



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 147/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de abril de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 108/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 29 de enero de 2018 mediante solicitud de (...) por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida por el SCS.

2. La reclamante solicita por los daños causados una indemnización de 38.095,00 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y no extemporaneidad de la reclamación. En cuanto a la legitimación pasiva, la ostenta tanto el SCS, titular del servicio público sanitario, como el centro sanitario privado concertado -Hospital San Juan de Dios-, ya que éste es, en principio, el obligado de responder en caso de anormal funcionamiento en los supuestos de concierto (DT1ª de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público y art. 214 Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público). En el presente procedimiento se le ha tenido como entidad interesada, garantizándosele los trámites de proposición de prueba y audiencia, sin que haya hecho uso de su derecho a ninguno de dichos trámites. Obra, no obstante, en el expediente informe del médico especialista que atendió a la interesada en dicho centro.

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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. A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

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

II

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

- Con fecha 30 de enero de 2017 acude a consulta externa del Servicio de Digestivo (en adelante Digestivo) del Hospital San Juan de Dios, solicitada el 8 de noviembre de 2016 de forma urgente. Presenta desde hace 10 días dos diarreas muy abundantes acompañadas de náuseas, sudoración fría y palidez. Ha bajado de peso hasta tres tallas. Es diagnosticada inicialmente de colon irritable, y prescribe tratamiento médico. Se solicita ecografía y analítica como pruebas complementarias. La paciente estaba en tratamiento psiquiátrico con Duloxetina, medicación que ocasiona estreñimiento como efecto secundario.

- Con fecha 13 de marzo de 2017 y tras haberse realizado las pruebas solicitadas, acude de nuevo a la misma consulta, donde se confirma el diagnóstico de colon irritable. Prescribe el mismo tratamiento médico.

- El día 19 de mayo de 2017 acude por Urgencias al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por fuerte hemorragia y diarrea. Presenta anemia. Es ingresada para estudio. Se diagnostica neoformación colónica, es decir, cáncer de colon, y no colon irritable.

- Con fecha 29 de junio de 2017 se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica, recibiendo el alta hospitalaria el día 4 de julio de 2017.

La reclamante indica que el cáncer colorrectal puede presentar como síntomas un cambio en los hábitos de evacuación como diarrea, sangrado rectal con sangre roja brillante, sangre en las heces aunque no sea visible a simple vista, cólicos o dolor abdominal, debilidad y cansancio, pérdida inexplicable de peso, es decir, son varios los síntomas que presentaba que podían apuntar a la presencia de un cáncer de colon y no de colon irritable, sobre todo cuando se indica expresamente que el medicamento prescrito por psiquiatría produce estreñimiento y ella presentaba diarreas.

La interesada reclama por el error en el diagnóstico del cáncer de colon, pues éste fue diagnosticado correctamente en el HUNSC, cuatro meses después de haber acudido a San Juan de Dios con síntomas que podían indicar la presencia de cáncer, y fue diagnosticada de colon irritable.

Por ese motivo, la interesada siente aprensión y angustia ante la posibilidad de que este retraso haya acrecentado las consecuencias del cáncer de colon, a la vez que está obsesionada con que pudiera tener otras patologías no detectadas por el servicio médico. Presenta un estado de constante ansiedad, estrés y depresión por lo

