

Dictamen n.º: **2/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.01.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de enero de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D., por el fallecimiento de su respectivo cónyuge y padre, D., que atribuyen a un retraso en el diagnóstico de un cáncer vesical en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por el abogado de las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen el 22 de enero de 2024 en el registro de la Consejería de Sanidad.

El escrito indica que el respectivo esposo y padre de los reclamantes falleció el 21 de julio de 2023, a los 63 años, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en dicho centro.

Según los reclamantes, el fallecido, con antecedentes urológicos de adenomectomía prostática en 2014 y frenulectomía en 2017, comenzó a presentar frecuentes episodios de dificultad miccional y hematuria en abril de 2022, lo que le llevó a acudir en diversas ocasiones al Servicio de Urgencias del citado hospital, entre el 5 de abril y el 7 de septiembre de 2022, relatando a continuación las diversas asistencias sanitarias recibidas por el paciente en tales episodios.

Indican que, durante seis meses, su familiar acudió al Servicio de Urgencias con la misma sintomatología y que, sin embargo, *“los facultativos no hacían más que infravalorar su padecer. No solo no fue sometido a pruebas diagnósticas que ayudasen a concretar el origen de su dolencia, sino que indebidamente recibía el alta, aunque el estudio urológico estuviese pendiente de completar”*.

Los reclamantes afirman que los datos de alarma no tardaron en agravarse, y que la falta de una correcta exploración y de atención a la sintomatología presentada por el paciente le llevaron a acudir al Servicio de Urgencias el 11 de septiembre de 2022, de nuevo por dolor perineal de días de evolución, sin mejoría con analgesia. Refieren que, a la exploración física, se reseñó un área indurada en base del pene dolorosa a la palpación y que, en la región inguinoescrotal derecha, se palpó un nódulo indurado no móvil. Indican que, tras la realización de una TAC, se objetivaron múltiples colecciones peneanas compatibles con abscesos, y un *“nódulo hiperdenso de 9mm en el polo inferior del riñón izquierdo, sugerente de quiste complicado vs. lesión renal sólida”*, por lo que se decidió cirugía urgente, que se llevó a cabo el 12 de septiembre de 2022. Según el escrito, ante todos estos hallazgos, se estableció como juicio clínico un cáncer escamoso con sospecha de origen vesical, localmente avanzado.

El escrito relata la evolución clínica posterior del paciente hasta que recibió el alta el 29 de noviembre de 2022, con el diagnóstico de

carcinoma vesical con metástasis en cuerpos cavernosos. Se señala que, tras múltiples ingresos en el contexto de una sobreinfección tumoral o infección de tracto urinario, mal control de dolor y trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho, así como mala evolución clínica del paciente, se procedió a valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos, y el familiar de los reclamantes falleció el 21 de julio de 2023.

Los reclamantes reprochan que se infravaloró la sintomatología del paciente desde abril de 2022, lo que conllevó un retraso en el diagnóstico y, por ende, una demora en el tratamiento oncológico. Señalan que, si se hubiera actuado diligentemente y se hubieran realizado las pruebas pertinentes para completar el estudio, el tumor habría sido detectado en un estadio abordable, por lo que las expectativas de supervivencia del paciente se habrían visto aumentadas.

Solicitan, por todo ello, una indemnización de daños y perjuicios por importe total de 352.012,79 euros, y con su escrito adjuntan una copia del libro de familia, el certificado de defunción de su familiar, documentación acreditativa de su situación de discapacidad y de los gastos de sepelio realizados, así como diversa documentación médica (folios 1 a 318 del expediente).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del dictamen:

Se trata de un paciente con antecedentes de sordomudez (dificultad en la comunicación), apendicetomía, adenomectomía retropúbica tipo Millin en 2014 y frenuloplastia en 2017.

El 23 de marzo de 2021 es valorado en consultas externas de Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Refiere buena dinámica miccional, sin infecciones del tracto urinario ni

hematuria. Refiere chorro de buen calibre. Flujo 16/321 ml, patrón con prensa abdominal. PSA 1,76. Ecografía: vejiga bien repleccionada, sin evidencia de lesiones vegetantes o intraluminales. Divertículo paravesical izquierdo de 92x75mm. Prostatectomía.

Juicio clínico: divertículo paravesical izquierdo. Se establece plan: revisión con ecografía y PSA en un año.

Con fecha 1 de marzo de 2022, se realiza ecografía de aparato urinario: riñones normales sin dilatación del sistema colector. Sin litiasis. Vejiga con buena distensión sin alteraciones parietales ni intraluminales. Gran divertículo vesical en pared lateral derecha de unos 150 mm. No se objetivan engrosamientos murales en el divertículo. Volumen premiccional de 367 cc, residuo postmiccional de 200cc. Próstata de ecogenicidad heterogénea con áreas hiperecogénicas posteriores que deben corresponder a calcificaciones. Tamaño prostático 42x41x 58mm. Volumen aproximado 52 cc. El 2 de marzo de 2022 se informa el resultado de las analíticas: PSA 2.03, creatinina 1.38

El 5 de abril de 2022 acude a Urgencias por hematuria desde por la mañana, sin otros síntomas miccionales. En el momento de la valoración se comprueba la existencia de hematuria leve en bote de diuresis. A la exploración física, presenta buen estado general, afebril, con constantes vitales dentro de la normalidad. Se valora el resultado de la ecografía realizada en marzo de 2022. Se solicita urocultivo.

