ningún momento dejó de ser atendido tanto por parte del digestivo como del cirujano.

En consecuencia, discrepan de la valoración de la indemnización efectuada por el SIP, considerando que no se han valorado adecuadamente los daños morales, en particular los producidos a su familia por todos los padecimientos sufridos por el afectado.

5. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación de responsabilidad formulada interesados ya que aprecia la existencia de relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento del servicio público sanitario

al entender acreditada la demora en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma de colon que padeció (...), lo que supone una pérdida de oportunidad, entendiéndose que un diagnóstico más precoz hubiera alargado las expectativas de vida del afectado. Determina la cuantía de la indemnización en la cantidad propuesta por el SIP (31.634,67 euros).

III

1. Como hemos manifestado en diversas ocasiones (ver por todos Dictamen 287/2017, de 6 de septiembre), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación nº 6676/2003).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. Casación nº 1247/2014).

2. Aplicada esa doctrina al caso que nos ocupa, hemos de coincidir plenamente con la Propuesta de Resolución.

En efecto, del expediente se desprende que se aprecian dos fases bien diferenciadas: la primera, que podemos datar entre el año 2009, fecha que los propios interesados ponen como inicial de la asistencia recibida, y el día 17 de agosto de 2011 (fecha en la que acude a consulta de Digestivo por referir estreñimiento y rectorragia y se decide solicitar colonoscopia), en la que los diferentes síntomas que presentó el paciente (dolor en pubis, caderas, dolor lumbar, dolor hipogástrico difuso), fueron tratados adecuadamente mediante los distintos especialistas de diferentes Servicios del Hospital de la Gomera (Cirugía, traumatología, digestivo), que le atendieron, realizándole exploraciones y pruebas diagnósticas pertinentes (analíticas, R.X., TAC, ecografía, gammagrafía, etc.). El resultado de esas pruebas concluyeron con los diferentes procesos diagnósticos terapéuticos: HBP, infección por estafilococos y enterococos del líquido seminal, dolor inespecífico de pubis, coxalgias, divertículos cólicos, etc., de las que fue tratado, y que en nada coincide ni sintomática ni diagnóstica con la patología que posteriormente presentó y desarrolló el paciente a partir del día 17 de agosto de 2011 y que fue de rectorragia y estreñimiento y por la cual se llevó a cabo la realización del estudio de colonoscopia.

Dicho en otras palabras, la sintomatología presentada hasta agosto de 2011 no hizo sospechar que estuviera en relación con la patología de carcinoma de colon que resultó con posterioridad en abril de 2012.

En ello coincide tanto el SIP como los especialistas que lo atendieron.

La segunda fase temporal se localiza a partir de agosto de 2011: realizada la colonoscopia el 1-07-2012 cuyo diagnóstico fue de adenoma tubular sin displasia, que aunque no arrojó signos de malignidad, tal resultado aconsejaba la extirpación quirúrgica de los pólipos, y sin embargo el servicio de Cirugía del HUNSC consideró «Con el único objetivo de evitar la gran morbilidad asociada a patología de colon, se derivó nuevamente al Servicio de Digestivo para que se reevaluara el caso y se programase nueva colonoscopia con dos finalidades: reintentar resección endoscópica de pólipo, y para posible marcaje con tinta china para posterior abordaje con cirugía laparoscópica».

Pese a que el paciente en ningún momento dejó de ser atendido, se estima que existió un espacio de tiempo que pudo significar una pérdida de oportunidad diagnóstica o terapéutica para el paciente concretada en el retraso entre la indicación y la realización de la colonoscopia, y el retraso en la actuación del cirujano a partir del 21 de agosto de 2012 cuando este, en vez de intervenir para extirpar el pólipo, decidió incomprensiblemente remitir nuevamente al paciente al servicio de digestivo del que había sido remitido para que se reevaluase el caso y se

programase nueva colonoscopia. En este caso, debió valorar la conveniencia de efectuar una resección quirúrgica como tratamiento definitivo de la lesión ileocecal, como efectivamente planteó el Digestólogo o, al menos, debió haberse efectuado el seguimiento en 3/6 meses, esto es, a lo sumo en diciembre de 2012, lo que no se realizó.

En vez de eso, se realizó un TAC en abril de 2013 que alcanzó el diagnóstico de sospecha, lo que precipitó el tratamiento quirúrgico en junio de 2013, casi un año después de cuando se pudo haber hecho; diagnóstico tardío que impidió, si se hubiera actuado antes, haber alargado las expectativas de vida y que, al no hacerlo, se incurrió en pérdida de oportunidad.

3. En cuanto a la valoración de los daños producidos, la jurisprudencia del Tribunal Supremo también se ha pronunciado señalando que procede cuantificar «no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, rec. De casación nº 579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, rec. casación nº 4981/2011).

Por ello, procederá atenerse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, rec. apelación nº 7126/2012).

Este Consejo (ver por todos, el citado Dictamen 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido Baremo por la totalidad de los daños.

De acuerdo con lo anterior, se considera adecuado los criterios manejados por la Propuesta de Resolución.

En efecto, con la finalidad de hacer un cálculo lo más objetivo posible –y a falta de otro criterio que sirva de referencia–, la Propuesta de Resolución entiende razonable partir de la Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que publica las cuantías de las indemnizaciones establecidas en aplicación del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación durante el año 2014.

Conforme a la tabla I del anexo de esa resolución, teniendo en cuenta la edad en el momento del fallecimiento, a sus padres en convivencia le correspondería la cantidad de 105.448,93 €, según la indemnización prevista en el grupo IV de la mencionada tabla: Víctima sin cónyuges ni hijos y con ascendientes.

Para ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, la Propuesta tiene en cuenta que esta cifra ha de modularse en consideración al proceso clínico que aquejaba al enfermo, de acuerdo con las posibilidades reales de supervivencia.

Considera que durante los últimos años ha habido importantes avances en tres áreas (Oncología, Radiología intervencionista y Cirugía) que han hecho aumentar la tasa de reseccabilidad de las metástasis hepáticas (estadio IV) con una supervivencia a los 5 años del 35 - 50%.

Como el proceso parte de un estadio III con un 58-84% de supervivencia a los cinco años, determina el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada en un 30%, que sería el porcentaje de las expectativas de supervivencia existente entre ambos estadios de la enfermedad afectado por la pérdida de oportunidad, por lo que la indemnización que se propone es de 31.634,67 euros, criterio y cálculo de la indemnización que este Consejo comparte plenamente.

En cualquier caso, tal cuantía ha de actualizarse en el momento de resolver el procedimiento de acuerdo con el art. 141.3 LRJAP-PAC.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), es conforme a Derecho.