que está siendo tratada por el Servicio de Salud Mental, ante la sensación de abandono y posibilidad de que el error diagnóstico hubiera agravado su patología.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- La paciente cuenta con antecedentes en su historia clínica de haber sido operada en 2008 mediante histerectomía vaginal simple y culdoplastia por prolapso genital presentado, tras parto en enero de 2007. Posteriormente, debido a trastorno y disfunción motora del suelo pélvico con incontinencia fecal, dolor neuropático pélvico crónico secundario a neuropatía del nervio pudendo bilateral y recidiva de prolapsos, ha recibido tratamientos y seguimiento por Unidad del dolor, Cirugía General y Digestiva, Urología, Ginecología y Unidad de Suelo pélvico. Debido al dolor neuropático crónico e incontinencia de esfínteres ha asociado afectación del estado de ánimo e insomnio desde 2010, por lo que se han ido incorporando a su tratamiento ansiolíticos/antidepresivos/hipnóticos (orfidal, cymbalta, zolpidem), y ha requerido seguimiento por Psicología, Psiquiatría y Médico de Familia, con el diagnóstico de trastorno adaptativo prolongado con síntomas ansioso-depresivos, según se describe en su historia clínica. En 2013 se le realiza colpoperinoplastia posterior para corrección quirúrgica del prolapso genitrectal, y está diagnosticada de: músculo destrusor hipoactivo e incontinencia urinaria de esfuerzo leve; incontinencia fecal severa (Wexner: 4); prolapso de órganos pélvicos: cistocele grado 1, prolapso de cúpula vaginal grado 11, rectocele grado II; dolor pélvico crónico; neuropatía severa de nervios pudendos. Ha sido apendicectomizada y está diagnosticada de discopatías lumbares L3-S 1 por lo que ha requerido seguimiento por Neurología y Neurocirugía. Ha requerido atención en Urgencias por dolor abdominal en relación con estreñimiento (29/02/16). También ha presentado un episodio convulsivo en fecha 22/01/17, en el contexto de un episodio de Gastroenteritis y privación de ansiolíticos (BZD), con estudios neurológicos normales.

- La paciente con los antecedentes descritos de patología de suelo pélvico había sido seguida por Cirugía General y Digestivo debido a la incontinencia fecal por hipotonía, hipocontracción del esfínter anal, y en el contexto de esos síntomas anorectales se le realiza colonoscopia, en fecha 06/03/14, que pese a la regular preparación colónica descartó patología anal interna y mostró una ileocolonoscopia normal.

- En fecha 30/09/2016 vuelve a ser valorada por Cirugía General y Digestivo debido a problemas motores y posiblemente psicológicos en relación con el tubo digestivo en general.

En la exploración abdominal se palpa el colon ascendente un poco espástico (aumento del tono muscular) y dolorimiento generalizado. Se describe que la consulta no es para su antigua patología de suelo pélvico por lo que se decide remitir la paciente a Digestivo, aunque debido a error en la cita, la paciente vuelve a consulta de Cirugía en lugar de a la consulta del Digestivo, en fecha 08/11/16. Debido a ello, el Cirujano habla con el Servicio de Digestivo y remite de forma urgente a la paciente a ese Servicio.

- De la información anterior se infiere que la paciente fue remitida de forma urgente a la Consulta de Digestivo, tras hablar con dicho Servicio, no porque la consulta fuera realmente urgente, sino para que no tuviera que esperar por la nueva cita como si se hubiera pedido por primera vez en ese momento.

- Tras esta petición realizada por Cirugía, de valoración de la paciente por parte del Servicio de Digestivo (sin urgencia real), debido a la sospecha de trastornos motores del tubo digestivo (patología no urgente), la paciente fue valorada por dicho especialista en fecha 30/01/17 en HSJD.

- En la consulta, la Digestivo recoge una actualización de los antecedentes patológicos padecidos por la paciente por los que ha sido y continúa siendo tratada por diversos especialistas, y la sintomatología por la que ahora acude.

- En esa primera valoración la paciente relata que hace diez días presentó de forma súbita dos diarreas muy abundantes acompañadas de náuseas sudoración fría y palidez. No fiebre.

Acudió al Centro de Salud donde le administraron primperan parenteral (con el diagnóstico de Gastroenteritis aguda). Posteriormente tuvo cuadro sincopal con convulsión tónico clónica en su domicilio (en el contexto de privación de ansiolíticos BZD según Neurología). Los siguientes días tuvo una dieta astringente y ahora hace dos deposiciones diarias blandas aunque sin diarrea (alguna nocturna). No ambiente epidémico familiar (hasta aquí relata un episodio de gastroenteritis autolimitado).

De forma general, narra que cada vez que se pone nerviosa presenta ruidos intestinales, distensión abdominal y diarrea. No sangre evidente en heces. Tiene

Ileocolonoscopia realizada en el HUNSC, en 2014 con regular preparación sin lesiones (tampoco endoanales) NO antecedentes clínicos familiares (ACF) de interés Ha bajado peso (3 tallas de ropa) cuidando su dieta.