Se establece el diagnóstico de "*hematuria*" y se le da de alta al paciente, pautándose tratamiento con antibiótico durante 7 días (cefixima 400 mg cada 24 horas), así como se dan otras recomendaciones: ingesta hídrica adecuada, si hay molestias vesicales Buscapina, realizar citologías de orina y adelantar cita en Urología (con el informe entregado al alta). Si hay fiebre superior a 38°C o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.

Con fecha 6 de abril de 2022, acude a Urgencias por hematuria desde hace dos días y dificultad para la micción desde esa mañana. Acude al baño y, tras salida de coágulo, es capaz de orinar. En el momento de la valoración buen estado general y afebril.

Exploración física: tensión arterial 152/74 mmHg y frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto. Leve hematuria en bote de diuresis no siendo susceptible de sondaje y sin visualizar coágulos. Debido a motivo por el que acude a Urgencias, se realiza sondaje con Tiemann de 14 Fr, sin incidencias, con salida de 500cc de orina ligeramente hematúrica, sin coágulos. Resuelto el episodio, se procede al alta de la urgencia con sonda. Juicio clínico: *"hematuria a estudio"*.

Al alta, se pauta tratamiento con antibiótico (cefixima 400mg cada 24 horas) y se indica adelantar la consulta de Urología.

El 8 de abril de 2022 acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. Sin síndrome miccional ni otra sintomatología. Sin traumatismos recientes. Afebril y hemodinámicamente estable. Exploración física: abdomen blando y depresible, se palpa globo vesical. Recambio de sonda vesical por Tiemann de 16 Fr, con salida de orina (mayor de 500cc) por la misma. Resuelto el episodio, se procede al alta de la urgencia con sonda vesical. Juicio clínico: obstrucción de la sonda vesical. Al alta, se recomienda ingesta hídrica adecuada, Buscapina si hay molestias vesicales, cefixima 400 mg durante 7 días. Realizar citologías de orina y si fiebre superior a 38°C o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.

Con fecha 23 de abril de 2022, acude de nuevo a Urgencias por imposibilidad de la micción de 5 horas de evolución, tras la retirada de la sonda vesical. Se realiza sondaje vesical, con salida de 1000 cc de orina clara. Episodio de RAO previo en contexto de hematuria, dado de alta posteriormente con citologías de orina y recomendación de revisión

en consulta. Dada la ausencia de datos de alarma, se decide al alta. JC: "RAO". Se dan recomendaciones: ingesta hídrica adecuada, si hay molestias vesicales Buscapina, citologías de orina pendientes. Acudirá a Centro de Especialidades de Moratalaz como tenía previsto, sin retirar la sonda vesical hasta entonces.

El 25 de abril de 2022 se cierra informe de citología de orina: citología negativa para células malignas.

Con fecha 27 de abril de 2022, acude a la consulta de Urología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se valora que tuvo episodio de hematuria total con retención aguda de orina por coágulos y tuvo que ser sondado 2 veces. Se revisa la ecografía de marzo (similar a las anteriores, celda prostática con calcificaciones-divertículo vesical). Se retira la sonda vesical. Se cita para consulta telefónica en 1 mes.

El 30 de abril de 2022 acude a Urgencias por dolor en la pierna derecha e ingle y lesión eritematosa en la zona lumbar. Sin fiebre y sin clínica miccional. Es valorado por Dermatología de guardia; a la exploración física, presenta vesículas de contenido seroso, agrupadas sobre base eritematosa en las localizaciones referidas anteriormente, correspondientes a metámera L1-2. Juicio clínico: lesiones compatibles con herpes zoster L1-2 derecho. Se pauta tratamiento específico.

Con fecha 20 de mayo de 2022, acude a Urgencias por imposibilidad en la micción. Se realiza sondaje vesical con Foley 16, con salida de 1000 cc de orina hematórica no subsidiaria de lavados vesicales. Se realiza lavado manual, sin obtener coágulos y aclarando casi por completo.

Exploración física: tensión arterial 132/95 mmHg y frecuencia cardíaca 92 lpm. Citologías de orina: negativas. Se recoge nuevo urocultivo. Se establece como juicio clínico *"retención aguda de orina de repetición y hematuria a filiar"*. Se pauta tratamiento: ingesta hídrica

adecuada y antibiótico (fosfomicina). Se indica retirada de la sonda vesical en 3 semanas en el centro de salud, acudir a realización de cistoscopia y posterior consulta en Urología según se adjunta en volantes. Si hay molestias paracetamol, si hay fiebre superior a 38°C o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.

El 29 de mayo de 2022 acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. Se realiza lavado por Enfermería y recambio de la misma por Foley nº 16, sin dificultad, con permeabilidad y orina clara. Juicio clínico: *"obstrucción de la sonda vesical"*. Se pauta tratamiento con Buscapina si hay espasmos vesicales, Neomyx (dutasterida/hidrocloruro de tamsulosina) cada 24 horas de forma indefinida, mantener la sonda vesical según informe previo de Urgencias y revisión en consultas según lo tiene previsto. Si hay mala evolución o fiebre, acudir a Urgencias de nuevo.

Con fecha 31 de mayo de 2022, acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. Se realiza lavado manual de la sonda con salida de 1000 cc de orina clara. Se solicita cistoscopia.

Exploración física: tensión arterial 130/80 mmHg y frecuencia de 108 lpm. Se establece como juicio clínico retención aguda de orina. Se establece tratamiento al alta con Buscapina si hay espasmos vesicales, Neomyx 1 comprimido cada 24 horas de forma indefinida, mantener sonda vesical hasta realización de cistoscopia y revisión en consultas según previsto. Si hay mala evolución o fiebre mayor de 38°C, acudir a Urgencias de nuevo.

