

Dictamen n.º: **344/20**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **25.08.20**

**DICTAMEN** de la Sección de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 25 de agosto de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero 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 D. ....., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el tratamiento de una patología urológica.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 25 de enero de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el interesado antes citado, asistido por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el tratamiento de una patología urológica (folios 1 a 22 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante, de 71 años de edad, con deterioro de la función renal y retención de orina crónica, fue atendido por el Servicio de Urología del citado centro hospitalario y diagnosticado de hiperplasia benigna de próstata con divertículos

vesicales grandes por lo que se le incluyó en lista de espera para cirugía consistente en prostactectomía simple retropúbica (Millin). Ese mismo día, en la propia consulta, se realizó sondaje vesical con salida de 2 litros de orina.

El reclamante manifiesta en su escrito que el día 2 de febrero de 2018 se realizó la adenomectomía por un residente de segundo año sin que en la intervención se procediera a la extirpación de los divertículos y que fue dado de alta hospitalaria con sonda vesical el día 6 de febrero de 2018 con recomendaciones entre las que se indicaba la retirada de la sonda vesical en su centro de salud el día 9 de febrero.

Según el escrito de reclamación, tras la retirada de la sonda, el paciente continuó con los mismos síntomas que tenía antes de la intervención, consistentes en infecciones recurrentes, hematuria, dificultad para orinar y molestias, por lo que tuvo que acudir en múltiples ocasiones al Servicio de Urgencias donde fue diagnosticado, en todas ellas, de retención aguda de orina en relación con *“probable estenosis de meato urinario secundario a la cirugía”*. Además, a partir del 20 de mayo de 2018, a la anterior sintomatología se añadió fiebre, sin que los facultativos del paciente propusieran más tratamiento que el uso de la sonda vesical por tiempo indefinido.

Refiere que, ante la única solución propuesta de sonda permanente, con el sufrimiento que conllevaba, a lo que sumó *“depresión, hipertensión e insomnio”* hizo que acudiera a la sanidad privada con la finalidad de tener una segunda opinión.

Expone que en la sanidad privada, después de la correspondiente exploración, se le realizó una resección transuretral de próstata el día 28 de junio de 2018 y una diverticulectomía laparoscópica x 2 el día 5 de julio de 2018.

Afirma que, *“tras la práctica de dichas intervenciones, el paciente no padece retenciones de orina ni infecciones”, que “las molestias han ido disminuyendo de manera paulatina” y que “había una alternativa a la sonda permanente y que los facultativos se negaron o no supieron a realizar”.*

El interesado cuantifica el importe de su reclamación en 41.908,45 €, cantidad resultante de la suma de 8.727,26 € por perjuicio personal básico y por pérdida de calidad de vida; 3.200 por perjuicio personal particular; 24.753,79 €, dentro del concepto de perjuicio patrimonial, daño emergente, por los gastos de asistencia sanitaria (aporta al efecto copia de las distintas facturas satisfechas por la asistencia sanitaria recibida en la sanidad privada) y 5.227,40 €, por perjuicio patrimonial en concepto de lucro cesante.

Acompaña su escrito con copia de la historia clínica en su centro de Atención Primaria y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, informes de la clínica y otros centros de la sanidad privada, instrucciones previas a la intervención y facturas de las intervenciones y pruebas realizadas en la sanidad privada (folios 23 a 142).

Con fecha 4 de febrero de 2019, el representante del reclamante presenta un informe pericial emitido por un especialista en Urología sobre la asistencia prestada al paciente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (folios 144 a 153).

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

El reclamante, nacido en 1946, se encontraba en seguimiento por consultas externas de Urología desde el año 2010, tras detectar

su médico de Atención Primaria un valor del antígeno prostático, PSA, por encima de 4, en abril de 2010.

Urología, consultas externas de San Blas, solicitó biopsia prostática en 2012 (según historia clínica de primaria), y en abril de 2014 nueva biopsia que salió normal.

En Urología, Consultas Externas San Blas, se detectó un divertículo vesical, en la vejiga en octubre de 2015, por lo que se solicitó una ecografía de control en abril de 2016, observándose una vejiga muy replecionada con un divertículo en la pared lateral derecha de 8,5 cm de diámetro. Con el diagnóstico de divertículo vesical e hipertrofia benigna de próstata (HBP) se decidió tratamiento conservador y control.