- A la exploración física presenta buen estado general, está normohidratada y normocoloreada. No presenta adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. No bocio. No ictericia subconjuntival. Está eupneica, no presencia de ingurgitación venosa yugular a 45°, en decúbito. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen es blando, depresible y no doloroso a la presión sin masas ni visceromegalias. Peristaltismo intestinal está conservado.

No presenta edemas en miembros inferiores (MMII).

- Dada la clínica mostrada por la paciente, la Digestivo emite los diagnósticos de:

Probable síndrome de colon irritable (presencia cuando se pone nerviosa de ruidos intestinales, distensión abdominal y diarrea). No clínica de sangrado en heces, ni antecedentes clínicos familiares (ACF) de interés. Colonoscopia en 2014 normal. Pérdida de peso en relación con el cuidado de su dieta.

Gastroenteritis (GEA) resuelta (hubo un episodio de dos diarreas, que se solucionó).

Lesión de nervios pudendos con incontinencia fecal y algias (patología antigua).

- Se le pauta tratamiento con Duspatalin, espasmolítico ampliamente usado para aliviar las molestias intestinales y dolor abdominal en el contexto de colon irritable. Se le solicitan estudios de ecografía abdominal y analítica.

- Realizados los estudios indicados, vuelve a consulta con la Digestivo en fecha 13/03/17 para nueva valoración. La analítica realizada es prácticamente normal, sin datos de anemia por déficit de hierro (descarta sangrado digestivo latente o agudo), las vitaminas B 12 y Ácido fólico están normales; la tiroides funciona bien, se descarta enfermedad celiaca. La ecografía abdominal realizada resultó normal.

- La Digestivo mantiene sus diagnósticos e igual tratamiento, realizando observación a Psiquiatría para valoración de modificación de fármaco Duloxetina, que a la paciente le ocasionaba estreñimiento (lo que confirma que la paciente no sólo no presentaba diarreas, sino que el fármaco que usaba para la alteración del estado de ánimo, la estreñía).

- De la información anterior se desprende que en la primera valoración realizada por la Digestivo, la paciente manifestó sintomatología referida a un episodio puntual

de Gastroenteritis, padecido diez días atrás en el que de forma súbita presentó dos diarreas muy abundantes acompañadas de náuseas, sudoración fría y palidez, sin fiebre; de los cuales se recuperó llevando una dieta astringente. Así vemos, que el episodio del cual se había recuperado rápidamente, es decir, un cuadro de diarrea agudo (dos deposiciones. Sin sangrado, no es sintomatología suficiente, ni significativa para que pueda sospecharse un cáncer de colon.

- Además, narra los síntomas, que en sentido general son los que la han motivado esa consulta, así refiere que, cada vez que se pone nerviosa presenta ruidos intestinales, distensión abdominal y diarrea. Nunca ha evidenciado sangre en las heces y tiene una colonoscopia en 2014 que fue normal. No tiene antecedentes patológicos de cáncer familiar Alega ha perdido peso porque ha cuidado su dieta, es decir la pérdida de peso está justificada, según el relato de la paciente. La exploración física general es normal: la exploración abdominal tampoco muestra hallazgos significativos: el abdomen es blando, depresible, no hay dolor a la presión ni evidencias de masas ni visceromegalias, el peristaltismo está conservado.

- Un hábito intestinal normal, en la que en general, el paciente al ponerse nervioso presenta ruidos intestinales distensión abdominal y diarrea, es un cuadro clínico muy sugestivo de Síndrome de colon irritable; es decir, de trastornos funcionales digestivos, de acuerdo con los Criterios de Roma IV que son los criterios aceptados en la práctica clínica por las Sociedades nacionales e internacionales de Aparato Digestivo. Además, hay ausencia de signos de alarma es decir, no hay presencia evidente de sangre en heces, no hay antecedentes clínico-familiares de interés, incluido cáncer colorrectal, ha bajado de peso en relación con cambios de hábitos dietéticos, tiene una colonoscopia de hace tres años normal.

- Según la clínica presentada por la paciente y la ausencia de signos de alarma, se emiten los juicios diagnósticos de: Probable síndrome de colon irritable para lo cual se pauta espasmolítico. Gastroenteritis (GEA) resuelta. Lesión de nervios pudendos con incontinencia fecal y algias (patología antigua).

- Conforme a lo hasta aquí expuesto, tanto la información recogida por la Digestivo, detallada y exhaustiva, como los diagnósticos a los que ha llegado según dicha información, han sido adecuados y coherentes con la clínica mostrada por la paciente. Asimismo, se indica la realización de Ecografía abdominal y control analítico, pruebas complementarias justificadas en este contexto clínico de la paciente para descartar alteraciones sugerentes de patología orgánica.

- En una segunda valoración realizada por la Digestivo, la Ecografía abdominal no mostraba ningún hallazgo significativo y el control analítico realizado era prácticamente normal, no existiendo anemia ferropénica (hierro y ferritina son normales) lo cual descarta la existencia de sangrado digestivo. Las vitaminas B12 y ácido fólico, cuya carencia podría estar implicada en anomalías digestivas, también son normales. Tampoco hay alteraciones en el tiroides que pudieran repercutir en la funcionalidad digestiva y se descarta la presencia de enfermedad celiaca.

Debido a todo ello y dado que no hubo cambios en cuanto a la clínica presente en la primera consulta de valoración, es decir, paciente con hábito intestinal normal, sin signos de alarma que pudieran sugerir la presencia de alguna enfermedad orgánica subyacente, exploración física normal, estudios complementarios que no mostraron anomalías que requirieran la necesidad de realizar otras exploraciones, se confirmaron los diagnósticos de Síndrome de colon irritable para lo cual se pauta espasmolítico. Gastroenteritis (GEA) resuelta. Lesión de nervios pudendos con incontinencia fecal y algias (patología antigua).

- Casi cuatro meses después de las exploraciones realizadas por la Digestivo, en fecha 18/05/17, la paciente acude a Servicio de Urgencias del CHNSC por cuadro de rectorragia de menos de 12 horas de aparición, con coágulos y sangre fresca en relación a un episodio de diarrea. Colonoscopia en 2014 normal. La paciente es valorada por el Servicio de Urgencias y de Medicina Interna. La exploración abdominal se describe como blanda, depresible, no dolorosa, con ruidos intestinales presentes, no palpando masas ni megalias. El tacto rectal presenta sangre en dedo de guante. La analítica muestra hemoglobina en 10.8 /d1 (baja). Se diagnostica de Diarrea. Rectorragia sin repercusión hemodinámica. Se consulta a Digestivo que recomienda realización de colonoscopia previo ingreso. La paciente solicita el alta por problemática familiar para ingreso por la tarde a lo que el médico del Servicio de Urgencias, accede.

- En la tarde, vuelve, según lo acordado, con el objetivo de su ingreso para preparación previo a la colonoscopia. Refiere febrícula en domicilio y molestias abdominales leves. No vómitos. Analítica realizada esta mañana muestra hemoglobina en 10,8 g/dl. A la exploración está consciente, orientada, colaboradora. Auscultación cardiopulmonar, con ruidos cardíacos rítmicos (RsCsRs), sin soplos y ruidos respiratorios conservados, sin agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Extremidades inferiores, sin edemas. El Rx de abdomen realizado muestra distensión de asas leve; sin niveles hidroaéreos. Bajo el

diagnóstico de sangre en heces se decide su ingreso en Digestivo para realizar estudio y descartar probable enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se le solicita coprocultivo y Ag de clostridium difficile (para descartar etiología infecciosa).

- La paciente ingresa en Servicio de Digestivo procedente de Urgencias, en fecha 19/05/17. En la historia actual queda reflejado que la paciente acude a Urgencias tras presentar deposición diarreica con sangre roja sin otra clínica acompañante y anemia con 10 g/dl (10.8 g/dfl de hemoglobina A la exploración física la paciente está consciente, orientada, colaboradora, la auscultación cardiopulmonar según la descripción es normal. La exploración abdominal se describe como blanda, depresible no dolorosa a la palpación profunda, sin signos de peritonismo. Con el diagnóstico de rectorragia a estudio se le solicitan los estudios analíticos pertinentes y la realización de colonoscopia.

- Durante su ingreso se le realizan los estudios indicados y es valorada por Cirugía General y Digestiva (CGD), que en su primera valoración describe: paciente ingresada en Digestivo por diarreas con sangre y anemia. Actualmente no presenta diarreas pero sigue con su incontinencia (presente desde hace años). Pérdida de 10-12 kg de peso. Exploración general: peso: 65,8. Altura: 1,64 @eso adecuado para estatura). Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas palpables. Presencia de cicatrices de apendicetomía y cesárea, previas.

- La analítica realizada en fecha 22/05/17 muestra Hemoglobina 9,5 gdl; ferritina 7 ng/ml; albúmina 3,5 mg/dl (bajas).

- La colonoscopia realizada en fecha 24/05/17, previo consentimiento informado, describe: la inspección y tacto rectal son normales. Se introduce el colonoscopio hasta el fondo de saco cecal y los últimos 10 cm de íleon terminal. Buena preparación según la escala de limpieza colónica de Boston (2+3+2), lo que permite la valoración del 85-90% de la mucosa. En colon ascendente proximal, enfrentada a válvula ileocecal, se observa lesión vegetante deprimida-ulcerada en porción central de aproximadamente 30 mm, compatible con neoformación Se toman biopsias. No se observan otras lesiones en ninguno de los tramos explorados. Diagnóstico: neoformación colónica. Se toman biopsias. Ileoscopia normal.

- Durante su estancia la paciente le son realizadas las pruebas indicadas, sin incidencias. Se le administra suplemento de hierro endovenoso. Tras ser valorada por Cirugía y con el diagnóstico de Rectorragia secundaria a neoformación colónica se da

el alta el día 25/05/17 para continuar realizando estudios (se realizará TAC el 29/05/17) y seguimiento por Consultas Externas de Cirugía.

- La Anatomía Patológica de la biopsia de fragmentos de la neoformación colónica mostró adenocarcinoma de bajo grado, que infiltra al menos, hasta la lámina propia en profundidad. Con estos datos el Servicio de Cirugía la pone en lista de espera quirúrgica, quedando incluida el 31/05/17. Se da consentimiento informado. Se solicita consulta de preanestesia. Se pautan suplementos de hierro y se realiza interconsulta a Hematología.

- El estudio de extensión realizado mediante TAC de tórax, abdomen y pelvis, informado en fecha 05/06/17, mostró engrosamiento mural focal del colon ascendente, a nivel de la válvula ileocecal, que pudiera estar en relación con proceso neoplasia referida en colon ascendente. Presencia de pequeños ganglios mesentéricos adyacentes, subcentrímetros. Sin otros hallazgos significativos relacionados. Es decir, no muestras hallazgos de metástasis.

- Es valorada por Hematología en fecha 20/06/2017 por Anemia ferropénica debido a pérdidas hemáticas en relación con el adenocarcinoma de colon. Previo a la cirugía se pauta iniciar tratamiento con suplemento de hierro endovenoso.

- De la información anterior, se deriva que aproximadamente 4 meses después de haber sido diagnosticada de un episodio de Gastroenteritis resuelto y de Síndrome de colon irritable la paciente presenta un cuadro clínico distinto al hasta ahora objetivado. Esta vez la paciente consulta por cuadro de rectorragia de menos de 12 horas de aparición, con coágulos y sangre fresca en relación a un episodio de diarrea. La exploración abdominal es normal, pero en el tacto rectal se constata la presencia de sangre y la analítica muestra una hemoglobina baja de 10.8 g/dl, coherente con el sangrado actual presentado por la paciente. Ante esta nueva clínica donde hay evidencia de sangrado activo, aunque sin repercusión hemodinámica, se decide el ingreso de la paciente para la realización de colonoscopia diagnóstica, proceder justificado por la clínica ahora, y no antes, evidenciada en la paciente.

- La colonoscopia realizada ante la actual sintomatología de la paciente es diagnóstica de neoformación colónica. Las muestras biopsiadas según estudio de Anatomía Patológica mostraron adenocarcinoma de bajo grado, que infiltra al menos, hasta la lámina propia en profundidad. El estudio de extensión realizado mediante TAC de tórax/abdomen/pelvis no mostró hallazgos en relación con metástasis.

- Realizados los estudios de preanestesia y previa firma de consentimientos informados para anestesia, transfusión y cirugía, la paciente ingresa en fecha 28/06/17 de forma programada y es intervenida quirúrgicamente en fecha 29/06/17, realizándose hemicolectomía derecha oncológica laparoscópica: sección de vasos ileocólicos. Anastomosis extracorpórea LL manual. Cierre de fascia. Cierre con ojal mesentérico. Hemostasia correcta. Cierre de fascia de minilaparotomía y de trócar. Cierre de piel con grapas. La pieza de hemicolectomía derecha es enviada a Anatomía Patológica para su estudio. No se reportan incidencias.

En curso evolutivo del día 30/06/17 se detalla que la paciente se encuentra bien, aunque con algo de molestias. Está afebril y el abdomen es conector, estando las heridas quirúrgicas sin signos de complicación.

- Tras la cirugía su evolución es satisfactoria, por lo que en fecha 4/07/17 se da el alta, estando la paciente afebril, tolerando dieta y con herida quirúrgica con buen aspecto. Al alta, con el diagnóstico definitivo de Neoplasia de colon derecho, se dan las recomendaciones y se planifican los controles a seguir.

- Posteriormente continúa su evolución favorable según se constata en curso evolutivo. En fecha 01/09/2017, en consultas de seguimiento de Cirugía se describe que la paciente se encuentra bien, tolera dieta oral, y está mejor de la incontinencia (síntoma antiguo). El resultado de Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica muestra: adenocarcinoma de colon subtipo histológico NOS, moderadamente diferenciado. El tumor infiltra la muscular propia, respetando serosa, subserosa y grasa pericolónica. Ausencia de metástasis en 18 ganglios linfáticos regionales. No se observa invasión vascular ni perineal. Bordes de resección (proximal, distal, mesentérico), libres de infiltración neoplásica. Clasificación TNM: pT2NO*.

*Tumor mayor de 2 cm, pero no mayor de 5 cm, en su diámetro mayor. Ausencia de adenopatías palpables. Sin metástasis histológicas en ganglios linfáticos regionales.

- Según consta en historia clínica han continuado sus controles evolutivos. En fecha 07/02/18 se describe que han mejorado las diarreas (cuadro que se inició en fecha 18/05/17, y que al haber sangrado asociado motivó el estudio donde se detectó el cáncer de colon).

Debido a las diarreas ha tenido seguimiento por Digestivo de HSJD. En dicho hospital le fue realizada la colonoscopia de control en fecha 05/01/18, a los 6 meses

de la cirugía, siendo el estudio endoscópico y los marcadores tumorales (11/12/17) normales, es decir, estudios negativos para neoplasias. Asimismo consta en consulta realizada en HSJD en fecha 05/02/18, que las diarreas están resueltas.

- Hasta aquí vemos que la paciente una vez presentó clínica de sangrado digestivo que sugirió la presencia de enfermedad orgánica fue diagnosticada sin tardanza, y previa firma de consentimientos informados se le realizó de forma temprana una cirugía mediante laparoscopia o sea mínimamente invasiva, con resección completa del tumor localizado en colon, sin que el tumor estuviera extendido a ganglios u otros órganos, es decir sin metástasis.

La cirugía transcurrió sin incidencias y la evolución posterior ha sido satisfactoria, según el seguimiento realizado, asimismo ha continuado los controles por los especialistas, según las patologías ya mostradas en sus antecedentes, así como seguimiento por su Médico de Familia y la Unidad de Salud Mental, dado el trastorno adaptativo que padece desde hace varios años.

Ante tal sucesión de hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

1.- Los trastornos funcionales intestinales (TFI) se caracterizan por el predominio de signos o síntomas de dolor abdominal, hinchazón, distensión y/o alteración de los hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos). Se distinguen de otros trastornos gastrointestinales basándose en su cronicidad (más de 6 meses antes del diagnóstico, y están presentes en los últimos 3 meses con una frecuencia de al menos un día a la semana, en ausencia de otras anomalías evidentes.

2.- Estos trastornos funcionales intestinales se clasifican en cinco categorías distintas:

- Síndrome del intestino (colon) irritable (SII).
- Estreñimiento funcional (EF).
- Diarrea funcional (DiF).
- Hinchazón/distensión abdominal funcional (DAF).
- Trastorno funcional intestinal (TFI) no especificado.

3.- El Síndrome de intestino irritable es el trastorno intestinal caracterizado por dolor abdominal recurrente asociado con la defecación o con un cambio del hábito intestinal, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, así como hinchazón o distensión abdominal.

4.- Las Sociedades Nacionales e Internacionales del Aparato Digestivo basan su diagnóstico en los criterios de Roma IV de los trastornos funcionales digestivos, siendo criterios diagnósticos dolor abdominal recurrente, al menos un día por semana (en promedio), en los últimos 3 meses, asociado con dos o más de los siguientes criterios:

- Relacionado con la defecación.
- Asociado a un cambio en la frecuencia de las heces.
- Asociado a un cambio en la forma (aspecto) de las heces.

5.- El tratamiento de este síndrome se basa en el tratamiento de la dieta más adecuada según los síntomas y el uso de espasmolíticos cuando predominan las molestias/dolor intestinales.

6.- Así, vemos una paciente con trastornos crónicos del funcionamiento digestivo que había sido remitida para valoración por Digestivo. En base a la sintomatología recurrente mostrada, según aclara la especialista -sólo cuando se pone nerviosa, presenta: ruidos intestinales, distensión abdominal y diarreas, sin sangrado (cuadro clínico muy sugestivo de trastornos funcionales digestivos), razonablemente enmarca el probable diagnóstico dentro del Síndrome del intestino irritable, siguiendo criterios actuales.

7.- También descartó signos de alarma durante su entrevista: no presencia evidente de sangre en heces, no había antecedentes familiares de cáncer colorrectal, tampoco había presencia de pérdida injustificada de peso -la paciente había bajado de peso «cuidando su dieta», es decir, en relación con cambios de hábitos de dieta. La clínica actual, la ausencia de signos de alarma, con una exploración física normal, una colonoscopia realizada hacía menos de 5 años en la que no se observaron lesiones y los estudios complementarios realizados de Ecografía abdominal y analítica normales no sugieren la presencia de enfermedad orgánica subyacente, ni la necesidad de solicitar otros estudios, por lo que consideró adecuado tanto el momento de la valoración realizada para una consulta que no era urgente per se, como el razonamiento y los medios utilizados para alcanzar un diagnóstico, que según la clínica de la paciente en aquel momento, eran adecuados.

8.- Casi 4 meses después de un episodio de Gastroenteritis autolimitado (dos diarreas sin sangrado) y del diagnóstico de Síndrome de colon irritable dada la clínica mostrada, la paciente presenta un cuadro clínico distinto al hasta ahora objetivado.

Ante esta nueva clínica donde hay evidencia de sangrado activo, tanto en la exploración física como en la analítica, se decide el ingreso de la paciente para su estudio mediante colonoscopia.

9.- Los estudios de colonoscopia, anatomía patológica y TAC concluyeron con el diagnóstico de Cáncer de colon, que fue diagnosticado en estadio precoz, según su clasificación TNM: pT2NO, lo cual quiere decir que el tumor no estaba extendido, sino localizado, por lo que aún si la clínica de la paciente 4 meses atrás hubiera sido distinta y se hubiera podido sospechar y diagnosticar la presencia del tumor; tanto el tratamiento como el pronóstico hubieran sido similares.

Las conclusiones del SIP son:

1.- El servicio público actuó, en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, consentimientos y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a la clínica, requerimientos y situación de la paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- Incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever todo efecto nocivo y, por ende, la Administración Sanitaria no puede tomarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en este caso, a proporcionar los medios adecuados para el diagnóstico, acorde a la clínica manifestada y a proporcionar el tratamiento conforme al diagnóstico obtenido en cada momento.

3.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de asistencia como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería en cada momento.

3. Dado los preceptivos trámites de proposición de prueba y de audiencia, ni la reclamante ni el centro concertado presentan escrito alguno.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad formulada por la interesada, al entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en concreto, ante la inexistencia de daño antijurídico indemnizable.

III

1. 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, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración no cumple exigirle sino 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).

2. También hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -actual art. 32.1 LRJSP- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el “onus probandi” de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el “onus probandi” a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que existió error en el diagnóstico del cáncer de colon, pues éste fue diagnosticado correctamente en el HUNSC, cuatro meses después de haber acudido al Hospital de San Juan de Dios con síntomas que podían indicar la presencia de cáncer, y fue diagnosticada de colon irritable.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de la concurrencia efectiva de estos extremos de hecho en el caso 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 así acceder a la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, la interesada no aporta medio probatorio alguno que sustente sus alegaciones; antes al contrario, de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente, resulta acreditado que recibió asistencia adecuada en el Hospital San Juan de Dios ya que la paciente presentaba trastornos

crónicos del funcionamiento digestivo, sintomatología recurrente mostrada, según aclara la especialista: sólo cuando se pone nerviosa presenta ruidos intestinales, distensión abdominal y diarreas, sin sangrado (cuadro clínico muy sugestivo de trastornos funcionales digestivos), por lo que razonablemente enmarca el probable diagnóstico dentro del síndrome del intestino irritable, siguiendo criterios actuales. También descartó signos de alarma durante su entrevista: no presencia evidente de sangre en heces, no había antecedentes familiares de cáncer colorrectal, tampoco había presencia de pérdida injustificada de peso -la paciente había bajado de peso «cuidando su dieta», es decir, en relación con cambios de hábitos de dieta. Según el SIP, la clínica actual, la ausencia de signos de alarma, con una exploración física normal, una colonoscopia realizada hacía menos de cinco años en la que no se observaron lesiones y los estudios complementarios realizados de ecografía abdominal y analítica normales no sugieren la presencia de enfermedad orgánica subyacente, ni la necesidad de solicitar otros estudios, por lo que no se aprecia que haya existido error de diagnóstico, debido tanto al momento de la valoración, como al razonamiento y los medios utilizados para alcanzar ese diagnóstico, que según la clínica de la paciente en aquel momento, era adecuado.

Que casi cuatro meses después de ese episodio de gastroenteritis autolimitado (dos diarreas sin sangrado) y del diagnóstico de síndrome de colon irritable dada la clínica mostrada, se le diagnostique cáncer de colon se debe a que la paciente presenta un cuadro clínico por completo distinto al presentado en el Hospital San Juan de Dios

Es ante esta nueva clínica, donde hay evidencia de sangrado activo, tanto en la exploración física como en la analítica, y tras los estudios de colonoscopia, anatomía patológica y TAC, cuando se concluye el diagnóstico de cáncer de colon, que además fue diagnosticado en estadio precoz, según su clasificación TNM: pT2NO, lo cual quiere decir que el tumor no estaba extendido sino localizado; por lo que, aún cuando la clínica de la paciente cuatro meses atrás hubiera sido distinta y se hubiera podido sospechar y diagnosticar la presencia en ese momento del tumor, hipótesis que en todo caso, como decíamos antes, no ha podido verificarse, tanto el tratamiento como el pronóstico habrían sido similares.

4. Se pusieron, en suma, a disposición de la interesada todos los medios necesarios para atenderla y no hubo error de diagnóstico, pues este era acorde con los síntomas que presentó el 30 de enero de 2017 cuando acude al Hospital San Juan

de Dios No ha quedado ello demostrado, ni, menos aún, que el diagnóstico a la sazón no resultara razonable y adecuado a la "lex artis" en función de la sintomatología acreditada entonces, El cuadro que presentó cuatro meses después nada tenía que ver con el anterior (ahora de sangrado activo), que, tras estudios de colonoscopia, anatomía patológica y TAC, evidencia cáncer de colon en estadio precoz.

De todo lo anterior debe inferirse, así pues, que el daño por el que se reclama no es consecuencia de la infracción de la "lex artis", ya que está acreditado que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios necesarios para atender su patología, por lo que la actuación dispensada debe calificarse de correcta.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la "lex artis" frustra, según la jurisprudencia aludida anteriormente, el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la asistencia sanitaria recibida, por lo que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de los interesados, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

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