De nuevo en Urgencias el 1 de junio de 2022 por obstrucción de la sonda vesical. Se realizan lavados de la sonda, saliendo 1000 cc de orina clara. Juicio clínico: *"obstrucción sonda vesical"*. Alta.

El 6 de junio de 2022 acude a Urgencias por dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda, de moderada intensidad, continuo, que no mejora con paracetamol.

Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco y fosa iliaca izquierda. Mínimo deterioro de la función renal. Analítica de orina: bacteriuria abundante, hematuria, piuria. Tira reactiva: hemoglobina y nitrito en orina. Radiografía de abdomen: se evidencia imagen de litiasis en uréter distal/ vejiga vs flebolito. Valorado por el Servicio de Urología de guardia. Se pauta antibiótico intravenoso (Ceftriaxona).

Juicio clínico: infección del tracto urinario. Se establece tratamiento al alta, continuando antibiótico (Cefixima) durante 7 días, paracetamol y, si hay más dolor, metamizol. Si hay mala evolución o fiebre mayor de 38°C, acudir a Urgencias de nuevo.

Con fecha 8 de junio de 2022, de madrugada (04:19 horas), acude a Urgencias por fiebre y empeoramiento del dolor en la fosa iliaca izquierda.

Exploración física: temperatura 37°C. Tensión arterial 128/79 mmHg, frecuencia cardíaca 116 lpm. Buen estado general, hemodinámicamente estable. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda. Sin signos de irritación peritoneal. Bacteriuria moderada en sedimento, cilindros hialinos, eritrocitos. Hematuria.

Se valora que tiene programada cistoscopia el 10 de junio de 2022 por retenciones agudas de orina de repetición. Se comenta el caso con Urología de guardia. Juicio clínico: infección del tracto urinario con mal control del dolor. Al alta se indica: suspender tratamiento con cefixima y acudir el 8 de junio de 2022 al hospital de día para valoración clínica y administración de antibiótico intravenoso.

El 9 de junio de 2022, informe de alta del hospital de día, donde es citado para tratamiento intravenoso. Refiere buena evolución sin dolor, afebril y sin otros síntomas. Se decide alta, cambiando el tratamiento antibiótico con ciprofloxacino oral. Juicio clínico: infección del tracto urinario en paciente portador de sonda vesical, posible componente de prostatitis.

Con fecha 21 de junio de 2022, consulta de Urología. Se valoran antecedentes urológicos, retenciones de orina de repetición (5 episodios desde abril de 2022) y la retirada de la sonda vesical el día 14 de junio de 2022. Buena dinámica miccional, con chorro de buen calibre, con sensación de vaciado completo.

Se realiza cistoscopia: meato uretral y uretra sin alteraciones. Celda prostática amplia. Vejiga de buena capacidad y distensibilidad. Pseudodivertículo de gran tamaño en mitad de cara lateral derecha/cara posterior que se explora por completo. No se observan lesiones sospechosas de malignidad. Orificios ureterales visualizados y libres. Se solicita estudio urodinámico, con cita para revisión en Urología en julio de 2022, como tenía previsto.

El 23 de junio de 2022 acude a Urgencias por imposibilidad para la micción. Buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable. Se realiza sondaje vesical, extrayéndose 1700cc de orina clara. En urocultivo, se aísla *Klebsiella pneumoniae*, sensible a Ciprofloxacino. Juicio clínico: retención aguda de orina. Se da el alta a domicilio, pautándose Buscapina, si hay dolor, y fosfomicina durante 7 días. Se indica mantener uroREC (Silodosina) hasta revisión en consultas de Urología, realización de estudio urodinámico previo a consultas, y mantener la sonda vesical hasta la revisión en consultas de Urología.

Con fecha 13 de julio de 2022, a las 10:23 horas, acude a Urgencias por dolor abdominal en ambos flancos, irradiado a región

inguinal derecha, asociado a vómitos y sensación febril. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en ambos flancos.

Analítica: leucocitos 12200, neutrófilos 11100, fibrinógeno 761, procalcitonina 0.61, PCR 31.3 (normal 0-5). Bacteriuria abundante, hematuria, esterasa leucocitaria, piuria. Nitrito en orina (tira reactiva).

Se administra antibiótico intravenoso (Ceftriaxona 2g). Se solicita cambio de sonda y recoger urocultivo. Juicio clínico: infección del tracto urinario en paciente portador de sonda. Se pauta tratamiento al alta con antibiótico durante 7 días (cefixima 400mg), mantener sonda vesical hasta revisión en consulta de Urología el 28 de julio de 2022 y recomendaciones generales.

Ese mismo día, a las 21:46 horas, acude de nuevo a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. Abdomen blando y depresible. Sin signos de irritación peritoneal. Se realiza lavado manual de la sonda vesical: orina clara con sedimento en bolsa. Sondaje vesical permeable.

Juicio clínico: obstrucción de la sonda vesical. Al alta, se pauta tratamiento con cefixima 400 mg durante 7 días y Buscapina, si hay dolor tipo espasmo. Se indica mantener la sonda hasta revisión en consultas de Urología.

Los días 15 y 16 de julio de 2022, acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. El día 16 de julio, refiere ausencia de micción y sensación de globo vesical. Escozor uretral y náuseas. Último urocultivo: E. faecalis multisensible.

Exploración física: regular estado general, temperatura 37.8°C. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, con cierta defensa abdominal, sin clara sensación de globo vesical.

Analítica: leucocitos 12100, neutrófilos 10210, fibrinógeno 853, procalcitonina 0.91, PCR 117.3, sodio 129. Bacteriuria abundante, eritrocitos 20-40/campo y piuria.