Realizada nueva ecografía en mayo de 2017 se observó ureterohidronefrosis (dilatación uréter, cálices y pelvis renal), que hizo sospechar un proceso obstructivo (grado 2-3) y, en la vejiga múltiples imágenes diverticulares de gran tamaño que podrían ser la causa de la dilatación de las vías urinarias.

Se recomendó la realización de un Uro-TC que se efectuó en junio de 2017, objetivándose *“hipertrofia prostática que condiciona importante vejiga en lucha con dos grandes divertículos dependientes de las paredes laterales derecha e izquierda que se acompaña de ureterohidronefrosis bilateral estadio II-III, probablemente secundaria a incompetencia vesical o compresión diverticular”*.

Tras valoración de las anteriores pruebas por Urología, en septiembre de 2017, se decidió tratamiento conservador y continuar con revisión anual.

Entre los meses de julio a diciembre de 2017, el reclamante acudió en diversas ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital

Ramón y Cajal por distintos motivos: cefalea (22 de julio), mareo (12 de noviembre), ojos rojos (6 de diciembre), mareo (24 de diciembre – dado de alta por fuga), siendo remitido a control por su médico de Atención Primaria.

El día 30 de diciembre de 2017 el reclamante acudió nuevamente por cefalea y sensación de aturdimiento desde hacía una semana al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, tras exploración y analítica en la que se observó un deterioro de la función renal, el paciente fue remitido a consultas de Nefrología para valoración y control por su médico de Atención Primaria.

El día 11 de enero fue atendido por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, tras ser derivado desde Nefrología por insuficiencia renal, con creatinina de 2 mg/dl con hidronefrosis bilateral. Se revisa su historial, incluyendo la ecografía y el URO-TC. El paciente presentaba globo vesical por lo que se realizó sondaje vesical saliendo 2 litros de orina. Con el diagnóstico de HBP y fracaso renal obstructivo, fue incluido en lista de espera para realizar una prostatectomía simple retropúbica mediante técnica de Millin. El paciente fue informado y firmó ese mismo día, 11 de enero de 2018, el documento de consentimiento informado para adenectomía o prostatectomía abierta. Dicho documento advertía:

*“Sé que después de la intervención estaré con sueros durante 1 a 2 días y que el postoperatorio normal es de una semana. Durante unos días llevaré sonda vesical y, una vez retirada esta, comenzaré a realizar la micción de forma natural, inicialmente con pequeños trastornos como escozar, imperiosidad, etc. que suelen desaparecer a los pocos días.*

*Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables,*

*tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: así, puede ocurrir que no se consiga la mejora de la calidad miccional o que no se pueda retirar la sonda vesical permanente, y que pueden aparecer, con mayor o menor frecuencia, complicaciones como el desarrollo de una estenosis uretral, incontinencia urinaria que puede ir desde parcial y temporal hasta total y permanente, (...).*

*El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad”.*

Se le colocó sonda vesical por retención de orina hasta el día de la operación.

El día 17 de enero de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal por hematuria y dolor en el pene de continuo. Tras analítica y administración de tratamiento con recambio de la sonda vesical, sueros lavadores y paracetamol, el paciente no presentaba hematuria. *“Se ha pinzado la sonda, y posteriormente prosigue sin hematuria. Dado que está asintomático, estable hemodinámicamente y se ha resuelto el cuadro por el que acudió a Urgencias, se le da de alta con recomendaciones”.*

Dos días después, el 19 de enero, el paciente volvió al Servicio de Urgencias por hematuria en portador de sonda vesical. Refería dolor en el pene que había ido empeorando. A la exploración de la sonda vesical, esta era: *“permeable, orina en bolsa no hematúrica, sin alteraciones en el pene”.* Fue diagnosticado de infección del tracto urinario (ITU) en paciente portador de sonda vesical, sin inestabilidad

hemodinámica. Se indicó control por su médico de Atención Primaria y Urólogo, tratamiento antibiótico y recomendación de volver a Urgencias en caso de empeoramiento.

El día 20 de enero el reclamante volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por retención aguda de orina (RAO) en paciente con sonda vesical. Refería ausencia de diuresis desde esa tarde, a pesar de la correcta ingesta hídrica. No presentaba dolor suprapúbico, molestias lumbares, fiebre o sensación distérmica ni otra sintomatología.

Se realizó lavado manual de la sonda con evidencia de coágulo obstructivo en punta de sonda. Tras la liberación se apreció salida de 70 cc. de orina. Dado el escaso tiempo de evolución desde la asistencia anterior, fue dado de alta con recomendaciones.

El día 1 de febrero de 2018 el paciente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal para la intervención programada que tuvo lugar al día siguiente, 2 de febrero, consistente en adenectomía o prostatectomía abierta (técnica Millin). A su ingreso, el día 1, el reclamante firmó nuevo documento de consentimiento informado para adenectomía o prostatectomía abierta, con idéntico contenido que el firmado el día 11 de enero.

La operación se realizó por un residente de segundo año como cirujano principal, figurando como ayudante del mismo una doctora, facultativo especialista de Área de Urología, la misma que informó al reclamante de la intervención el día 11 de enero y firmó el primero de los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente.

Según consta en la historia clínica, en la intervención se objetivó en campo quirúrgico que se trataba de un adenoma grado III/IV, la vejiga era normal sin litiasis ni otras alteraciones.

Tras un postoperatorio sin incidencias, el paciente fue dado de alta el día 6 de febrero de 2018, con tratamiento, sondaje vesical y recomendaciones entre las que figuraba la indicación de que el sondaje vesical fuera retirado en Atención Primaria el día 9 de febrero y cita para revisión en consultas externas de Urología en 3-4 semanas.

El día 9 de febrero de 2018, el paciente acudió a su centro de salud para la retirada del sondaje, según la indicación recibida. Consta en la historia clínica del médico de Atención Primaria que, al tratarse de un sondaje vesical con tapón, se retiró el tapón, colocándose sonda permeable con orina clara. *“Decido pinzar y despinzar sonda vesical para reeducar vejiga durante el fin de semana y luego retirar”*.

Ese mismo día, 9 de febrero, el paciente tuvo que acudir a Urgencias por retención aguda de orina. Se procedió a sustituir tapón por bolsa y se indicó la retirada de la sonda vesical en 7 días en su centro de salud. Volvió también a su centro de salud, donde se hace constar en la historia clínica que mantienen sonda, pautan tamsulosina 15 días y retirada de sonda en Atención Primaria en 7 días.

El día 12 de febrero el reclamante fue atendido en su centro de salud para cuidados de la herida, así como del catéter urinario.

Según anotación en la historia clínica del centro de Atención Primaria del día 13 de febrero de 2018, donde se recogen los cuidados de la herida: *“en realidad le han quitado ya la sonda y de momento orina bien”*.

Con fecha 19 de febrero de 2018 el paciente sufrió nueva retención urinaria, por lo que acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Tras realización de analítica y sondaje vesical con salida de 600 cc. de orina, se decidió pautar antibiótico de forma profiláctica por manipulación, alta hospitalaria e indicación de acudir a su centro de salud para retirada de sonda vesical a partir de 72 horas.

Según la anotación de la historia clínica del centro de Atención Primaria realizada el día 20 de febrero de 2018, *“me comunica el paciente que le colocaron nuevamente la sonda vesical en hospital y hay que retirarla en unos días”*.

El día 20 de febrero se informó el resultado de la anatomía patológica de la intervención en la que se había extraído una masa de 5x4 cm y de 35 gramos de peso que se informó con del diagnóstico de hiperplasia nodular prostática.

Con fecha 27 de febrero de 2018 el paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por sospecha de retención aguda de orina. El paciente decía que se le había retirado el sondaje vesical el día 22 y presentaba analítica realizada en su centro de salud esa misma mañana. Refería molestias en el testículo derecho. Se decidió pautar dosis de ciprofloxacino profiláctica y sondaje vesical que, *“debido a ser la tercera RAO postquirúrgica, mantenemos el sondaje hasta revisión con Urología”*. Se obtuvieron inicialmente 500 cc. de orina clara y al alta 600 cc. Se explicó al paciente la necesidad de mantener el sondaje hasta la revisión con Urología. Dada la resolución del cuadro y estabilidad del paciente, fue dado de alta con recomendaciones.

Ese mismo día se anota en la historia clínica de Atención Primaria el informe de Urgencias, con el tratamiento pautado. El paciente estaba citada en Urología para el día 7 de marzo de 2018.

El día 7 de marzo de 2018 fue atendido en la consulta de Urología. Se hace constar en la historia que había tenido varios intentos de retirada de sonda, con micción espontánea durante una semana y posterior retención. “*Antecedente de retención crónica de 2 litros previos al Millin*”. Se solicitó una prueba de urodinámica o flujometría y se indicó nueva revisión.

El día 12 de marzo se realizó la prueba solicitada consistente en estudio urodinámico o flujometría.

El día 14 de marzo de 2018 el paciente volvió a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por dolor pene en probable relación con la sonda vesical. Refirió haberse realizado un estudio urodinámico dos días antes y que no había notado obstrucción en la sonda.

Se solicitó interconsulta con Urología que procedió a la retirada de la sonda vesical y le enseñó a realizar autosondaje. El paciente se mantuvo asintomático, por lo que fue dado de alta con recomendaciones y cita en Urología el día 21 de marzo.

Posteriormente, ese mismo día, acudió a su centro Atención Primaria que reflejó los anteriores hechos en la historia clínica.

El día 28 de marzo vuelve a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por retención aguda de orina. Se solicitó interconsulta y analítica. Se le realizó “*ecografía no reglada a pie de cama*” en la que se observó vejiga con orina, pero “*no clara imagen de globo vesical*”, riñones normales sin hidronefrosis. Según anotación realizada a las 9:30 horas en la historia clínica:

*“Reinterrogo al paciente. Se realizaba autosondaje (uno por la mañana y otro por la noche, micción espontánea entre medias) desde retirada de sonda permanente el 14 de marzo, realizando diuresis de 2l - 2,5l, aproximadamente. Refiere que desde el domingo 26 de marzo ha presentado oliguria, realizando diuresis máxima de 750 ml.-1l al día, habiendo estado ingiriendo mínimo de 1,5-2 l. al día. No ha realizado cambios en su tratamiento habitual (hierro VO). No refiere disuria, ni otra clínica miccional. No refiere fiebre ni sensación distérmica. Explica que se le realizó estudio de urodinamia por parte de Urología en el que le explicaban que tenía los músculos débiles. Desde retirada de sonda permanente ha presentado 3 episodios de RAO.*

*Diuresis tras sondaje de 750 ml. Solicitamos iones en orina para descartar insuficiencia renal/prerrenal (...).”*

A las 10:40 horas se refleja en la historia clínica por una doctora distinta (se desconoce su especialidad): *“Valoro al paciente. Se reciben resultados analíticas, no se aprecian alteraciones importantes, salvo una infección urinaria (500 leucocitos en orina obtenida en sondaje). Se administran 2 gr. de ceftriaxona. Se comenta con el paciente la necesidad de mantener sonda vesical para evitar nueva retención urinaria, pero insiste en su retirada, por molestias penélicas, a pesar de explicarle la necesidad de mantenerla. Ante estabilidad clínica y hemodinámica se decide alta con recomendaciones”.*

Con el diagnóstico de *“retención aguda de orina recidivante en paciente con adenomectomía suprapúbica por HBP el 06/02/18 (sic), en probable relación con probable estenosis de meato urinario secundaria a la cirugía previa”* e infección de orina, el paciente fue dado de alta con indicación de solicitar consulta preferente en Urología, tratamiento con Duodart, antibiótico y control por su médico de Atención Primaria.

Ese mismo día, 28 de marzo, el paciente acude a su centro de salud anotándose en la historia clínica el informe de Urgencias.

El día 11 de abril de 2018 el paciente fue atendido en consultas de Urología. Según consta en el expediente (folio 462): *“Tras la retirada de sonda, incapacidad para la micción espontánea con necesidad de varios sondajes. Se le retiró la sonda en Urgencias por molestias e infecciones. Ahora refiere que orina con normalidad”*. Se refleja que el estudio de urodinámica estaba *“pendiente de informe”* y se indicaba nueva revisión en *“3 meses con flujo+RPM Y A/S”*.

Al día siguiente, 12 de abril de 2018, el paciente volvió a acudir al Servicio de Urgencias por retención aguda de orina. Expuso que el urólogo le había explicado que podía hacer autosondajes, pero que no lo hacía por haber presentado infección urinaria en un autosondaje y presentar escaso volumen de diuresis con los mismos. *“Refiere que hace 2 semanas, cuando tuvo la última RAO, se fue sin sonda vesical, porque no quiso irse el paciente con la sonda vesical para casa”*.

Se realizó analítica y se solicitó interconsulta. Antes del sondaje vesical se hizo que el paciente bebiera abundantes líquidos y se le administró 1.000 cc. de suero en 3 horas, para producir 600 cc. de orina. Con el diagnóstico de retención aguda de orina por atonía vesical en paciente recientemente intervenido de adenomectomía prostática por HBP, fue dado de alta con indicación de *“mantener sonda vesical hasta dentro de 1 semana que acuda a su centro de salud.”*

El día 13 de abril de 2018 se emitió el informe del estudio urodinámico que indicaba vejiga de capacidad disminuida, fugas de orina que impiden repleción adecuada, fase miccional no valorable. Comentario diagnóstico: *“No se consigue realizar diagnóstico urodinámico por los artefactos durante estudio”*.

Con fecha 14 de abril el reclamante volvió nuevamente a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por el mismo cuadro de retención aguda de orina. Tras la realización de una ecografía abdominal se observó globo vesical por lo que se procedió al sondaje vesical, obteniéndose diuresis de 900 cc, no hematúrica. Se explicó al paciente la situación del cuadro clínico y *“la necesidad de abordaje de manera programada en consultas externas de Urología”*. Se le pautó mantener el sondaje vesical durante una semana, duodart, y pedir cita preferente en Urología.

El día 22 de abril el paciente tuvo que acudir nuevamente a Urgencias por nueva retención aguda de orina. Tras valorar al paciente, se le insistió en la ingesta hídrica *“al no tener una RAO franca”* y manejo en domicilio con sondajes manuales. Fue dado de alta ese mismo día.

Según el comentario evolutivo de la consulta de Urología del día 16 de mayo de 2018 (folio 462), el paciente había *“conseguido micción espontánea después de varios episodios de retención postoperatoria”*. Se recogía que el estudio urodinámico no era valorable por múltiples artefactos. Se anotaron resultados de flujometría: Vol 221 ml/seg, Qmax 5,3 ml/seg. Morfología interrumpida. Sin residuo postmiccional. *“El paciente consulta por eyaculación retrógrada. Explico. Mantiene 1 autosondaje/semana sin evidencia de residuos postmiccional”*. Tras anotar los resultados de la analítica de creatinina (1,18), PSA (0,647) y Hemoglobina (14,7), se indicó revisión en 4 meses con flujometría + residuo.

El día 20 de mayo volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por retención aguda de orina y fiebre. El paciente consultaba por escozor peneano y refería autosondajes frecuentes por retención aguda de orina. A las 19:55 horas se pretendió dejar al paciente en observación para vigilar su evolución,

pero solicitó alta voluntaria. A las 21:30 horas decidió volver, al comenzar con mareo de perfil ortostático. El paciente quedó ingresado.

Se le realizó ecografía urológica que mostró riñones de tamaño y morfología normal, ureterohidronefrosis bilateral grado I de origen vesical. Vejiga muy distendida y sonda vesical mal posicionada en cuello vesical. Tras tratamiento con antibiótico intravenoso y oral y recolocación de la sonda vesical, fue dado de alta el día 23 de mayo con indicación de ingesta hídrica abundante (2-3 litros de agua), analgesia habitual si dolor, retomar medicación habitual, cefuroxima 500 mg, retirada de sonda vesical en su centro de salud el día 28 de mayo, *“dejará de realizarse autosondajes”* e indicación de realizar un urocultivo de control en su centro de salud, al finalizar el tratamiento. También se le indicaba que continuaría revisiones programadas en Urología.

Consta en la historia clínica del centro de salud que el día 28 de junio de 2018 el paciente se había sometido en la sanidad privada a una resección transuretral (RTU) de próstata y que el día 5 de julio de 2018 se sometió a diverticulectomía radical laparoscópica x2 por divertículos gigantes vesicales.

Aparecen en la historia clínica asistencias posteriores al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal posteriores a la intervención realizada en la sanidad privada por motivos distintos a los que son objeto de reclamación en el presente dictamen.

**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 (LPAC). Intentada la notificación del

acuerdo de inicio en su domicilio, no es posible realizarlo por ausencia en su domicilio.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, ha emitido informe el Servicio de Urología del Hospital Universitario Ramón y Cajal (folios 539 a 541) que con fecha 18 de febrero de 2019 concluye:

*“Reitero que en ningún momento se ha actuado de forma contraria a la lex artis y que se procedió al tratamiento de su patología según práctica clínica habitual. Reseñar en este aspecto que el Hospital Ramón y Cajal es un Hospital Universitario en el que existe formación de residentes y estos llevan a cabo cirugías según su grado de competencia, siendo siempre tutelados por un adjunto responsable.*

*Pese a las numerosas visitas al Servicio de Urgencias, durante las consultas postoperatorias; tanto en la entrevista clínica como las pruebas realizadas se evidenciaba de una recuperación lentamente progresiva. La mayor incidencia de complicaciones y la posibilidad de una recuperación ad integrum de la micción espontánea fueron expuestas al Sr. (...) previa a la cirugía, en base a la retención crónica que presentaba.*

*En ningún momento se negó al paciente la posibilidad de tratamientos posteriores ni se abandonó el seguimiento. Se realizaron las pruebas pertinentes y no se ofreció ningún tratamiento complementario al objetivarse en las revisiones mejoría progresiva, tal y como el paciente expresaba y confirmaban las exploraciones complementarias. El paciente recibió atención en consulta de forma mensual”.*

Se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 3 de mayo de 2019 (folios 583 a 607) que analiza la

asistencia sanitaria prestada al reclamante por el Hospital Universitario Ramón y Cajal y concluye:

*“1. Acorde a protocolo, ante unos divertículos grandes en vejiga asintomáticos, no se extirpan. Ni tan siquiera de forma profiláctica. Este paciente se conoce la existencia de estos divertículos en vejiga desde abril de 2016.*

*2. Durante el acto quirúrgico de febrero de 2018, se realizó una adenomectomía o prostatectomía abierta y se visualizó la vejiga sin litiasis ni otras alteraciones. Por tanto, la diverticulectomía profiláctica no está recomendada por el Protocolo.*

*3. El paciente tuvo complicaciones reflejadas en el consentimiento informado, la necesidad de padecer la sonda vesical. El paciente tomó decisiones ante las molestias del sondaje permanente y, obviamente, si necesita el sondaje y el paciente no tiene la sonda, el resultado es acudir a Urgencias por retención aguda de orina.*

*4. Tras el alta hospitalaria de mayo de 2018 por retención de orina e infección de trato urinario, el paciente optó por acudir a la medicina privada. Es un criterio que decidió el paciente y éste debe asumir las consecuencias de sus actos.”.*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Con fecha 25 de octubre de 2019, el abogado del reclamante formula alegaciones en las que pone de manifiesto las contradicciones en las que incurre el informe de la Inspección e insiste en la necesidad de que, junto con la adenectomía, se hubiera realizado la diverticulectomía.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 621 a 625) con fecha 28

de mayo de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha demostrado la existencia de mala praxis ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 30 de junio de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 318/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por la Sección de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de agosto de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 € por solicitud del consejero 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro sanitario público de su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el reclamante fue intervenido de diverticulectomía en la sanidad privada el día 5 de julio de 2018, por lo que no existe duda

alguna que la reclamación presentada el día 25 de enero de 2019 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Urología del Hospital Universitario Ramón y Cajal. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica del paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no se ha acreditado la existencia de mala praxis *“ni nexos causal en sentido jurídico entre la actuación facultativa y el daño reclamado”*.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación

5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la*

*consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) que «*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* 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*», por lo que “*si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la *lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido*” ya que

*“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante, diagnosticado de hiperplasia benigna de próstata de hiperplasia benigna de próstata con divertículos vesicales grandes, fue intervenido el día 2 de febrero de 2018 realizándosele una prostatectomía simple retropúbica (técnica Millin). El reclamante sostiene que hubo mala praxis en dicha intervención porque se le tenía que haber realizado, también, una diverticulectomía que habría evitado todos los episodios de retención aguda de orina e infecciones sufridas con posterioridad a la intervención, así como en el tratamiento posterior, al no haber

propuesto esta intervención y ofrecer, únicamente, la alternativa de la sonda permanente.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En el presente caso el reclamante aporta un informe pericial emitido por un especialista en Urología que afirma que el médico residente de 2º año que intervino al paciente cometió un error al explorar inadecuadamente la vejiga urinaria durante la operación, a pesar de los datos clínicos y del TAC; que no se actuó conforme a la *lex artis ad hoc* al no extirpar los divertículos teniendo abierto al paciente para operarlo de la próstata, siendo la misma vía de abordaje; que no se actuó conforme a la *lex artis* al no indicar la diverticulectomía cuando los resultados de la operación fueron manifiestamente negativos y el paciente no podía vaciar espontáneamente la vejiga, indicándosele que se sondara él mismo por el pene para vaciarla varias veces al día y, finalmente, que “*dado el sufrimiento que suponen las continuas retenciones de orina, autosondajes muchas veces dificultosos e infructuosos, sangrados e infecciones, es perfectamente entendible que paciente se pusiera en manos de otros especialistas*”.

Sobre la primera de las cuestiones planteadas, no puede compartirse la rotunda afirmación del informe pericial, sobre el error cometido por el médico residente de 2º al explorar inadecuadamente la vejiga y “*no extirpar los divertículos teniendo abierto al paciente para operarlo de la próstata*” porque la existencia de dos grandes divertículos junto con la hiperplasia benigna de próstata ya era conocida desde mayo de 2017, decidiéndose tratamiento conservador

inicialmente y también en enero de 2018, cuando tras observar un deterioro de la función renal, con hidronefrosis bilateral, se decidió la intervención consistente en adenomectomía o prostatectomía abierta, sin considerar necesaria la diverticulectomía. Debe tenerse en cuenta que el reclamante prestó su consentimiento únicamente para una prostatectomía abierta, sin que sea posible, como pretende el informe pericial aportado con la reclamación, extirpar los divertículos de la vejiga *“teniendo abierto al paciente para operarlo de la próstata”*, al no haber sido informado el paciente sobre esta segunda intervención en otro órgano distinto y, en consecuencia, no haber firmado el documento de consentimiento informado para la misma. Solo en un caso de urgencia vital, lo que no se aprecia que existiera en el presente caso, el cirujano podría haber ampliado la intervención a un órgano distinto o cambiar el tipo de intervención a la descrita en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente.

Debe tenerse en cuenta, además, que el propio informe pericial también señala la falta de consenso sobre la realización de la diverticulectomía al tiempo de la adenomatectomía, por lo que no puede afirmarse que la actuación la falta de realización de la primera resulte contraria a la *“lex artis”*. Así, el informe pericial aportado por el reclamante afirma que *“no siempre el tamaño de los divertículos se correlaciona con los problemas que pueden producir”*, y que *“existe controversia a este respecto, ya que la diverticulectomía, una vez abierto el paciente, no supone un gran aumento en el tiempo de intervención ni en las complicaciones, y se hace por la misma vía”*.

En este sentido, el informe de la Inspección dice que la literatura médica es clara respecto a qué técnica quirúrgica debe realizar el cirujano ante un cuadro obstructivo por hiperplasia benigna de próstata y que *“cada cirujano urólogo toma su decisión”*. Prueba de la anterior afirmación fueron las dos operaciones a las que se sometió el reclamante en la sanidad privada realizando una resección

transuretral para asegurarse que no quedaba ningún resto prostático obstructivo y luego realizando la diverticulectomía múltiple y que, siguiendo la tesis del informe pericial, habría sido también contraria a la *lex artis*.

Por tanto, no hubo vulneración de la “*lex artis ad hoc*” ni error en la intervención realizada por el médico residente de 2º año.

Sobre la inexperiencia del médico residente de 2º año, hay que recordar lo manifestado en los dictámenes 256/16, de 30 de junio y 505/20, de 19 de noviembre de esta Comisión Jurídica Asesora, en los que se hace referencia a lo dispuesto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (artículo 20) y Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En esta última disposición se establece que el sistema de residencia implica la prestación profesional de servicios por parte de los titulados universitarios que cursan los programas oficiales de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud y la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión a partir del segundo año, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista (artículo 15).

En el presente caso, la cirugía se realizó por un médico residente de 2º año, ayudado por el facultativo especialista de área de Urología que ha seguido al paciente desde el inicio de su seguimiento por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Ramón y Cajal y que fue la que decidió e informó al paciente de la intervención que se le iba a realizar.

El informe pericial de parte dice también que no se actuó conforme a la *lex artis*, una vez realizada la intervención, *“al no indicar la diverticulectomía cuando los resultados de la operación fueron manifiestamente negativos y el paciente no podía vaciar espontáneamente la vejiga”*.

Sobre esta cuestión, es preciso tener en cuenta que existen datos en la historia clínica que demuestran que el paciente tuvo micción espontánea tras la intervención, como queda puesto de manifiesto en la anotación realizada en la historia clínica del centro de Atención Primaria del día 13 de febrero de 2018, donde se recogen los cuidados de la herida y se afirma: *“en realidad le han quitado ya la sonda y de momento orina bien”* (folio 561), persistiendo así hasta el día 19 febrero. Además, figura en la historia clínica que el día 11 de abril de 2018 el paciente refirió en la revisión con Urología, orinar *“con normalidad”* (folio 462). Según el comentario evolutivo de la consulta de Urología del día 16 de mayo de 2018 (folio 462), el paciente había *“conseguido micción espontánea después de varios episodios de retención postoperatoria”*. Estos datos corroboran lo afirmado por el informe del Servicio de Urología en su informe de 18 de febrero de 2019, al señalar que *“pese a las numerosas visitas al Servicio de Urgencias, durante las consultas postoperatorias, tanto en la entrevista clínica como las pruebas realizadas se evidenciaba una recuperación lentamente progresiva”*, motivo por el que no se ofreció ningún tratamiento complementario.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que, como se ha descrito en los antecedentes de hecho, el paciente firmó un documento de consentimiento informado en el que se informaba que tras la intervención de adenomectomía o prostatectomía abierta, comenzaría a realizar la micción de forma natural, inicialmente con pequeños trastornos como escozor, imperiosidad, etc. y que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, podían

presentarse efectos indeseables, tales como que no se consiguiera la mejora de la calidad miccional o que no se pudiera retirar la sonda vesical permanente, y que pudiera aparecer, como luego sucedió, una estenosis uretral.

Se trataría, por tanto, de una complicación prevista en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, lo que excluiría la antijuridicidad del daño.

Finalmente, en cuanto a la reclamación de los gastos satisfechos en la sanidad privada, es doctrina de esta Comisión (recogida, entre otros, en el Dictamen 248/16, de 30 de junio):

*«Las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, nº de recurso: 174/2004). Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso*

*184/2005- que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria”».*

Sin embargo, en el presente caso no se aprecia que haya habido una actuación de dejadez o desidia de los servicios sanitarios públicos que hiciera que el reclamante tuviera que acudir a la sanidad privada para que su salud no sufriera daños.

Consta en la historia clínica examinada que el reclamante estuvo sometido a una actuación continua y constante, en los meses siguientes a la intervención tanto por el Hospital Universitario Ramón y Cajal como por su centro de Atención Primaria. Como pone de manifiesto el informe del Servicio de Urología, en ningún momento se negó al paciente la posibilidad de tratamientos posteriores ni se abandonó el seguimiento.

En este caso, no resulta de la historia clínica que el paciente se encontrara en una situación de urgencia vital, lo que permite entender que los servicios médicos pusieron los medios adecuados a su alcance para lograr la mejoría de la paciente y que no hubo en este caso ni situación de urgencia vital objetivada ni desatención en los servicios sanitarios públicos sino que la decisión del reclamante de acudir a la medicina privada, fue una actuación atribuible más a su temor e impaciencia, que una consecuencia de la desidia de los médicos de la Sanidad Pública, a los cuales, ni se les consultó sobre la opción terapéutica dada en la sanidad privada ni se solicitó una segunda opinión para valorar la posibilidad de la intervención quirúrgica dentro de la sanidad pública.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

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 25 de agosto de 2020

La vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 344/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid