



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 6 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de diciembre de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M. O. C. J., en nombre y representación de Doña E. J. H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 439/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución (PR) de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), un Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. La reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 140.000 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

II

1. D. M. O. C. J., actuando en nombre y representación de E. J. H., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

considerar que la asistencia recibida por el esposo de su representada fue inadecuada y causante del fallecimiento del paciente.

La reclamante en su escrito inicial alega, entre otros extremos, lo siguiente:

«PRIMERO.-Mi marido (...) comenzó a sentirse mal a comienzos de 2006 con fuertes dolores desde el brazo hasta el cuello y astenia progresiva. Fue al médico de Atención Primaria, que le prescribió una analítica que dio sospechas de leucemia linfocitaria crónica, al mes siguiente se le repitió con el mismo resultado. Fue derivado a Hematología del Hospital Dr. Negrín pero, al parecer, la solicitud se extravió y no fue recibido hasta el mes de junio, a pesar de que el TAC realizado a instancias de Hematología mostraba un ganglio inflamado el mismo no fue biopsiado. La hematóloga decía que lo de ella estaba estable (la leucemia), pero tampoco adoptó medida alguna para saber qué le pasaba. El médico de atención primaria pidió interconsulta a Medicina Interna del Hospital Dr. Negrín.

SEGUNDO.- Pero el estado de D. (...) siguió deteriorándose y ni el médico de atención primaria (al que acudió en numerosas ocasiones, por sí mismo o por medio de sus familiares) ni la hematóloga disponían su ingreso ni medida alguna, lo que llevó a que acabara en Urgencias del Hospital (...) sin que los médicos de Urgencias dispusieran tampoco su ingreso hasta la tercera ocasión en que fue ingresado en la planta 6B de Medicina Interna. Después de un mes allí le fue diagnosticada una insuficiencia cardíaca y finalmente una neoplasia pulmonar. Finalmente, en la noche del 13 al 14 de enero de 2007, día de su fallecimiento, es posible que en el Servicio de Urgencias del hospital referido se le suministrara algún medicamento que acelerara su muerte sin consentimiento de los familiares».

Considera la reclamante que la lentitud en la asistencia recibida coadyuvó al fallecimiento de su esposo, pues el médico de atención primaria no diagnosticó a tiempo la insuficiencia cardíaca, a pesar de la astenia intensa que el paciente tenía y que de haber sido tratada en su momento pudiera haber posibilitado la intervención de la neoplasia. Añade que, por su parte, la hematóloga no biopsió el ganglio inflamado cuando el paciente aún podía soportar esta prueba. Entiende en consecuencia que la asistencia sanitaria ha sido contraria a la *lex artis* y que los retrasos en el diagnóstico impidieron que el paciente recibiera un tratamiento adecuado, lo que dio lugar a que se perdieran eventuales oportunidades para su curación y que cuando el diagnóstico final fue emitido ya no hubiera solución.

Por los daños padecidos reclama una indemnización que asciende a la cantidad de 140.000 euros.

2. En el procedimiento la reclamante, que actúa por medio de representante, ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento. La representación conferida consta además debidamente acreditada en el expediente.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada por la interesada el 14 de enero de 2008, en relación con el fallecimiento de su esposo, acaecido el 14 de enero de 2007. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión del dictamen solicitado, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.4.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación el 10 de abril de 2008 (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y

comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular los informes de los Servicios de Hematología y de Medicina Interna del Hospital Dr. Negrín, así como del facultativo del Centro de Salud de Canalejas, que atendieron al paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

En el procedimiento tramitado se ha dado cumplimiento también al trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que se presentaran alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva PR, que desestima la reclamación formulada, y que ha sido informada por el Servicio Jurídico, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, en el expediente resultan acreditados la siguiente secuencia de hechos, tal como se recogen en el informe del Servicio de Inspección con base en la historia clínica:

- Constan como antecedentes del paciente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial desde el año 2002. Dislipemia desde el año 2004. Hipertrofia prostática benigna. Maculopatía degenerativa bilateral. Hipoacusia importante. Algía cervicobraquial con estudio de imagen que objetiva hernias discales cervicales a nivel C4-C5-C6.