Valorado por Urología de guardia: *“paciente valorado 3 veces en última semana por ITU en paciente portador de SV. Múltiples episodios de obstrucción de sonda por contenido purulento. Inicio cobertura inicialmente con cefixima desde ayer cambio de cobertura a fosfomicina. Acude hoy por nuevo episodio de obstrucción de sonda. Paciente en el momento estable y afebril. Se comprueba obstrucción de sonda vesical. Recambio de la misma por parte de enfermería. Último UC E faecalis multisensible. Previo Klebsiella Pneumoniae multisensible. JC: ITU en paciente portador de SV. Tras recambio de SV, pasa a Medicina Interna para valorar cobertura antibiótica intravenosa y seguimiento. Tiene pendiente revisión en urología con urodinamia próximo 28/7/22. Mantener SV hasta la consulta. Por parte de urología no precisa mayor seguimiento durante ingreso”*. Se cursa ingreso para vigilancia y antibioterapia intravenosa, ajustada según urocultivos previos.

Juicio clínico: infección complicada del tracto urinario por E. Faecalis en portador de sonda vesical. Retenciones agudas de orina de repetición. Es dado de alta el día 19 de julio de 2022, con tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico hasta el día 26 de julio, y manteniendo la medicación habitual que estaba tomando. Cita en hospital de día de Enfermedades Infecciosas el 28 de julio, tras valoración en Urología, para valoración del evolutivo y toma de nuevo urocultivo.

El 25 de julio de 2022 acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical, por lo que es valorado por Urología de guardia. Recambio de la sonda por SAMUR el día anterior y, desde entonces, dolor en el testículo derecho. Sin fiebre. Se realiza lavado manual, sonda permeable. Es valorado por Urología de guardia con exploración física:

muy ligero engrosamiento de cola de epidídimo derecho, sin datos de complicación. Sin zonas de fluctuación. Juicio clínico: *"obstrucción de sonda vesical + posible epididimitis derecha"*.

Se indica tratamiento al alta con Enantyum (antiinflamatorio), si hay dolor, y levofloxacino 500mg (antibiótico) durante 15 días. Se indica recambio de sonda vesical cada mes y medio. Si hay fiebre o mala evolución, acudir nuevamente a Urgencias.

Ese mismo día sobre las 23:00 h, acude de nuevo a Urgencias por fuga de orina alrededor de la sonda vesical y molestias en el testículo derecho y periné. Sin fiebre ni otra sintomatología. Es valorado por Urología de guardia con exploración física: sonda vesical permeable con abundante sedimento levemente piúrico. Molestias a la palpación en epidídimo derecho, no claramente sospechoso de epididimitis. Juicio clínico: *"molestias por sonda vesical/ ITU"*. Se indica tratamiento al alta con Enantyum (antiinflamatorio), si hay dolor, y levofloxacino 500mg (antibiótico), durante 15 días. Se indica acudir a revisión con Urología como tiene previsto y recambio de sonda vesical cada mes y medio. Si hay fiebre o mala evolución, acudir nuevamente a Urgencias.

El 28 de julio de 2022 acude a revisión a la consulta de Urología. En tratamiento antibiótico con Septrim por epididimitis derecha. Tiene cita ese mismo día en hospital de día para control de evolución. Se le propone aumentar el calibre de la sonda vesical. Tiene pendiente la realización de estudio urodinámico (cistoscopia con cuello amplio, no parece que la causa de la retención sea por obstrucción, sino más por deficiencia de vaciado vesical). Se recambia sonda a 20Fr, de cara a intentar evitar nuevas obstrucciones. Se deja citada la revisión tras el estudio urodinámico.

Con fecha 31 de julio de 2022, acude a Urgencias por imposibilidad para la micción a través de sonda vesical. Se cambia sonda a Foley silicona 16 Fr, obteniéndose 900cc de orina clara. Sin

hematuria. De nuevo en Urgencias el 2 de agosto, por molestias con la sonda vesical. Abdomen blando y depresible. Orina clara en bolsa. Abundante sedimento en orina. Se realiza lavado manual con suero salino fisiológico. La sonda vesical se encuentra permeable. Al alta se indica continuar con antibiótico, acudir a revisión con Urología como tiene previsto y recambio de sonda vesical cada mes y medio.

El 6 de agosto de 2022, en Urgencias, es valorado por Urología de guardia. El paciente es muy insistente en la malposición de la sonda y en el dolor infrapúbico. Exploración física: abdomen blando y depresible. Orina clara en bolsa, sigue con sedimento en orina. Se realiza lavado manual de la sonda con suero salino fisiológico. Sonda permeable. Se realiza cambio por Foley látex 22 Fr. Se comprueba adecuada posición de la misma. Al alta se indica continuar con antibiótico y si hay molestias tipo espasmo vesical Buscapina. Acudir a revisión con Urología como tiene previsto y recambio de sonda vesical cada mes y medio.

Con fecha 9 de agosto de 2022, acude a Urgencias por obstrucción de la sonda vesical. Se palpa globo vesical. Sonda vesical mal posicionada. Se coloca sonda del 22 Fr, comprobándose la adecuada posición de la misma. Alta con recomendaciones. El mismo día acude de nuevo a Urgencias por obstrucción de la sonda. Globo vesical. Se realiza cambio de sonda por Foley 18FR (el paciente se niega a colocar una sonda de mayor grosor). Se indica alta con tratamiento: completar cobertura antibiótica con levofloxacino, acudir a revisión con Urología como tiene previsto y recambio de sonda vesical cada mes en su centro de salud.

