

Dictamen n^o: **427/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.10.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de octubre de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por P.S.G. y J.F.S., P.F.S. y C.F.S., por los daños y perjuicios causados por la defectuosa asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, M.F.C.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 16 de septiembre de 2014 tuvo entrada en este órgano consultivo, solicitud de dictamen preceptivo firmada por el consejero de sanidad, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 412/14, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Doña María José Campos Bucé quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la

reunión de la Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 8 de octubre de 2014.

SEGUNDO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por la esposa e hijos de M.F.C., registrada de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 22 de octubre de 2013 (folios 1 a 57 del expediente administrativo).

Los reclamantes reprochan a la Administración sanitaria un retraso en el diagnóstico de un carcinoma urotelial de pelvis renal izquierda que afectaba a su familiar y que causó su fallecimiento el día 12 de abril de 2013.

Según el escrito de reclamación, M.F.C. presentaba desde enero de 2012 sintomatología asociada a la enfermedad que causó su fallecimiento. Los interesados señalan que a pesar de que el paciente acudió reiteradas veces a su médico de Atención Primaria y a los Servicios de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y al Hospital Universitario Infanta Leonor, no se alcanzó el diagnóstico del tumor hasta el mes de agosto de ese mismo año. Igualmente indican que, una vez efectuado el diagnóstico de la enfermedad, su familiar no fue intervenido de manera urgente sino que la operación se llevó a cabo el 26 de septiembre de 2012.

En virtud de lo expuesto, los interesados solicitan una indemnización de ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

Con el escrito de reclamación se adjunta copia del libro de familia del fallecido, el certificado de defunción de M.F.C. así como diversa documentación médica.

TERCERO.-Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Centro de Salud Rafael Alberti (folios 62 a 113), del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 114 a 121), del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 122 a 240 ; 250 a 258 y 273 a 284 del expediente) y del Hospital Virgen de la Torre (folios 241 a 243 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha emitido el informe de 15 de noviembre de 2013 del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en el que se detalla que el familiar de los reclamantes fue atendido en dos ocasiones en dicho servicio, no detectándose en ninguna de ellas signo de alarma sugerente de un proceso neoplásico.

También se ha incorporado el informe de 12 de noviembre de 2013 del médico de Atención Primaria del Centro de Salud Rafael Alberti, en el que se realiza un resumen de las atenciones dispensadas a M.F.C. en el citado centro de salud en el periodo indicado en el escrito de reclamación.

Figura en los folios 244 a 249 el informe de la Sección de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor en el que se detallan las asistencias dispensadas al familiar del reclamante desde la primera consulta en ese servicio el día 15 de marzo de 2012. El informe precisa que los resultados de las pruebas pautadas no hacían sospechar patología o enfermedad neoplásica, sino que apuntaban a un proceso digestivo, pero ello no impidió que se continuara el estudio del paciente y se pautaran nuevas pruebas (colonoscopia, Tac abdominal...). Termina señalando que la actuación fue

conforme a la *lex artis* por cuanto se pautaron las pruebas acordes con la sintomatología que presentaba el paciente en cada momento.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de 17 de enero de 2014 de la Sección de Urología del Hospital Universitario Infanta Leonor en el que tras exponer las distintas atenciones en dicho servicio, se concluye que la actuación fue conforme a la *lex artis*.

También figura en los folios 260 a 271 el informe de la Inspección Sanitaria de 14 de marzo de 2014 en el que después de analizar la asistencia sanitaria dispensada a M.F.C. y realizar las oportunas consideraciones médicas sobre la atención dispensada en los distintos servicios médicos, subraya que los síntomas que el paciente comunicó desde febrero de 2012 (dolor abdominal de localización cambiante, estreñimiento, discreta pérdida de peso) eran propios de un proceso digestivo y no, como se afirma, de una afección renal. Añade que el paciente fue estudiado de acuerdo a la sintomatología que presentaba, siguiendo una secuencia lógica. El informe incide en que durante el proceso se halló patología digestiva real (gastritis y diverticulosis) que justificaba los síntomas y, como hallazgo casual, un posible urotelioma en pelvis renal izquierda. Incide en que a partir de la sospecha inicial y hasta la intervención quirúrgica el 26 de septiembre de 20112 se llevaron a cabo todas las pruebas diagnósticas obligadas para su confirmación y delimitación. El informe concluye señalando que la asistencia fue ajustada a la *lex artis ad hoc* y que “*no se objetiva demora diagnóstica*”.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y en el artículo 11 del RPRP, el día 26 de mayo de 2014 se confirió el oportuno trámite de audiencia a los reclamantes. No hay constancia en el expediente de que los interesados formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 6/2014, de 17 de marzo- se dicta propuesta de resolución en fecha 1 de septiembre de 2014, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la actuación sanitaria reprochada fue conforme a la *lex artis* y no apreciarse la demora diagnóstica reprochada.

CUARTO.- Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

El paciente, M.F.C., de 81 años de edad en el momento de los hechos, acude el día 17 de febrero de 2012 a consulta de su médico de Atención Primaria. Se anota que el paciente *“se queja de dolor abdominal con irradiación en todo el abdomen, dice que no es continuo”*. Se solicita RX de abdomen por sospecha de diverticulosis (se abre episodio bajo este epígrafe en la historia clínica).

El día 2 de marzo de 2012 M.F.C. acude de nuevo a consulta de su médico de Atención Primaria al continuar con dolor abdominal. Se solicita interconsulta al Servicio de Digestivo.

El paciente acude el día 15 de marzo a consulta del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor. Refiere epigastralgia de 1 mes de evolución, pérdida de 3 Kg en 3 meses y estreñimiento reciente. Se emite el juicio diagnóstico de *“epigastralgia de 1 mes de evolución y estreñimiento”*. Se pauta la realización de analítica, gastroscopia, y colonoscopia.

En abril de 2012, se realiza la analítica solicitada con el resultado de marcadores tumorales normales, excepto CA 19-9 que aparece elevado (212U/ml) así como que se aprecia un leve aumento de la enzima glutamiltransferasa (GTT).

M.F.C. acude el día 8 de abril de 2012 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón por “*dolor continuo en flanco izquierdo que se irradia a fosa renal e iliaca del mismo lado de 10-15 días de evolución, que mejora con el reposo y paracetamol*”. Se anota que el paciente está en estudio por el Servicio de Digestivo por “*estreñimiento inespecífico de 1-2 meses de evolución*” y que no refiere otros síntomas. Se realiza analítica y otras pruebas complementarias. No hay hallazgos de hematuria. El paciente es dado de alta con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico en probable relación con estreñimiento habitual.

El día 26 de abril siguiente se realiza esófagogastroduodenoscopia con el resultado de “*Gastritis crónica atrófica*”.

El paciente anula las citas programadas en el Hospital Universitario Infanta Leonor y acude a un centro privado.

El día 27 abril acude a consulta del médico de Atención Primaria. Se solicita test de aliento. El día 29 de mayo se realiza test de aliento positivo (*Helicobacter Pylori*). Se pauta tratamiento.

El día 18 de junio el paciente acude a consulta del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor. Refiere “*dolor en fosa ilíaca izquierda irradiado a espalda y mejoría del hábito intestinal*”. Valorados los hallazgos analíticos y endoscópicos se prescribe tratamiento farmacológico y se solicita TAC abdómino-pélvico.

El día 22 de junio se realiza TAC en el que se aprecia en el riñón izquierdo una imagen que sugiere urotelioma, litiasis en polo inferior y quistes sinusales.

El día 2 de julio de 2012 se realiza ecografía abdómino-pélvica de riñón izquierdo con el siguiente resultado: ectasia piélica con posible dilatación calicial sin poder descartar se trate de grasa del seno.

El día 24 de julio M.F.C. acude a consulta de Urología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se anota en la historia clínica que el paciente está *“en seguimiento en consulta de Digestivo por enfermedad diverticular y estudio de disminución de peso y elevación de Ca 19-9 (...). No ha presentado hematuria”*. Tras revisar la TAC anota: *“no se identifica claramente una lesión sugerente de neoplasia”*. Se pauta la realización de Urografía intravenosa y citología en orina.

El día 6 de agosto de 2012 se realizan Urografía Intravenosa con el resultado de imágenes sugerentes de urotelioma en pelvis renal y uréter distal. Se realiza ecografía renal en la que se aprecian probables neoformaciones uroteliales izquierdas múltiples.

El día 14 de agosto acude a consulta del Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Leonor, en el que refiere que persiste *“dolor en flanco izquierdo”*. El paciente no presenta hematuria. Se anota que *“explico su enfermedad. Se decide para operar. Pido cistoscopia. Lista de Espera (LE) y Consentimiento informado (CI) para RTUV (resección transureteral de vejiga) y nefroureterectomía”*.

El día 28 se realiza cistoscopia sin hallazgos. Se decide realizar un nuevo TAC.

El día 14 de septiembre de 2012, se realiza TAC toraco-abdominopélvico, en el que se observa engrosamiento irregular y parcheado de la pared del sistema excretor izquierdo, a descartar urotelioma multifocal y lesión hepática ocupante de espacio (LOE) sugestiva de metástasis.

El día 15 de septiembre acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por *“edemas en MMI orina colúrica”*. Se emite el diagnóstico de *“hematuria 2ª a urotelioma avanzado y edemas 2º a hipoproteinemia”*.

El día 19 de septiembre el Servicio de Urología habla con la familia del diagnóstico y tratamiento.

El día 26 de septiembre de 2012 se realiza Nefroureterectomía laparoscópica izquierda que evidencia adenopatías perihiliares y peripediculares. M.F.C. recibe el alta el 3 de octubre de 2012.

El día 15 de octubre de 2012 el paciente acude a consulta de Oncología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se anota el informe de Anatomía Patológica con el diagnóstico de urotelioma de pelvis renal izquierda, Estadio IV (metástasis hepática). De acuerdo con la familia, que prefiere que el paciente ignore el diagnóstico, se decide tratamiento sólo sintomático.

M.F.C. presenta un deterioro progresivo hasta su fallecimiento el 12 de abril de 2013.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por los reclamantes en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

SEGUNDA.- La reclamación se ha presentado por la esposa e hijos del paciente fallecido. En el caso examinado, es evidente que los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño moral causado por el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los reclamantes con el fallecido, mediante la presentación de fotocopia del Libro de Familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “*desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil («*actioni nondum natae, non prescribitur*»).

En el presente caso, el *dies a quo* es el 12 de abril de 2013, fecha en la que se produjo el fallecimiento del paciente, por lo que la reclamación

presentada por sus familiares el día 22 de octubre de 2013 se habría formulado en el plazo de un año que marca el texto legal.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado el informe de los servicios implicados en el proceso asistencial del familiar de los reclamantes. También durante la instrucción se ha incorporado el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria. Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a los interesados, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución de 1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de

personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

Además, en materia de daños causados como consecuencia de la prestación de asistencia sanitaria, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en*

ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debiendo éste reunir además la condición de antijurídico.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

En el presente caso, los reclamantes dirigen su reproche a la Administración Sanitaria, a la que imputan una demora en el diagnóstico de carcinoma urotelial de pelvis renal izquierda que afectaba a su familiar, pues sostienen que, a pesar de que el paciente acudió reiteradas veces a distintos servicios médicos desde el mes de enero de 2012, no se alcanzó el diagnóstico hasta el mes de agosto siguiente, y una vez detectada la enfermedad, su familiar no fue intervenido de urgencia sino que la operación se demoró hasta el 26 de septiembre de 2012. Por tanto, en este caso la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, bien por la falta de realización de pruebas y utilización de recursos o bien por ser los médicos que atendieron al familiar de los reclamantes incapaces de llegar al diagnóstico acertado con las pruebas practicadas. La determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad, y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente fallecido valoraron adecuadamente los síntomas y resultados de las pruebas realizadas, se convierte en la cuestión central a examinar.

En este punto, frente a las alegaciones de los reclamantes carentes de sustento probatorio, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la

asistencia dispensada al familiar de los interesados fue la correcta, actuando en cada momento según la sintomatología que presentaba el paciente. En este punto es relevante el informe de la Inspección Sanitaria, por su presumible imparcialidad, que recuerda la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de marzo de 2013 cuando señala que *“los Inspectores Médicos son independientes del caso y de las partes y que, salvo que se demuestre lo contrario, actúan con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad”*. Pues bien, en este caso, el mencionado informe, tras analizar la historia clínica relativa a M.F.C., señala que asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis ad hoc* y que *“no se objetiva demora diagnóstica”*.

El informe de la Inspección Sanitaria incorporado al procedimiento realiza un detallado análisis de la enfermedad diagnosticada al familiar de los reclamantes. En este punto detalla que se trata de una neoplasia que suele dar poca clínica, por lo que el diagnóstico suele ser fortuito. En cuanto a la sintomatología que puede ser indicativa de la enfermedad, señala que el síntoma más habitual es la hematuria y a distancia, el dolor en la fosa renal y/o una masa lumbar. Añade que en estadios más avanzados puede aparecer un síndrome constitucional.

En el caso del paciente el síntoma principal, la hematuria no aparece constatado en la historia clínica en el periodo señalado por los reclamantes, sino que la primera referencia aparece en la consulta del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor el día 15 de septiembre de 2012, una vez realizado el diagnóstico de la enfermedad.

Por lo que se refiere al otro síntoma, dolor en fosa renal, la historia clínica muestra el 17 de febrero de 2012, en la consulta del médico de Atención Primaria, como primera fecha en la que el paciente manifiesta dolor abdominal. También consta el dolor abdominal como motivo de

consulta al médico de atención primaria el 2 de marzo de 2012 y la derivación al Servicio de Digestivo, donde es visto el 15 de marzo de 2012, informándose un cuadro de epigastralgia, estreñimiento y pérdida de peso. Respecto a estas consultas el informe de la Inspección Sanitaria destaca que la sintomatología no apuntaba a una afección como la que después se diagnosticó, ya que el dolor no era localizado, pues en la primera consulta el paciente manifestaba dolor en todo el abdomen y en la segunda alegaba dolor en ambas fosas ilíacas, sin apreciarse en la exploración masas o megalias.

El informe de la Inspección Sanitaria destaca que en estas primeras consultas la sintomatología era propia de un proceso digestivo, y que se pautaron las pruebas acordes a la sintomatología. En este sentido subraya que las pruebas realizadas evidenciaron una gastritis crónica atrófica y diverticulosis en sigma, cuya presencia *“justificaba perfectamente la sintomatología”*.

En la consulta que el paciente realiza en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón, el día 8 de abril de 2012, la historia clínica muestra que el dolor aparece más localizado, si bien los informes médicos destacan que en ese momento la clínica no apuntaba a una situación de urgencia. En este punto se subraya que las pruebas realizadas no mostraban hematuria, que es el principal signo de alarma, según hemos indicado anteriormente. Conviene señalar, como hemos expresado en anteriores dictámenes de este Consejo, que los Servicios de Urgencias no tienen como función realizar todo tipo de pruebas sino que éstas se dirigen en función de los datos clínicos, descartando patologías urgentes. En este sentido se manifiesta el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Esta norma contiene, en su anexo IV, la cartera de servicios comunes de

prestación de atención de urgencia, que se define como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”*. En este caso, a la inexistencia de signos de alarma, se sumaba que el paciente estaba siendo tratado por un servicio especializado de una patología (estreñimiento inespecífico) que justificaba la clínica que presentaba el paciente.

Respecto a resultado de la analítica con el marcador tumoral CA 19-9 discretamente elevado y un leve aumento de la enzima glutamiltransferasa, la Inspección Sanitaria destaca en su informe que existen menos de 30 casos en la literatura científica en los que se aprecie un incremento de CA 19-9 en el urotelioma de pelvis renal y en la mayoría de ellos con niveles superiores a 1000U/ml (en este caso 212 U/ml). En cuanto a la enzima GTT con datos elevados, la Inspección destaca que es poco significativo, siendo habitual en pacientes con EPOC, diabetes o en tratamiento con paracetamol y propanol, *“circunstancias, todas ellas, concurrentes en este paciente”*.

La historia clínica muestra que el paciente anuló las citas que tenía para la realización de las pruebas pautadas en el Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Leonor para su realización en un centro privado, lo cual resulta relevante por cuanto que como señala el informe de dicho servicio, la alteración de los marcadores tumorales que se apreciaba en la analítica realizada, podría haber sido tomada en cuenta en la realización de dichas exploraciones, ya que destaca que es una norma de obligado cumplimiento en el Servicio de Digestivo la comprobación de los resultados de analítica de sangre antes de las exploraciones endoscópicas. El hecho de que el paciente decidiera acudir a un centro privado, determinó que no fuera hasta la consulta programada de 18 de junio de 2012 cuando se pudieran tener en cuenta esos resultados. La Inspección Sanitaria destaca que en la citada consulta de junio de 2012, en la que el paciente

refería dolor en fosa iliaca izquierda irradiado a la espalda, si bien esa sintomatología podía venir justificada por las entidades diagnosticadas (gastritis y diverticulosis) y el paciente no presentaba hematuria, el resultado de la analítica sumado a una pérdida moderada de peso justificaba que en ese momento se pautara un TAC abdomino-pélvico.

Los informes médicos que obran en el expediente destacan que los resultados del TAC realizado el 22 de junio, si bien eran sugerentes de un urotelioma sin embargo no fueron concluyentes. Por ello la Inspección Sanitaria considera adecuado que se pautaran la realización de otras pruebas “*obligadas para su confirmación y delimitación*”. De esta manera el diagnóstico definitivo se alcanza el 14 de agosto de 2012, tras la realización de urografía y ecografía renal.

En cuanto al retraso en la realización de la intervención reprochada por los familiares del paciente, el informe de la Inspección Sanitaria, además de destacar que la nefreureterectomía en casos como el del paciente es sólo con intención paliativa no curativa, niega el retraso en la operación pues incide en que tras el diagnóstico es precisa la realización de un preoperatorio para el estudio de extensión del tumor, en el que resulta obligatoria una citoscopia, que en este caso descartó cáncer de vejiga de frecuente concurrencia y un nuevo TAC, que evidenció metástasis hepáticas.

En definitiva, en el presente caso los reclamantes no presentan prueba alguna que ponga de manifiesto la infracción de la *lex artis* en el supuesto controvertido. Por el contrario, a la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, cabe concluir que la atención médica prestada al familiar de los reclamantes fue constante y adecuada a la práctica médica y a la sintomatología que presentaba el paciente en cada momento, de manera que no cabe apreciar falta de medios ni el retraso de diagnóstico y de tratamiento reprochados como fundamento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al familiar de los reclamantes, ni el retraso de diagnóstico y de tratamiento reprochados.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 8 de octubre de 2014