- En diciembre de 2005 refiere un proceso de dolor en hombro derecho que es valorado en la consulta del Médico de Familia. En estudio radiográfico se manifiesta signos de artrosis. Se pauta tratamiento rehabilitador e interconsulta con el Servicio de Traumatología.

- Durante el periodo septiembre 2005 a febrero de 2006, sufre pérdida de 5 kgs. de peso, sin acompañarse de otros síntomas. Se pauta analítica.

- En marzo de 2006, se remite, desde Atención Primaria, al Servicio de Hematología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín debido a resultado de analítica sugerente de leucemia linfocítica crónica de células B.

- En junio de 2006, se solicita por el Médico de Familia revisión de la prioridad de la citada interconsulta al no haberse hecho aún efectiva y por la presentación de

deterioro general del paciente consistente en pérdida de peso, malestar general intenso, debilidad, y además aumento de las cifras de leucocitos.

- Nuevas citas en Atención Primaria en fecha 9 de julio de 2006 para control de la tensión arterial -200/90 mmHg.- y en fecha 11 de julio de 2006 por cefalea frontal

- El 12 de julio de 2006, el Médico de Familia valora RNM donde se objetivan cambios degenerativos C4-C7, severa reducción foraminal C5-6-7.

- En fecha de 29 de junio de 2006, fue valorado en la consulta de Hematología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín por cuadro periférico compatible con leucemia linfoide crónica. Se indica protocolo de la misma, llevándose a cabo en fecha 24 de julio de 2006 aspirado/biopsia/inmunofenotipo. En ese momento se objetiva una disminución en el número absoluto de linfocitos así como normalidad de las cifras de hemoglobina y plaquetas, LLC-B clásica.

Asimismo, en CT cuerpo entero de 25 de julio de 2006: adenopatías, la de mayor tamaño en el espacio prevascular y en el espacio paratraqueal derecho. Conclusión: compatible con la sospecha clínica de linfoma con afectación mediastínica.

- El paciente es valorado el 3 de agosto de 2006 en consulta de Hematología del centro hospitalario tras la realización de estas pruebas, constando anotación en la historia clínica relativa a adenopatías paratraqueales y patologogía cervical por las que se realiza interconsulta a Neurocirugía.

- En fecha 16 de agosto de 2006, fue visitado en su domicilio por el Médico de Familia. Al deterioro general se añadía tos seca, dificultad respiratoria creciente y dolor abdominal.

Se solicitan estudios analíticos con vistas a descartar las posibles causas del deterioro: infecciosas (urinaria o de vías respiratoria), insuficiencia cardiaca congestiva (valorada en ese momento como improbable debido a la ausencia de otros síntomas relacionados, de signos exploratorios y a una Rx reciente); y otras causas (hipertiroidismo, tuberculosis, hepatopatía).

Se indica tratamiento antibiótico empírico que cubriese las infecciones de vías urinarias y respiratorias (Ciprofloxacino).

- En fecha 24 de agosto de 2006, es visitado por su Médico de Familia. Continúa el deterioro, no come y no duerme, refiere dolor abdominal.

Aunque el resultado de los estudios fue negativo o anodino, debido al avance de su deterioro se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, en esta fecha, bajo el diagnóstico de deterioro general.

Valorado en el Servicio de Urgencias del Centro hospitalario se deriva a Hospital de Día de Hematología.

- En fecha 30 de agosto de 2006 fue derivado desde el Médico de Familia a "Consulta rápida" del Servicio de Medicina Interna.

Valorado por este Servicio en fecha 4 de septiembre de 2006, se deriva al Hospital de Día del Servicio -Hospitalización Parcial del Hospital de Día de Medicina Interna - para seguimiento más estrecho.

En fecha 22 de septiembre de 2006, en Hospital de Día, se le modifica el tratamiento y se solicitan diversas pruebas, entre ellas colonoscopia con carácter preferente ante la posibilidad tumor maligno de colon, al presentar muy elevado el antígeno carcinoembrionario (CEA). Además, se solicita Rx de tórax, ecografía abdominal, ecocardio y analítica.

En Rx de tórax de 22 de septiembre: mínimo engrosamiento pleural apical derecho con tractos lineales probablemente en relación con TBC previa, identificando un nódulo calcificado en relación con granuloma en lóbulo inferior izquierdo.

- En fecha 5 de octubre de 2006, el Servicio de Hematología valora nuevas pruebas. Las cifras de linfocitos se mantienen estables. Se indica nuevo aspirado medular, manteniéndose el diagnóstico: "Síndrome constitucional no justificado por su LLC-B que se encuentra en estadio bajo. Ha perdido peso, fuerza muscular que le ha llevado a la silla de ruedas. Precisa otro tipo de estudios para descartar neoplasia oculta".

- En fecha 19 de octubre de 2006, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín tras sufrir un síncope.

- Ingresa en el Servicio de Medicina Interna durante el periodo 20 de octubre a 16 de noviembre de 2006 bajo el motivo de deterioro general y algias erráticas.

Consta en la historia clínica: "Situación basal de pobre autonomía, que es traído a Urgencias de este hospital por sufrir el día previo al ingreso episodio de sudoración profusa, acompañado de opresión centrotorácica no irradiada, de unos 5 minutos de duración y posteriormente episodio sincopal. En dicho momento había ausencia de

pulso y se le realizó puño percusión precordial recuperándose completamente del cuadro, a lo largo de los últimos meses ha experimentado progresivo deterioro general con pérdida de unos 25 kgs. de peso aproximadamente en 3 meses, sin clara pérdida de apetito. No vómitos. No diarrea. No refiere sangre macroscópica en heces. Sí estreñimiento habitual. No dispepsia. Había estado en seguimiento por el Hospital de Día de M. Interna. Aqueja además tos seca sin expectoración de varios meses de evolución, no hemoptisis, no fiebre. Ortopnea habitual. Ante el cuadro inicial, acompañado del cortejo constitucional comentado se decide ingreso para evaluación".

Evolución: "El paciente ingresa dominando la semiología inicial tipo dolor torácico y síncope, un cuadro de tipo constitucional, que emerge tras un diagnóstico previo de leucemia linfocítica crónica, y que se acompaña inicialmente de marcada elevación del CEA. Este parámetro se confirma a nivel de otra técnica en otro hospital y paralelamente en el evolutivo y mientras se realizan prácticas secuenciales con vistas a descartar que el componente M fuese indirectamente la razón de ese CEA, buscando junto a su leucemia linfocítica crónica probablemente en estadio linfomatoso otro proceso que implique este CEA se asume tras la práctica de la última prueba el TAC la presencia de una lesión nodular pulmonar como posible neoplasia de pulmón. En dicho momento paralelamente llegó una citología de esputo: sugestiva de neoplasia pulmonar y dado el status clínico funcional del paciente la persistencia de múltiples patologías, la presencia de una cardiopatía isquémica con disfunción VI severa y una neoplasia pulmonar asociada a su linfática, en estadio no quirúrgico avanzado, se comenta con su hijo con fecha 13/11/06 el suspender una PAAF de la que estaba pendiente el paciente con vistas a evitar complicaciones dadas las perspectivas, y paralelamente realizar IC a Oncología. La situación clínica del paciente actual es susceptible de seguimiento por Medicina Paliativa."

- CT de cuerpo entero de 27 de octubre de 2006: nódulo pulmonar de 1.9 cm en LSD, segmento apical con morfología estrellada y contorno espiculado compatible con una neoplasia de pulmón. Grandes adenopatías en mediastino; a nivel del territorio paratraqueal derecho superior, se aprecia una de 4.57 cm.

- En ecodoppler de fecha 31 de octubre de 2006: disfunción VI severa de probable origen isquémico".

- Colonoscopia de 3 de noviembre de 2006, normal.

- En fecha 3 de noviembre se plantea valorar biopsia de nódulo pulmonar.
 - En gammagrafía ósea de fecha 6 de noviembre de 2006 se descartan metástasis óseas. Citología del esputo informada en fecha 10 de noviembre de 2006 sospechosa de malignidad.
 - Diagnósticos: leucemia linfoide crónica. Neoplasia pulmonar (no confirmada histológicamente, solo parcialmente por citología de esputo). Cardiopatía isquémica, de territorio DA, con disfunción VI severa. Se mantienen los previos. Diabetes Mellitus tipo 2, UTA, dislipemia.
 - Al alta hospitalaria en Medicina Interna en fecha 16 de noviembre se traslada a Medicina Paliativa, previa valoración por Oncología. La neoplasia de pulmón no es tributaria de tratamiento quirúrgico, RT o QT debido a estado consuntivo. En fecha 18 de noviembre el paciente y la familia muestran su deseo de que el seguimiento de Medicina Paliativa sea en el domicilio. Alta domiciliaria en fecha 21 de noviembre de 2006.
 - En fecha 10 de enero de 2007, en la Unidad de Medicina Paliativa se le ofrece ingreso que la esposa e hijo rechazan.
 - En fecha 14 de enero de 2007, acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Hace una semana que no habla y presenta intensa dificultad respiratoria. Neo terminal.
- A la exploración física desorientado en tiempo y espacio, taquicardia con tiraje intercostal y abdominal. Respiración agónica. Palidez mucocutánea.
- Ingresa en paliativos en muy mal estado general. Agónico. Es *exitus* al poco tiempo.
2. La reclamante sostiene que la lentitud en la asistencia recibida coadyuvó al fallecimiento de su esposo, pues los retrasos en el diagnóstico impidieron que el paciente recibiera un tratamiento adecuado, con la consiguiente pérdida de oportunidades para su curación.
- La PR desestima la reclamación presentada al considerar que no se ha acreditado la relación de causalidad entre la actividad sanitaria prestada al paciente y su fallecimiento y que no se han vulnerado los parámetros de la *lex artis*, al haberse adoptado todas las medidas necesarias en orden a la obtención de un diagnóstico certero.

3. Los informes médicos obrantes en el expediente permiten alcanzar las siguientes conclusiones:

- En cuanto al cuadro inicial relatado por el paciente consistente en "fuertes dolores desde el brazo hasta el cuello", por el que acudió al Centro de Atención Primaria en diciembre de 2005, se le practicó prueba radiológica en la que se objetivó cambios degenerativos C4-C7 con severa reducción foramidal C5-6-7, que según indica el Servicio de Inspección justificaban la referida clínica, que no guarda además relación alguna con el proceso neoplásico posterior.

- En febrero de 2006, el facultativo del Centro de Atención Primaria pauta una analítica, cuyo resultado, según consta en anotación en la historia clínica del paciente con fecha 8 de marzo siguiente, sugiere el padecimiento de una leucemia linfoide crónica de células B (LLC), por lo que ese mismo día se realiza interconsulta al Servicio de Hematología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. No obstante, en junio de 2006 se solicita por el Médico de Familia revisión de la prioridad de la citada interconsulta al no haberse hecho aún efectiva y por la presentación de deterioro general del paciente consistente en pérdida de peso, malestar general intenso, debilidad, y además aumento de las cifras de leucocitos.

- El paciente es valorado en el Servicio de Hematología el día 29 de junio y se solicita el protocolo de LLC (biopsia y TAC).

El 24 de julio de 2006, se realiza aspirado/biopsia/inmunofenotipo, que objetiva una disminución en el número absoluto de linfocitos así como normalidad de las cifras de hemoglobina y plaquetas, LLC-B clásica.

El 25 de julio de 2006, se practica CT cuerpo entero, con el siguiente resultado: adenopatías, la de mayor tamaño en el espacio prevascular y en el espacio paratraqueal derecho. Conclusión: compatible con la sospecha clínica de linfoma con afectación mediastínica.

Estas pruebas fueron valoradas por el Servicio de Hematología el 3 de agosto de 2006.

En relación con la asistencia prestada por el Servicio de Hematología, informa este Servicio, y en el mismo sentido el Servicio de Inspección, que a la vista de los resultados de las pruebas solicitadas y ante la estabilidad del cuadro no se requería pautar tratamiento al paciente.

En el Servicio de Hematología se confirmó el diagnóstico de LLC con un infiltrado leve-moderado mediante aspirado/biopsia linfocítica. Este cuadro hematológico que padecía el paciente, de acuerdo con los citados informes, se corresponde con un estadio cero de la leucemia linfocítica crónica, que no precisa tratamiento, salvo seguimiento periódico, como así se realizó en su caso. Se concluye por ello que el deterioro y *exitus* del paciente son totalmente ajenos a su enfermedad hematológica. Así, de hecho, fue reflejado por el indicado Servicio de Hematología en la historia clínica del paciente en anotación de 5 de octubre de 2006, en la que expresamente se indicó que el cuadro constitucional presentado por el paciente no se justifica por su LLC-B, que se encuentra en estadio bajo, por lo que se estima que precisa de otro tipo de estudios para descartar neoplasia oculta.

En este mismo sentido, concluye el Servicio de Inspección que la estabilidad en el número de linfocitos, con discreta disminución durante los sucesivos controles, independizan el momento de valoración en el Servicio de Hematología de la evolución posterior. Esta evolución fue debida a otro proceso independiente al hematológico, por lo que no existe relación de causalidad entre el momento de la primera visita en el Servicio de Hematología y el deterioro del paciente.

- Por lo que se refiere a la asistencia prestada por el Servicio de Medicina Interna, se informa que la asistencia prestada al paciente fue adecuada, sin que se produjeran demoras ni mala praxis por parte de los facultativos de este Servicio.

Se indica por este Servicio que el primer contacto de Medicina Interna con el paciente se produjo tras la recepción de una interconsulta realizada por su médico el 4 de septiembre de 2006.

En este momento, dado el cuadro clínico descrito en la mencionada interconsulta se deriva al paciente al hospital de día, donde se le asiste el 22 de septiembre. Se le modifica el tratamiento y se solicitan una serie de pruebas, incluyendo una colonoscopia con carácter preferente por aportar un antígeno carcino embrionario (CEA) muy elevado, lo que sugería un tumor maligno de colon y pasó a hospitalización parcial del hospital de día de Medicina Interna para un seguimiento más estrecho.

El paciente ingresa con carácter de urgencia el 20 de octubre de 2006, permaneciendo ingresado hasta el 16 de noviembre de 2006, fecha en la que es dado de alta para seguimiento por Cuidados Paliativos con los diagnósticos de neoplasia pulmonar, leucemia linfocítica crónica con componente M, cardiopatía isquémica con disfunción ventricular severa y sus diagnósticos previos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia.

En este periodo de ingreso del paciente, según ya se ha referido, se le realizaron diversas pruebas diagnósticas a la vista de la sintomatología padecida, alcanzándose el diagnóstico de la neoplasia pulmonar padecida. Se pusieron por consiguiente a su disposición los medios precisos para diagnosticar su enfermedad, por lo que puede concluirse, en el mismo sentido que la PR, que la actuación sanitaria se ajustó a la *lex artis* en cuanto al diagnóstico y posibilidades de tratamiento de acuerdo con la enfermedad detectada y su estado.

- En cuanto a la insuficiencia cardíaca que según la reclamante padecía su esposo y como consecuencia de su retraso diagnóstico impidió la práctica de tratamiento quirúrgico de la neoplasia pulmonar, informa el Servicio de Medicina Interna que el paciente nunca presentó manifestaciones clínicas de esta patología, cuyos síntomas no evidenció en ningún momento de su evolución.

Sí padecía disfunción ventricular izquierda severa, diagnosticada mediante ecocardiografía. Esta patología es la fase final de un largo proceso que habitualmente se establece en años (salvo en la que sigue a una infarto agudo de miocardio masivo), cursando de forma asintomática hasta que algún factor (infección, ejercicio, isquemia (...)) pone de manifiesto las características clínicas de la insuficiencia cardíaca. En el caso concreto del paciente, con varios factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia), cabe atribuir el origen de la disfunción a cardiopatía isquémica crónica.

En este mismo sentido informa el Servicio de Inspección que el paciente, previo al ingreso en el Servicio de Medicina Interna en octubre de 2006, ya estaba siendo seguido por el Hospital de Día de dicho Servicio desde el mes de septiembre. El ingreso se produce tras un síncope al que, además, se añade el síndrome constitucional. En este ingreso, se objetiva una disfunción del VI derivada de cardiopatía isquémica. Salvo los antecedentes de riesgo no se manifiesta en la historia clínica sintomatología relacionada, hasta la descripción del síncope previo al ingreso hospitalario. Añade que durante el seguimiento en Atención Primaria no presentó clínica sugerente de ICC, y aunque se pensó en ella en el momento en que el paciente comienza con tos seca en agosto de 2006 se valora como improbable debido a la ausencia de otros síntomas relacionados, de signos exploratorios y de Rx reciente. No presentó sintomatología de ICC ni, incluso, en el momento de ingreso hospitalario.

No existe por tanto relación de causalidad entre esta patología y la evolución del paciente ni éste presentaba durante el periodo que permaneció ingresado en el Servicio de Medicina Interna síntomas de insuficiencia cardíaca que imposibilitaran el tratamiento.

- Por último, no existe prueba alguna en el expediente de que al paciente se le administrara algún tipo de medicación que acelerara su fallecimiento. Informa a este respecto el Servicio de Inspección que a la exploración física al ingreso en Urgencias el 14 de enero de 2007 se describe el mal estado en el que llega el paciente: "desorientado en tiempo y espacio, taquicardia con tiraje intercostal y abdominal. Expiación agónica. Palidez mucocutánea", indicando que los medicamentos administrados en este Servicio, salvo el Midazolán, ya habían sido prescritos en su seguimiento en Medicina Interna, según se refleja en la historia clínica.

A todo ello hay que añadir que el facultativo de Atención Primaria, en contra de lo que sostiene la reclamante, y como pone de manifiesto el Servicio de Inspección, realizó un seguimiento cercano del paciente tanto en las instalaciones del Centro de Salud como en el domicilio. Así, ante los dolores iniciales de cuello y brazo solicita las pruebas diagnósticas e interconsultas oportunas que llevaron al diagnóstico correcto; ante el inicio de adelgazamiento, que no se acompañaba de otros síntomas, solicitó las pruebas analíticas que condujeron a la sospecha de LLC-B y a la correspondiente derivación al Servicio de Hematología; insistió en la valoración por dicho Servicio transcurridos 3 meses; derivó al paciente al Servicio de Urgencias hospitalario y al Servicio de Medicina Interna en los momentos precisos. Este facultativo actuó pues en todo momento con la debida diligencia, remitiendo al paciente, mediante diversas interconsultas, a los Servicios pertinentes encargados de realizar las oportunas pruebas diagnósticas y su tratamiento.

En definitiva, procede concluir a la vista de lo relatado que al paciente se le diagnosticó correctamente la leucemia padecida, que no precisaba tratamiento, aunque sí su seguimiento. Esta leucemia, según ha quedado constatado, era un proceso independiente de la neoplasia que motivó su fallecimiento. Asimismo, tampoco guarda relación alguna con este ni con la imposibilidad de tratamiento quirúrgico la cardiopatía isquémica crónica que padecía, sin que el paciente presentara síntomas de insuficiencia cardíaca. Por último, la asistencia prestada al paciente tanto por el Servicio de Medicina Interna como por el facultativo de Atención Primaria fue en todo momento ajustada a la *lex artis*.

4. Resta sin embargo por analizar el posible retraso diagnóstico de la neoplasia, pues según resulta de los propios informes obrantes en el expediente las adenopatías mediastínicas objetivadas en el TAC realizado al paciente el 25 de julio de 2006 podían haber sido manifestación de la neoplasia y no de linfoma con afectación mediastínica por el que estaba siendo estudiado en el diagnóstico de la leucemia. Esta prueba diagnóstica fue valorada el 3 de agosto de 2006 y el nuevo TAC se realizó el 27 de octubre. La neoplasia pudo haber sido, pues, diagnosticada casi tres meses antes.

Informa al respecto el Servicio de Medicina Interna que las adenopatías se limitan al territorio paratraqueal y espacio prevascular derechos, lo que es congruente con la localización del tumor en el lóbulo superior del pulmón derecho y con el hecho de que el nuevo TAC de 27 de octubre de 2006, practicado durante su ingreso, demostrara crecimiento de las adenopatías preexistentes y no la aparición de ganglios en otras localizaciones. La leucemia linfocítica crónica se acompaña de adenopatías hasta el 80% de los casos, aun cuando no esté en fase linfomatosa. Sin embargo, las adenopatías de la leucemia linfocítica tienden a ocurrir en varios territorios y con tendencia a localizaciones bilaterales y simétricas, tanto mediastínicas como abdominales y periféricas. El TAC realizado durante el ingreso no demostró sin embargo adenopatías en otras localizaciones que las reseñadas en mediastino derecho.

Ello permite concluir al facultativo informante que el tumor pulmonar ya estaba extendido en la fecha de realización del TAC en julio de 2006, lo que viene apoyado además por la gran elevación de los niveles plasmáticos de CEA.

Sin embargo, este tumor no era subsidiario de tratamiento quirúrgico curativo ya desde julio de 2006 y ni siquiera de forma paliativa para reducción de masa tumoral, dado que por su edad y grado funcional no era candidato a poliquimioterapia. Como única alternativa, de haberse diagnosticado en julio, podría considerarse radioterapia paliativa, que en ningún caso habría que esperar incremento de la esperanza de vida o de la calidad de vida. Concluye en consecuencia que si bien se podía haber acortado el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico es muy probable que la evolución y el pronóstico del paciente no hubieran podido ser modificados.

La reclamante alega la pérdida de oportunidad sufrida por el paciente ante el retraso diagnóstico de su enfermedad. Este retraso sin embargo solamente puede limitarse temporalmente al indicado periodo transcurrido entre el 3 de agosto y el 27

de octubre de 2006, pues la sintomatología inicial del paciente, detectada tras la analítica que se llevó a cabo en marzo del mismo año, era sugerente de leucemia, como así fue confirmado. La prueba que hubiera permitido el diagnóstico de la otra patología, realizada con ocasión del estudio de la leucemia, fue, como se ha señalado el TAC realizado en julio de 2006. No puede pues sostenerse un retraso diagnóstico más allá de esta fecha.

Sin embargo, este retraso no ha influido en la evolución de la enfermedad a tenor de los informes obrantes en el expediente, pues la neoplasia pulmonar padecida no fue tributaria de tratamiento quirúrgico, ni de radioterapia ni quimioterapia, debido al estado consuntivo del paciente (informe del Servicio de Inspección). Como única alternativa posible, de haberse diagnosticado en julio, podría considerarse la radioterapia paliativa, de la que, como se dijo, en ningún caso habría que esperar incremento de la esperanza de vida o de la calidad de vida.

Por consiguiente no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque ese resultado no es consecuencia de una actuación médica incorrecta de sus facultativos o de una omisión de medios, sino de la grave neoplasia pulmonar padecida, que, aun habiéndose diagnosticado tres meses antes, los servicios sanitarios no hubieran podido variar las posibilidades de tratamiento ni el resultado final. No se ha perdido por consiguiente la oportunidad de curación del paciente, por lo que no puede apreciarse nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

En este sentido, es reiterada la jurisprudencia que sostiene que la privación de expectativas o pérdida de oportunidad se concreta en que basta con cierta probabilidad que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza, para que proceda la indemnización en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad (SSTS de 7 de septiembre de 2005, 26 de junio de 2008, 25 de junio y 23 de septiembre de 2010). En el presente caso, sin embargo, no puede afirmarse una pérdida de tiempo determinante de un agravamiento, sin el que el retraso haya supuesto un peor pronóstico. No se han perdido pues oportunidades de curación de las que pueda derivar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.