El 16 de agosto de 2022 acude a Urgencias por dolor testicular e inguinal derecho de una semana de evolución. Niega fiebre y sensación distérmica. Sin aumento de tamaño testicular. Pene sin alteraciones. Ambos testes en bolsa escrotal de tamaño y consistencia normal, no

dolorosos. Epidídimos sin alteraciones. No se palpan masas ni megalias. Sin áreas crepitantes ni fluctuantes. Dolor muy localizado en región inguinal derecha. Dolor a punta de dedo y a la presión. Orina clara por la sonda vesical. Se descarta patología urológica que precise seguimiento en la urgencia. Juicio clínico: Dolor inguinal derecho inespecífico. Se entrega informe en papel por fallo informático. Se indica alta con tratamiento: paracetamol y, si hay más dolor, metamizol 575mg. Continuar con revisiones por parte de Urología como venía haciendo, y si hay fiebre náuseas, vómitos, alteración de tránsito intestinal o deterioro del estado general, acudir a Urgencias.

Con fecha 5 de septiembre de 2022, acude a Urgencias por dolor en el pene y testicular de varios días de evolución, a pesar de paracetamol. Sin otra sintomatología urológica. Afebril, buen estado general y estable hemodinámicamente. Abdomen blando y depresible. Testículos normoposicionados, de consistencia normal, sin alteraciones. Epidídimos sin alteraciones, dolorosos a la palpación. No se palpan masas. Sin datos de torsión testicular. Sin datos de fluctuación, crepitación ni abscesificación. Tampoco se palpan hernias ni varicocele. Sin datos de patología escrotal aguda. A petición del paciente, se cambia la sonda a una de menor calibre por las molestias (Foley 16 Fr).

Juicio clínico: orquialgia inespecífica. Se pauta antiinflamatorio con Enantyum y se solicita urocultivo. Al alta, se recomienda el uso de calzoncillo ajustado y analgesia si hay dolor. Realizar ecografía testicular y de pene, con revisión posterior en consulta. Si hay fiebre mayor o mala evolución, acudir nuevamente a Urgencias.

Tras acudir a Urgencias el 7 de septiembre de 2022 por molestias con la sonda de 2-4 horas de evolución, a pesar de paracetamol, el 11 de septiembre ingresa en Urología por dolor perineal de varios días de evolución, a pesar de la analgesia pautaada. A la exploración física, se palpa área indurada en base del pene dolorosa a la palpación. En región

inguino-escrotal derecha se palpa nódulo indurado no móvil. Sin datos de torsión testicular. Analítica: 117400 leucocitos, PCR 105, procalcitonina 0.08.

Se realiza TAC: hallazgo de múltiples colecciones peneanas compatibles con abscesos sugerentes de cambios inflamatorios/infecciosos como primera posibilidad. Gran divertículo vesical con engrosamiento e hiperrealce mural, a descartar lesión subyacente. Nódulo hiperdenso de 9 mm en el polo inferior del riñón izquierdo sugerente de quiste complicado vs lesión renal sólida, a correlacionar con estudio dirigido.

Se realiza cirugía urgente el 11 de septiembre de 2022 con hallazgos: gran absceso que compromete cuerpo cavernoso derecho y destruye parcialmente la pared cavernosa ipsilateral. Se evacua gran cantidad de pus achocolatado de dicha colección. Defecto parietal en la albugínea cavernosa de aproximadamente 4 x 4 cm. Se toma biopsia de cuerpo cavernoso durante la cirugía. Anatomía patológica de la biopsia de la cirugía: tejido fibroconjuntivo infiltrado por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado remitido (tinción IHQ para p16 negativa).

El 21 de septiembre de 2022 se realiza estudio urodinámico. Conclusión: estudio compatible con vejiga acontráctil, sin poder descartar obstrucción asociada, Deseos miccionales preservados. Retención crónica de orina.

Cistoscopia realizada el 22 de septiembre de 2022: uretra distal sana. En cistoscopia de luz intensa de uretra peneana se objetiva puntos de sutura de cirugía previa de buen aspecto, resto de uretra sana, no lesiones sospechosas ni estenosis. Celda prostática amplia, Prueba dificultada por abundante sedimento. En trigono se objetivan lesiones de aspecto inflamatorio en probable relación a sonda, no

sospechoso de malignidad. En cistoscopia de luz directa se objetiva divertículo de boca ancha, con lesión solida de aspecto mamelonado, que podría ser sospechosa de malignidad. No se objetivan otras lesiones. Citologías negativas para malignidad. Juicio clínico: sospecha de carcinoma escamoso vesical.

Con fecha 28 de septiembre de 2022, se valora el caso en la sesión clínica del Servicio de Urología (sesión de casos operables). Se decide la realización de exploración vesical bajo anestesia / resección transuretral (RTU). Se programa para el día el 3 de octubre de 2022. En tal fecha, se lleva a cabo exploración bajo anestesia, con hallazgo de abundante edema de sonda y zonas eritematosas en caras laterales que son biopsiadas; a nivel de cara lateral derecha se objetiva divertículo de boca ancha en su interior se objetiva lesión solida de aspecto mamelonado con necrosis de la mayor parte de su superficie, ocupando todo el fondo del divertículo, sospechoso de malignidad. Posteriormente, presenta evolución favorable, con orina clara a través de la sonda vesical, y se decide el alta con fecha 5 de octubre de 2022. Se indica continuar con antibiótico al alta y revisión en 4 semanas en consulta de Urología.

El 7 de octubre de 2022 es valorado el caso en sesión clínica del Servicio de Urología. Se decide abordaje quirúrgico (cistoprostatectomía radical + penectomía + uretrectomía).

El 10 de octubre de 2022 acude a Urgencias por dehiscencia de la herida quirúrgica. Exploración física: área infraescrotal de buen aspecto postquirúrgico que no requiere manejo específico. Se recomiendan curas con agua y jabón. Mantener seca la zona. Juicio clínico: dehiscencia de herida. Se indica tratamiento al alta con antibiótico (Augmentine 875/125) durante 5 días más y revisión en consultas de Urología.

Con fecha 25 de octubre de 2022, acude a consulta de Urología. Se explica el procedimiento de cistoprostatectomía radical con linfadenectomía y derivación urinaria mediante conducto ileal, así como penectomía total, con ventajas, inconvenientes y potenciales complicaciones, que entiende y acepta. Firma el documento de consentimiento informado y se lleva una copia. Se solicita preoperatorio y visita pre-anestésica. Se incluye en la lista de espera quirúrgica.

El 9 de noviembre de 2022 ingresa de forma programada en Urología para la realización de cistectomía radical + penectomía + uretrectomía, ante la imposibilidad de resección transuretral de la lesión del divertículo vesical. Juicio diagnóstico: carcinoma escamoso, sospecha de origen vesical, localmente avanzado.

Con fecha 11 de noviembre de 2022, se realiza intervención quirúrgica por parte de Urología (cistectomía radical + penectomía + uretrectomía). En el postoperatorio, presenta picos febrícula a pesar de la antibioterapia. Se realiza TC el 18 de noviembre, encontrándose colección en lecho quirúrgico. Se produce drenaje espontáneo de la colección por leve apertura de herida a nivel escrotal. Posteriormente, evoluciona de forma favorable y se le da de alta hospitalaria el 29 de noviembre de 2022, con juicio clínico de carcinoma vesical con metástasis en cuerpos cavernosos.

Se pauta analgesia, anticoagulación (HIBOR 3500) y se indica acudir a revisión a consultas externas en el plazo aproximado de 2 semanas. Si hay fiebre o empeoramiento clínico, acudir a Urgencias.

El 13 de diciembre de 2022 acude a revisión en consultas externas de Urología. Buena evolución postoperatorio, cicatrices con buen aspecto, mejor control del dolor. Se entrega resultado estudio anatomopatológico de la pieza extirpada. Pieza de cistoprostatectomía: carcinoma urotelial de alto grado (G3), de crecimiento sólido, con

extensa diferenciación escamosa (95%), originado en divertículo vesical, que infiltra macroscópicamente el tejido adiposo perivesical. Próstata, vesículas seminales y bordes quirúrgicos libres. Próstata con hiperplasia fibroadenomatosa benigna. Linfadenectomía derecha e izquierda sin malignidad (0/11 ganglios). Uréteres libres de infiltración. Penectomía: metástasis por carcinoma escamoso que infiltra cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso, compatible con origen urotelial primario. Márgenes de resección y uretra peneana sin evidencia de infiltración neoplásica. Estadio patológico pTNM (AJCC 8ª edición): pT3b pNO pM1b

Plan: se realiza interconsulta a Oncología para tratamiento sistémico.

Con fecha 1 de febrero de 2023, acude de Urgencias, derivado de consultas, por hallazgo incidental de trombosis venosa profunda. Asintomático. En el TC-TAP se evidencian restos tumorales postcirugía, aumentados respecto a estudio previo, en inserción de músculo isquiocavernoso derecho, con probable erosión asociada y trombosis venosa profunda a nivel de vena ilíaca externa y vena femoral común izquierda. Se inicia anticoagulación y se indica continuar seguimiento en consultas.

El 6 de marzo de 2023 acude a Urgencias por hematuria por el Bricker de 4 horas de evolución, sin otros síntomas. Se encuentra en tratamiento con quimioterapia (gemtacetabina-cisplatino). Buen estado general y estable hemodinámicamente. Analítica: hemoglobina 9,9, leucocitos 56000 y coagulación en rango. Se fuerza la diuresis con furosemida obteniéndose orina clara. Se entrega alta.

El paciente presenta recaída tumoral, siendo tratado con Radioterapia y Quimioterapia por los Servicio de Oncología Médica y Radioterápica.

El 14 de marzo de 2023 acude a Urgencias por vómito bilioso y mareo. Se realizan pruebas complementarias, entre ellas TC-TAP el 15 de marzo, en el que se evidencia crecimiento de masa en la anastomosis uretero-ileal, con dilatación secundaria de la vía excretora. Crecimiento de la colección perineal conocida, con erosión ósea asociada. Se realiza punción guiada de la lesión: extracción de material purulento, pero cultivo microbiológico sin aislamientos. Dado que presenta síndrome febril de probable origen de masa tumoral sobreinfectada y progresión tumoral (entre otros), se decide ingreso en Oncología e interconsulta a Urología.

Con fecha 19 de abril de 2023, durante ingreso hospitalario en Oncología, se colocan catéteres de nefrostomía bilaterales, sin incidencias (con motivo de la progresión tumoral). Tras varios ingresos motivados por la progresión tumoral, mal estado general y mal control del dolor tumoral, y en segunda línea de tratamiento (con atezolizumab), el 3 de junio de 2023 ingresa en la UCI por shock séptico de probable origen urinario, hasta el 7 de junio. Posteriormente, se traslada a planta de hospitalización de Oncología, con situación aceptable, manteniendo diuresis y recibiendo cobertura con antibiótico.

El 9 de junio de 2023 experimenta un empeoramiento clínico y se solicita TC, con hallazgo de pielitis enfisematosa en riñón derecho, progresión tumoral local y datos de proctosigmoiditis estercorácea. Al día siguiente, es valorado por Urología: *“paciente con pielitenfisematos y sepsis urinaria, actualmente portador de nefrostomías bilaterales. Por parte de urología no es candidato a tratamiento intencionista, recomendamos antibioterapia intravenosa y mantener nefrostomías bilaterales”*.

Ante la mala evolución del paciente, se procede a valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos. Fallece el 27 de julio de 2023.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del jefe del Servicio de Oncología Médica del centro hospitalario, fechado el 15 de febrero de 2024, quien relata cronológicamente la atención sanitaria dispensada al paciente y señala, entre otras consideraciones, que *“... desde su primera valoración por el Servicio de Oncología Médica hasta su fallecimiento, el paciente fue tratado en tiempos óptimos y ajustados a lo que su enfermedad requería. Por otro lado, durante todo el proceso, el paciente recibió los tratamientos específicos y de soporte recomendados para esta enfermedad y sus sucesivas complicaciones”*.

De igual modo, se ha incorporado al expediente el informe del jefe del Servicio de Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, sin fechar, quien relata de modo cronológico y extenso la atención sanitaria dispensada y explica que *“los episodios en Urgencias por mal funcionamiento o molestias de la sonda vesical fueron tratados correctamente con lavados y/o cambios de la sonda. Al no presentar fiebre y estar hemodinámicamente estable (no signos de alarma) se procedió, de forma correcta, a su alta en el mismo día y se remitió a la consulta de Urología para su estudio”*.

A continuación, el informe describe que *“a) en abril del 2022 el paciente acudió a Urgencias por hematuria. En junio del 2022 se le realizó una cistoscopia en la cual no se observaron neoformaciones en la vejiga ni en el divertículo. Por lo tanto, se puede afirmar que en esta fecha el paciente no presentaba un tumor de vejiga.*

b) Entre el 23-6-22 y el 7-9-22 el paciente acudió al menos en 10 ocasiones por problemas con la sonda vesical sin otra sintomatología y sin signos de alarma. Problemas que se solucionaron con lavados/cambios de sonda ...”.

Posteriormente, con fecha 20 de julio de 2025, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera que la atención dispensada al paciente fue adecuada a la *lex artis*.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 8 de septiembre de 2025, se da traslado del expediente para alegaciones a los reclamantes, quienes, por medio de su representación legal, presentan un escrito el 29 de septiembre de 2025, en el que cuestionan el contenido del informe emitido por el Servicio de Urología del centro hospitalario, refieren que la Inspección médica reconoce que un diagnóstico anticipado habría adelantado el inicio de las medidas terapéuticas. en otras palabras, por lo que asume que existió un retraso diagnóstico y, por ende, del tratamiento, lo que supuso una reducción de las expectativas de supervivencia del paciente. De igual modo, reiteran que la sucesión de contactos asistenciales evidencia que existieron múltiples ocasiones en las que se pudo y debió avanzar hacia un diagnóstico oncológico más temprano, lo que pone de manifiesto claramente la pérdida de oportunidad sufrida.

Finalmente, con fecha 6 de noviembre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- El 16 de diciembre de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid nueva solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de enero de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad de las administraciones públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto cónyuge e hijo del paciente, cuyo fallecimiento les ha ocasionado un indudable daño moral, exonerado de toda prueba. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a las reclamantes con el fallecido mediante copia del libro de familia.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro sanitario integrado en la red sanitaria pública, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el caso presente, en consideración al daño moral ocasionado por el fallecimiento, el “*dies a quo*” vendría determinado por la fecha del óbito, es decir, el 27 de julio de 2023, de modo que la reclamación, presentada el 22 de enero de 2024, ha sido formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, el órgano peticionario del dictamen ha seguido en su instrucción los trámites previstos en las leyes aplicables. Así, se ha recabado informe de los servicios de Urología y de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, implicados en el proceso asistencial del familiar de los reclamantes, y también ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Posteriormente, se

ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior

acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

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, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la*

responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- Los reclamantes reprochan en su escrito el retraso en el diagnóstico y, por ende, la demora en el tratamiento oncológico del tumor vesical que padecía su familiar por parte de los facultativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a pesar de los síntomas que, según se afirma, presentaba el paciente en sus sucesivas visitas a dicho centro.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y 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 actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas

que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más*

indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Son, por tanto, los reclamantes quienes han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”.*

Pues bien, en este caso, los reclamantes no han incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, en el que responsabilizan del error o retraso en el diagnóstico del tumor a los facultativos del centro hospitalario, pero sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada al paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*, adoptando la actitud que demandaban tanto los síntomas como los resultados de las diferentes pruebas diagnósticas realizadas al paciente.

En este sentido, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

Así, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones y los informes emitidos en el curso del procedimiento, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*.

En este punto, cabe recordar que, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para*

el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Al respecto, en relación con las diversas visitas a Urgencias del familiar de los reclamantes y la supuesta omisión de pruebas diagnósticas, la Inspección Sanitaria explica en su informe que *“durante el periodo comprendido entre el 5 de abril (momento de aparición de hematuria) y el 12 de septiembre (160 días/5 meses y una semana), al paciente se le realizaron diversas pruebas diagnósticas fundamentales para la detección inicial del cáncer de vejiga. Estas incluyeron análisis de sangre y orina, cistoscopia y citología urinaria (habiéndose realizado ecografía urinaria en marzo de 2022 sin datos de alarma). Estas exploraciones forman parte del protocolo estándar de evaluación ante la presencia de hematuria, permitiendo identificar posibles alteraciones estructurales o celulares en el tracto urinario que puedan sugerir la presencia de una neoplasia vesical”, concluyendo que “el abordaje diagnóstico fue correcto al tratarse de un hombre mayor de 40 años con hematuria macroscópica y síntomas irritativos, en el que se realizó historia clínica detallada, exploración física, analítica, cistoscopia (método principal para el diagnóstico inicial del cáncer vesical) y citología urinaria (útil para detectar células malignas)”.*

De igual modo, cabe recordar que, como también indica la Inspección Sanitaria, la ecografía urinaria se utiliza con frecuencia en el diagnóstico inicial del cáncer vesical, y tal prueba le había sido realizada al paciente el 1 de marzo de 2022, sin encontrarse signos ecográficos de alarma en la vejiga ni en el divertículo.

En el mismo sentido se pronuncia el jefe del Servicio de Urología del centro hospitalario, para quien *“solo los días 5 y 6 de abril de 2022*

el paciente presentó hematuria y el 21 de junio de 2022 se le realizó una cistoscopia en consulta no observándose tumor en la vejiga”. También recuerda el servicio afectado en el informe incorporado al expediente que en ninguna de las asistencias por Urología se constató la existencia de fiebre, y que el dolor del testículo y la ingle no se constató hasta el 16 de agosto de 2022 (una semana de evolución) y se repitió el 5 de septiembre. Al respecto, el jefe del Servicio de Urología indica que al paciente “se le realizó exploración física sin que se observaran signos de alarma (no masas, no fluctuaciones, no crepitación ni abscesificación ni hernias) que recomendaran la realización de pruebas diagnósticas de imagen”.

En todo caso, dado que el escrito de reclamación reprocha la atención sanitaria dispensada en las sucesivas visitas a Urgencias del paciente, conviene recordar que, como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en su Dictamen 29/20, de 30 de enero, la función de los Servicios de Urgencias va dirigida a las patologías urgentes. Así 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*” de tal forma que concreta que “*una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informe clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial*”.

La Inspección Sanitaria, refiere, incluso, de modo más concreto, que “*en el caso del paciente, que presentaba un gran divertículo vesical, una de las posibles pruebas complementarias descritas en la literatura*

científica es la realización de urografía por tomografía computarizada con contraste (UTC), pero este es un procedimiento que suele reservarse a pacientes que no pueden soportar la inspección por cistoscopia. En el caso del paciente se había realizado cistoscopia el día 21/06/22, considerándose que el divertículo se pudo explorar por completo y sin observarse lesiones sospechosas de malignidad. Esta prueba aumenta su rentabilidad al combinarse con citologías (que fueron negativas) y con ecografía del aparato urinario (realizada en marzo 2022 con resultado normal)”.

Los informes obrantes en el expediente también coinciden en afirmar que no es hasta el 12 de septiembre de 2022, fecha en la que el paciente ingresa por dolor en el pene con zona indurada en su base, con leucocitosis y elevación de la PCR, cuando, tras la realización de una TAC, se objetiva la existencia de un absceso en base del pene y pared del divertículo vesical engrosada y con hiperrealce del contraste, de modo que se realiza drenaje del absceso y biopsia del cuerpo cavernosos destruido-carcinoma epidermoide.

En cuanto al manejo clínico del hallazgo, la Inspección Sanitaria explica que “el 28 de septiembre de 2022 se valora el caso en la Sesión Clínica del Servicio de Urología (sesión de casos operables). Se decide la realización de exploración vesical bajo anestesia / resección transuretral (RTU). Se programa para el día el 3 de octubre de 2022. Actitud correcta.

El 3 de octubre de 2022 se realizó exploración endoscópica bajo anestesia con hallazgo de abundante edema de sonda y zonas eritematosas en caras laterales que fueron biopsiadas; a nivel de cara lateral derecha se visualizó divertículo de boca ancha en su interior; se objetiva lesión solida de aspecto mamelonado con necrosis de la mayor parte de su superficie ocupando todo el fondo del divertículo, sospechoso de malignidad.

El 7 de octubre de 2022 se decide en sesión clínica, la realización de cirugía radical (cistectomía radical + penectomía+ uretrectomía). Hasta el momento, la actitud diagnóstico-terapéutica fue correcta acorde a las recomendaciones clínicas vigentes”.

Una vez realizada el 11 de noviembre de 2022 la intervención programada, el estudio anatomopatológico de la pieza extirpada revela la existencia de un carcinoma urotelial de alto grado (G3), originado en el divertículo vesical, que la Inspección Sanitaria considera “*de peor pronóstico que el cáncer vesical de cualquier otra parte de la luz de la vejiga, debido a que no existe una pared muscular que actúe como barrera para la diseminación del tumor*”.

Todo ello lleva a la propia Inspección a concluir que “*la evolución desfavorable del paciente se explica principalmente por la biología agresiva de un carcinoma urotelial de alto grado con diferenciación escamosa originado en un divertículo, situación con pronóstico limitado incluso con diagnóstico precoz*”, considerando, en todo caso, que la actuación por parte de los profesionales del Servicio de Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón fue acorde a la *lex artis*.

Pronunciamiento éste que debe completarse con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (procedimiento ordinario 797/2021), al referirse a la denominada prohibición de regreso: “*es necesario recordar que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal*.”

Así, la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».

Sobre la base de lo expuesto, procede reiterar, de acuerdo con el relevante criterio de la Inspección Sanitaria y lo constatado en la historia clínica, la corrección de la asistencia dispensada al familiar de los reclamantes.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 8 de enero de 2026

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 2/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid