

Dictamen nº: **162/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **13.04.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 13 de abril de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por D. y Dña. y por Dña., por el fallecimiento de su padre y esposo, D., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en la implantación de una sonda vesical.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - El 2 de agosto de 2018 la esposa e hijos del paciente fallecido, presentan un escrito en el que relatan que su familiar portaba un sondaje vesical que le habían colocado, sin mediar la firma de documento de consentimiento informado, el 16 de abril de 2017 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, al presentar una hiperplasia benigna de próstata.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, los interesados señalan que el 15 de junio de 2017 su familiar fue visto en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa al presentar valores altos de leucocitos en la orina y que tras una

analítica de sangre y orina, un ECG y una Rx de tórax, se procedió al cambio de la sonda vesical, lo que para el paciente fue un suplicio ya que el sanitario realizó tres intentos, además se infringieron varios puntos del protocolo de sondaje: (no se empleó la sonda de menor calibre posible, no hubo consentimiento informado y no se realizó por un urólogo). Añaden que su familiar fue dado de alta el 21 de junio de 2017 a pesar de que presentaba un cuadro de hematuria, a su juicio provocado por el cambio de sonda que, reprochan, no figura en el informe de alta.

Los reclamantes refieren que el día 23 de junio de 2017 acudieron a la consulta externa de control de Medicina Interna en el Hospital Universitario de La Princesa preocupados por el color claramente rojo de la orina de su familiar. Señalan que dicha preocupación fue en aumento por lo que fueron el 26 de junio de 2017 al centro de salud, donde les confirmaron que presentaba hematuria y pautaron antibiótico por si hubiera infección.

El día 28 de junio de 2017 volvieron a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por un empeoramiento manifiesto de la hematuria. Subrayan que tras las analíticas realizadas se diagnosticó hematuria, bacteriuria, infección del tracto urinario (ITU) complicada, reagudización de insuficiencia renal crónica (ICR) y acidosis metabólica leve en el contexto. Refieren que se solicitó una ecografía urológica urgente para descartar complicaciones y se recomendó una Tomografía Computarizada que no se realizó. Además, se retiró la sonda, sustituyéndola por otra del mismo calibre. El familiar de los reclamantes fue dado de alta con persistencia de la hematuria y sin infección, según el urocultivo.

Los interesados exponen que han encargado un informe a un especialista de un centro de radiología sobre los estudios ecográficos de su familiar, en particular, del realizado el 28 de junio de 2017, que

aportan junto al escrito de reclamación. Refieren que en dicho informe se revela la presencia de una lesión iatrogénica, un pseudoaneurisma, dato, para los reclamantes, crucial y pasado por alto por el personal del hospital, agravado además por la no realización del TC que se propuso en su momento y que consideran imprescindible no sólo para confirmación diagnóstica, sino también para evaluar las características del referido pseudoaneurisma. Consideran, por tanto, que sin el diagnóstico, las acciones subsiguientes estaban destinadas al fracaso y a producir un dolor y daño gratuito en el paciente, sirviendo tan sólo para aducir que se está haciendo algo, pero sin valor terapéutico.

Según el relato de los reclamantes, el día 5 de julio 2017, volvieron a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa ante el empeoramiento de la hematuria que se manifestaba ya con coágulos que obstruían el paso de la orina por el cuerpo de la sonda. Refieren que el Servicio de Urología de guardia expuso en ese momento que el sangrado no parecía secundario al traumatismo uretral, sino que consideraron que probablemente era de origen tumoral prostático. Muestran su disconformidad con que se descartara el traumatismo uretral y denuncian que no se realizara una resonancia magnética de próstata como medio de diagnóstico idóneo para la detección del cáncer prostático.

Continuando con el relato de los hechos, los interesados explican que ante la persistencia de la hematuria se decidió el ingreso y una exploración bajo anestesia, aunque el consentimiento informado que firmó su familiar fue para la realización de una resección transuretral de vejiga. Exponen que tras la exploración se colocó sonda vesical de calibre nuevamente aumentado y reprochan que conforme al informe de la exploración el sangrado estaba en la uretra prostática, que es lo que se cauterizó, pero según la cistoscopia del día anterior el sangrado

estaba en el cuello de la vejiga, pero nada menciona el informe sobre su detección y tratamiento.

Los reclamantes inciden en que a la falta de pruebas diagnósticas anteriormente referida se suma la no realización de una embolización prostática, ante la negativa del centro hospitalario a la realización de una prueba de alergia demandada por los interesados. Señalan que como alternativa se realizó tratamiento radioterápico de pelvis con fines hemostáticos, sumándose otro fracaso más a lo anterior, en opinión de los reclamantes. Añaden que su familiar precisó los días 10 y 28 de julio de 2017 la transfusión de 2 concentrados de hematíes debido a la fuerte hematuria que sufría.

Los reclamantes sostienen que propusieron reiteradamente realizar pruebas de imagen ya que desde la ecografía del 28 de junio de 2017 no se había realizado ninguna otra prueba ni hallado el tratamiento apropiado, propuesta que también trasladaron al Servicio de Nefrología, que, a sabiendas de la patología renal de su familiar, se desentendió del caso.

Según el relato de los interesados, se propuso el traslado de su familiar a un centro de media estancia pues les informaron de que se encontraba bien, aunque el diagnóstico para la derivación fue el de *“hematuria anemizante de difícil control”*, lo que para ellos supone un claro engaño. Aducen que dicho traslado fue posteriormente denegado y que su familiar sufrió un abandono terapéutico, negándoles además la administración de sueroterapia y proponiéndoles una nefrostomía que su padre no aceptó.

Los interesados exponen que solicitaron el traslado de su padre al Hospital Universitario La Paz, pero que, en dicho centro hospitalario, los médicos *“informados”* por los especialistas del Hospital Universitario de La Princesa no realizaron ninguna prueba, dando a su familiar *“por desahuciado y llevándole al coma inducido”*

(*que no autorizamos*)". El día 5 de agosto se pidió el alta voluntaria para el traslado a su hospital de referencia, el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde falleció a las 5:40 horas del día 6 de agosto de 2017.

Según los reclamantes el día 19 de diciembre de 2017 presentaron 15 solicitudes de petición de documentación e información (reiteradas el 12 de marzo de 2018) y puestas en conocimiento al Defensor del Pueblo sin haber obtenido respuesta.

Por todo lo expuesto reclaman la cantidad de 50.000 euros para la viuda más otros 30.000 euros como daño moral, y 20.000 euros para cada uno de los hijos, al ser mayores de 30 años, así como 20.000 euros por daños morales para cada uno de ellos y los intereses legales de dichas cantidades.

El escrito de reclamación se acompaña con el libro de familia del paciente fallecido; el certificado de defunción y diversa documentación médica, además del informe pericial anteriormente citado (folios 1 a 339 del expediente).

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

El familiar de los reclamantes, de 92 años de edad en el momento de los hechos, acudió el 16 de abril de 2017 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por un cuadro de diarrea, de 4-5 días de evolución. En los antecedentes se hizo constar, entre otros, hipertensión arterial; enfermedad renal crónica estadio IV secundaria a hiperplasia de próstata, en seguimiento en Hospital Universitario de la Princesa; posible enfermedad pulmonar obstructiva crónica no estudiada nunca, neumonías de repetición, fractura de cadera en el 2016 y alergia a contrastes iodados. Se comentó con el

paciente que la función renal había empeorado respecto a las analíticas de enero y marzo, que se mantenía la acidosis metabólica tratada con bicarbonato, y se le indicó la necesidad de pautar un sondaje permanente debido a que su patología renal era secundaria a las retenciones de orina por la hiperplasia de próstata. Consta anotado que el paciente entendió y aceptó, procediendo a colocarle una sonda vesical permanente con tapón para que pudiera vaciar en domicilio, y con bolsa por las noches (folio 580).

El 15 de junio del 2017, el padre y esposo de los interesados acudió a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, por afectación del estado general, inestabilidad y marcada astenia. Se hicieron constar los antecedentes personales entre los que figura, posible adenocarcinoma prostático, sin haberse realizado biopsia de próstata (folio 724). Se realizó analítica de sangre y orina con urocultivo, Rx de tórax y ECG. Se anotó que el paciente portaba sonda vesical permanente desde abril de 2017 y que se realizó el cambio en Urgencias.

Tras las pruebas realizadas se diagnosticó un hematoma subdural crónico bilateral, con focos de sangrado agudos y en la analítica se apreció hematuria, siendo negativo el cultivo de orina, sin signos de infección. El familiar de los reclamantes recibió el alta por mejoría el 21 de junio.

El 26 de junio, el hijo del paciente fallecido acudió al Centro de Salud Vicente Muzas, llevando una muestra de orina de su familiar por un cuadro de hematuria. El análisis de la muestra arrojó resultados anormales por lo que se prescribió fosfomicina.

Con fecha 28 de junio, el familiar de los reclamantes acudió de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, al observar empeoramiento de la hematuria. El paciente refirió que presentaba esa sintomatología desde el cambio de sonda que, según

relataba, resultó dificultoso con hasta tres intentos. Tras la realización de pruebas diagnósticas se emitió el juicio clínico de reagudización de insuficiencia renal crónica y acidosis metabólica leve. En la analítica se encontró leucocitosis con neutrofilia, que continuaba a pesar del tratamiento antibiótico, por lo que se le solicitó una ecografía urológica.

Realizada ecografía urgente se comprobó que existía dilatación de la vía excretora bilateral, pero comparándola con eco realizada hacía 2 años, la dilatación era menor. Litiasis en grupos caliciales del riñón izquierdo. Se recomendó realizar TC (folio 1.088) La función renal era similar a la que el paciente presentaba en los últimos 6 meses, con elevaciones y bajadas de la creatinina. Se comprobó que la sonda estaba correctamente colocada y que no existía globo vesical. No obstante, y dado que el paciente se quejaba mucho de la sonda, se sustituyó por sonda Foley 18 Ch sin incidencias (folio 893). Presentaba hematuria leve sin coágulos en ese momento. Con el diagnóstico de hematuria sin infección, pues el resultado del urocultivo había sido negativo, se dio el alta el 29 de junio.

El familiar de los interesados acudió a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa el 5 de julio por empeoramiento de la hematuria, que se manifestaba con coágulos que obstruían el paso de la orina por la sonda. El paciente fue visto por el Servicio de Nefrología que anotó que presentaba un deterioro de función renal en contexto de hematuria abundante con coágulos y que el deterioro parecía de forma más probable obstructivo que prerrenal. Comentado el caso con el Servicio de Urología de guardia, este transmitió que el sangrado no parecía secundario al traumatismo uretral al que se atribuyó una semana antes, dada la persistencia, sino que su origen era probablemente tumoral prostático y que sería necesario investigar su origen y valorar posibles tratamientos para controlar la hematuria,

con un planteamiento conservador dadas sus limitaciones (edad y ERC muy avanzadas, comorbilidades) (folio 900). El familiar de los reclamantes quedó en observación a cargo del Servicio de Urología.

El 6 de julio se realizó una citoscopia que se informó como “*no estenosis de uretra. Próstata Shivers 11-111. Medio vesical ligeramente hematórico que permite identificar una mucosa vesical sin lesiones sospechosas de malignidad y con ligero sangrado del cuello al roce con el cistoscopio*”.

Ante la persistencia de la hematuria, el 7 de julio se realizó, previo consentimiento informado para resección transuretral (folios 1.109 a 1.111), una exploración quirúrgica bajo anestesia, en la que se objetivó sangrado leve de uretra prostática y algunos coágulos en vejiga. Se coagularon zonas erimatosas. Se colocó nueva sonda vesical de calibre aumentado (20´)

El día 10 de julio se hizo preciso suministrar 2 concentrados de hematíes.

El 12 de julio se comenzó tratamiento con konankion oral y anchafibrin oral y el 14 de julio se realiza bloqueo hormonal con bicalutamida. En esta última fecha se desestima la embolización prostática porque el paciente es alérgico al contraste.

El día 17 de julio, el familiar de los reclamantes manifestó explícitamente que no deseaba ningún tratamiento agresivo, y se explicó el posible componente obstructivo de su insuficiencia renal, negándose el familiar de los reclamantes a la derivación urinaria. Consta que se explicó al paciente y a su hija que el diagnóstico clínico era de cáncer de próstata y que el paciente lo negaba achacando sus problemas al cambio de sonda.

Ante la persistencia de la hematuria y desestimada la

embolización, el 20 de julio, el enfermo fue visto por el Servicio de Oncología Radioterápica remitido por el Servicio de Urología (folio 744). Se anotó que el paciente presentaba diagnóstico clínico de adenocarcinoma de próstata tratado con hormonoterapia, que no se disponía de estadificación ni de estudios de imagen de extensión, y que, ante la persistencia de hematuria y desestimada embolización, se remitía para radioterapia hemostática prostática. El paciente aceptó y firmó el documento de consentimiento informado. Se realizó la radioterapia sobre tumoración prostática 20 GY en 5 sesiones (del 20 al 26 de julio). El 28 de julio se realizó transfusión de concentrados de hematies.

El 31 de julio de 2017 el Servicio de Urología propuso el traslado del paciente a un centro de media-larga estancia. Mientras se gestionaba el mencionado traslado, el familiar de los reclamantes fue derivado a la Unidad de Digestivo. Consta como juicio clínico "*hematuria anemizante de difícil control*".

El 3 de agosto de 2017, realizada una ecografía se aprecia uropatía obstructiva subsidiaria a nefrostomía según el Servicio de Urología. Consta que el paciente se niega a ese tratamiento asumiendo las consecuencias derivadas de ello. Se recomienda la valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos y se informa a los hijos. La familia demanda tratamiento para la insuficiencia renal, pero el paciente que está plenamente consciente, según consta anotado, rechaza todo tratamiento. La familia desea tratamiento con sueroterapia y bicarbonato. Se explica el peligro de encharcamiento, provocándole un edema agudo de pulmón y el fallecimiento inmediato. Consta que la familia se puso agresiva con el personal sanitario.

El 4 de agosto de 2017 se volvió a explicar a la familia la situación: deterioro progresivo de la función renal y de los trastornos metabólicos asociados (hiperkaliemia y acidosis metabólica)

secundarios a la obstrucción de la vía urinaria, y que la única solución era la nefrostomía a la que el paciente se había negado de forma reiterada. La familia insistió en que se le administrara hidratación parenteral, pero se les indicó que era contraproducente por el riesgo de edema agudo de pulmón, además del efecto rebote de la hiperkaliemia. Consta que se explicó a la familia nuevamente que por ley se prioriza la decisión del paciente consciente y en su sano juicio, que no quiere intervención de ningún tipo, pautándole únicamente medicación oral para la hiperkaliemia.

El familiar de los reclamantes fue valorado ese mismo día por la Unidad de Cuidados Paliativos que anotó "*paciente encamado, caquético, consciente y orientado, que no está dispuesto a someterse a ningún tratamiento que no sea farmacológico y suero lavador. Se trata de una situación compleja, donde el paciente se ha negado repetidamente a los tratamientos ofrecidos, al parecer por una negación de la enfermedad, con igual actitud de negación por parte de la familia, que les lleva a solicitar tratamientos fútiles o contraindicados, sin atender las reiteradas explicaciones de los facultativos*".

Según la documentación que obra en el expediente, se solicitó el alta voluntaria del paciente para su traslado al Hospital Universitario La Paz, donde ingresó el 4 de agosto de 2017 a las 19:53 horas. Se evaluó al paciente por parte de los servicios de Nefrología y Urología, desestimándose derivación quirúrgica urológica y hemodiálisis, lo que se explica los familiares junto con la inexistencia de otras opciones terapéuticas más allá de tratamiento paliativo conservador con sedación para disminuir la agitación y el dolor abdominal. Se anota que los familiares se muestran de acuerdo con la sedación paliativa suave propuesta en conjunto por el equipo de Urgencias, Nefrología y Urología, y aunque se explica el riesgo de hidratación parenteral, ante la insistencia de los familiares, se inicia junto a la sedación paliativa, sueroterapia de mantenimiento lenta, "*haciéndose expresamente*

responsables de modo verbal ante todo el equipo médico sus familiares de las posibles consecuencias deletéreas de dicha hidratación”. Se emitió el juicio clínico de hematuria macroscópica de posible origen tumoral (cáncer de próstata); insuficiencia renal crónica en estado terminal con hiperpotasemia severa secundaria y encefalopatía urémica en el contexto de lo anterior.

Con fecha 5 de agosto del 2017, se solicitó el traslado a su hospital de referencia, el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde el familiar de los interesados falleció a las 5:40 horas del día 6 de agosto del 2017.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente examinado, la historia clínica del paciente fallecido del Hospital Universitario de La Princesa, del Hospital Universitario Ramón y Cajal, del Centro de Salud Vicente Muzas y del Hospital Universitario La Paz.

Obra en el procedimiento el informe de 31 de agosto de 2018 del coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal en el que da cuenta de la asistencia dispensada al familiar de los reclamantes el 16 de abril de 2017, cuando se procedió a la colocación de un sondaje vesical. El informe refiere que se evidenció un deterioro de la función renal con respecto a la situación basal por lo que el facultativo, tras revisar la historia clínica del Hospital Universitario de La Princesa, comentó con el paciente la necesidad de pautar sondaje vesical permanente, debido a que toda su patología renal era secundaria a las retenciones de orina, lo que el familiar de los reclamantes entendió y aceptó. Sostiene además que el ingreso en

Urgencias de forma voluntaria es un consentimiento tácito de las actuaciones que en ella se realizan, por lo tanto, no hay necesidad de firmar ningún documento en los procedimientos básicos más aun cuando se ha acreditado una información verbal directa. Añade que el sondaje vesical es el único tratamiento efectivo para la retención aguda de orina y se considera un procedimiento básico de urgencias, no un procedimiento quirúrgico invasivo. Además, incide en que el paciente tenía el antecedente de un sondaje previo reciente en el Hospital Universitario de La Princesa, de modo que conocía el procedimiento, aparte de haber dado su consentimiento verbal tras ser informado.

Asimismo, figura en el procedimiento el informe de 17 de diciembre de 2018 del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa en el que se subraya que el paciente fallecido padecía una insuficiencia renal crónica avanzada debida a una patología obstructiva bilateral, que dada su cronicidad y la presencia de parénquima renal adelgazado bilateral, era difícilmente reversible aunque la resolución de la obstrucción por derivación (nefrostomías) podría haber enlentecido algo la progresión. Añade que de todas formas y dada la evolución del paciente y sus deseos en cuanto a limitar las opciones de tratamiento hacían imposible un manejo clínico efectivo.

Además, también se ha incorporado al expediente el informe de 10 de septiembre de 2018 del Servicio de Urología del Hospital Universitario de La Princesa en el que se da una explicación de cada una de las asistencias dispensadas por ese servicio y destaca que el paciente, en todo momento, explícitamente en plenas facultades mentales manifestó que no deseaba ningún tipo de procedimiento diagnóstico o tratamiento agresivo, y que firmó los consentimientos informados de los procedimientos en los que era necesario, y muchos no los quiso firmar y entonces no se realizó el procedimiento.

Asimismo, figura en el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento y realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que el tratamiento del paciente fue adecuado y suficiente, máxime teniendo en cuenta la actitud de negación de la enfermedad, tanto del paciente como de su familia.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los interesados. Con fecha 24 de abril de 2019, los reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que manifestaron sus discrepancias con los informes emitidos en el curso del procedimiento e incidieron en los términos de su reclamación inicial que centraron en la negligente asistencia sanitaria iniciada con un sondaje traumático el 15 de junio de 2017, que produjo a su familiar un cuadro de hematuria cuyo origen no supieron detectar los servicios médicos en las imágenes ecográficas de fecha 28-06-2017 (pseudoaneurisma), y que comportó una sucesión errónea de tratamientos varios, para finalmente determinar un calculado abandono terapéutico de la patología nefrológica que condujo a su familiar a la muerte. Con el escrito de alegaciones los interesados aportaron nueva documentación médica (folios 1.178 a 1.248).

Finalmente, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al padre y esposo de los reclamantes.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 211/20, de 16 de junio, en el que se concluyó que procedía la retroacción del procedimiento, para la emisión de informe por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa que realizó el sondaje del paciente el 15 de junio de 2017, según los datos de la historia clínica. Dicha

retroacción se fundamentó en que el informe del mencionado servicio, en cuanto supuestamente causante del daño no se había emitido y los interesados centraban su reproche, tal y como explicitaban en su escrito de alegaciones, en la colocación de la sonda vesical a su familiar en la citada fecha en el Hospital Universitario de La Princesa, asistencia sanitaria a la que imputaban la causación de un pseudoaneurisma a su familiar, pues consideraban que no fue diagnosticado y en consecuencia tratado por los servicios sanitarios, lo que entendían condujo al fallecimiento de su padre y esposo. De igual modo se consideró necesario que se valorara el informe pericial aportado por los interesados, en relación con las pruebas ecográficas realizadas al familiar de los reclamantes, en particular la de 28 de junio de 2017, en la que decían se apreciaba el pseudoaneurisma causado. Por último, se solicitó la incorporación de la historia clínica relativa a la asistencia de 5 de agosto de 2017 en el Hospital Universitario La Paz.

CUARTO.- Tras el Dictamen 211/20, de 16 de junio, de esta Comisión Jurídica Asesora, se han sustanciado los siguientes trámites:

El 29 de junio de 2020 emitió informe la coordinadora del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa en relación con la asistencia dispensada al familiar de los reclamantes el 15 de junio de 2017. Según el citado informe, el paciente consultó por un cuadro de astenia muy marcada de 3 o 4 días de evolución, habiendo sido dado de alta de forma reciente, el 2 de junio, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal tras una caída y fractura de fémur que fue intervenida, constatándose además la presencia de hematomas subdurales bilaterales crónicos que no requirieron actuación por parte de Neurocirugía de ese centro. Refiere que el familiar de los interesados padecía una insuficiencia renal crónica, entre otros muchos antecedentes y era portador de sonda vesical, que según

señaló la familia presentaba grumos blanquecinos, por lo que su médico de Atención Primaria había iniciado tratamiento antibiótico con amoxicilina clavulanico 2 días antes.

El informe continúa indicando que, en Urgencias, tras la realización de anamnesis, exploración física y petición de pruebas complementarias se confirmó el empeoramiento de los hematomas subdurales con resangrado, por lo que se solicitó consulta a Neurocirugía y el paciente fue ingresado a cargo de dicho servicio. Al observar la existencia de hematuria, leucocituria, bacteriuria y pH alcalino de la muestra de orina, se estableció el diagnóstico de infección de orina, se indicó cambio de la sonda vesical y posterior obtención de un urocultivo para identificación del germen con antibiograma. Añade que el cambio de la sonda y obtención de dicho urocultivo posterior fue realizado por un enfermero con experiencia, no siendo necesaria la intervención del urólogo en ningún momento. Por último, el informe indica que en el Hospital Universitario de La Princesa existe un protocolo de manejo de las sondas vesicales que es el que se sigue habitualmente.

Consta en el expediente que el 3 de julio de 2020 la Asesoría Jurídica del Hospital Universitario la Paz, remitió al instructor del procedimiento el informe emitido por la coordinadora del Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario. En el informe se señala que el familiar de los interesados fue atendido por dicho servicio el 4 de agosto de 2017, a las 19:53 horas con alta voluntaria, firmada por los hijos del paciente, el día 5 de agosto. Refiere que en la valoración del paciente intervinieron los médicos de los servicios de Urgencias, Nefrología y Urología. Señala que los dos hijos del paciente fallecido fueron informados por los nefrólogos de guardia en aquel momento, que comprendieron lo que se les comunicó y que aceptaron tanto el tratamiento sintomático como la sedación en el caso de precisarla,

como así consta en el informe de Urgencias. Explica que los familiares fueron informados por los facultativos de Urgencias, que entendieron la información y se mostraron de acuerdo con inicio de sedación paliativa suave, como se reflejó en el informe de Urgencias. El informe añade que posteriormente volvieron a ser informados por el equipo médico de guardia en aquel momento y los dos hijos del paciente no comprendieron la situación, insistiendo en la realización de pruebas complementarias para mejorar el pronóstico de su padre, lo que les motivó a solicitar el traslado del paciente al Hospital Universitario Ramón y Cajal, con previa firma de alta voluntaria, ya que el paciente se encontraba “*en Situación de Últimos Días*” y no había criterio médico de traslado por la intención de garantizar una atención adecuada durante el proceso final de la vida.

Tras la emisión de los anteriores informes se dio traslado del expediente a la Inspección Sanitaria que emitió informe el 19 de octubre de 2020 en el que se dio contestación a las alegaciones de los interesados formuladas en el trámite de audiencia, rechazando muchas de ellas por irrelevantes en relación con los hechos enjuiciados. En cuanto a la conclusión sentada por los reclamantes relativa a que el paciente sufrió un sondaje traumático que le produjo un pseudoaneurisma que no se detectó ni trató, provocando su fallecimiento, la Inspección Sanitaria señala que dicha conclusión no está demostrada y que no se tiene ningún informe de la ecodoppler realizado el 28 de junio de 2018 confirmando la existencia de un pseudoaneurisma traumático a nivel vesical causante del sangrado persistente del paciente.

Conferido nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, formularon alegaciones el 18 de diciembre de 2020, en las que incidieron en los términos de sus reclamaciones iniciales para concluir que lo único cierto y probado es que hubo un pseudoaneurisma que no se diagnosticó ni por consiguiente se trató y un sondaje

traumático. A ello añaden graves acusaciones de “*abandono criminal, asesinato premeditado y con alevosía*”, de la patología nefrológica de su familiar, lo que en su opinión muestra bien a las claras “*las negligentes manos*” en las que se hallaba el paciente.

Finalmente, se formuló una nueva propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis*.

QUINTO.- El 14 de enero de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Estimándose que el expediente se encontraba incompleto, el día 2 de febrero de 2021 se solicitó documentación complementaria al amparo de lo establecido en el artículo 19.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobada por Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA), suspendiéndose el plazo para la emisión del dictamen preceptivo, que se reanudó una vez recibida dicha documentación el día 18 de marzo de 2021.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 13 de abril de 2021.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, los interesados han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a su entrada en vigor.

Los reclamantes, hijos y esposa del paciente fallecido, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del 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 sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con el fallecido mediante copia del libro de familia.

Ahora bien, respecto a la legitimación para instar el resarcimiento de los daños producidos en relación con la falta de información al paciente fallecido por defectos del consentimiento informado, esta

Comisión ya ha indicado, entre otros, en los dictámenes 46/16, de 28 de abril, 166/16, de 9 de junio y 141/18, de 22 de marzo, siguiendo la doctrina sentada por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (dictámenes 61/13, de 27 de febrero, 96/14, de 5 de marzo, 178/14 y 38/15, por ejemplo) que el perjuicio derivado de una posible irregularidad en este ámbito constituye un daño moral. Así hemos recordado que el Tribunal Constitucional lo califica de esta manera cuando señala que en estos casos se inflige “(...) *un daño moral que nace per se por el mero hecho de obviar al paciente una información que le es debida, incluso si se prueba que la intervención fue correcta y y necesaria para mejorar la salud del enfermo*” (STC 37/2011, de 28 de marzo).

Como tal daño moral, tiene carácter personalísimo y, por tanto, es intransmisible a los herederos, de tal forma que solo el paciente puede reclamar por la vulneración de su autonomía.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por centros hospitalarios integrados dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, el *dies a quo* viene determinado por la muerte del esposo y padre de los reclamantes, de modo que ocurrido el fallecimiento el 6 de agosto de 2017, debe reputarse formulada en plazo la reclamación presentada por los familiares del paciente fallecido el 2 de agosto de 2018.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en

cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se emitió informe por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, por el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de La Princesa y por el Servicio de Urología de ese último centro hospitalario. También se incorporó al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Consta que se confirió trámite de audiencia a los interesados y se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada. Tras el Dictamen 211/20, de 16 de junio, de esta Comisión Jurídica Asesora, se han incorporado al expediente informes de las coordinadoras del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa y del Hospital Universitario La Paz. De igual modo, se emitió un informe complementario por la Inspección Sanitaria, tras lo cual se confirió un nuevo trámite de audiencia y se redactó nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación formulada.

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 la LRJSP completada 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.- En el presente caso, los interesados dirigen múltiples reproches a la asistencia sanitaria prestada a su familiar, si bien centran su reclamación en la atención dispensada el 15 de junio de 2017 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa cuando se produjo el cambio de sonda vesical, que consideran traumático, lo que en su opinión produjo a su padre y esposo un pseudoaneurisma, que entienden no fue detectado y tratado y que provocó su fallecimiento.

Expuestos en líneas generales los términos de la reclamación formulada, hemos de analizar los reproches de los reclamantes

partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (r. 909/2014):

“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

Es por tanto a los reclamantes a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que se prestó a su familiar no fue conforme a la *lex artis*. Así recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal*

carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

Pues bien, en el presente caso los reclamantes han aportado un informe de un especialista de un centro de radiología que ha analizado los estudios ecográficos realizados al familiar de los reclamantes, en particular, el realizado el 28 de junio de 2017, y en base al cual sostienen que se produjo en el sondaje vesical una lesión iatrogénica, un pseudoaneurisma.

Por el contrario, la Inspección Sanitaria tras analizar el informe literal de la ecografía urológica realizada el 28 de junio de 2017 y el informe aportado por los interesados, que no establece correlación entre los hallazgos (efecto Ying-Yang) y la patología que reprochan los reclamantes, considera que no está demostrado que se produjera un pseudoaneurisma traumático de la pared vesical al familiar de los reclamantes.

Como hemos dicho reiteradamente, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones de los distintos informes periciales aportados al procedimiento.

En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la*

vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, “*es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen*”.

En este caso, el informe pericial aportado por los interesados, se limita a hacer una interpretación de imágenes ecográficas estáticas aportadas por los reclamantes, sin extraer ninguna conclusión de las mismas, y sin mencionar la presencia de un pseudoaneurisma en las imágenes observadas, siendo los reclamantes los que formulan las conclusiones en función de su propio criterio. En virtud de lo expuesto, cabe considerar que el informe pericial aportado por los interesados resulta insuficiente para acreditar la existencia de la lesión iatrogénica que reprochan los reclamantes. Carece de la necesaria fuerza de convicción exigida por el Tribunal Superior de

Justicia de Madrid en su Sentencia de 6 de octubre de 2016 (núm. de rec: 258/2013), convicción que reside, en gran medida, en la fundamentación y coherencia interna de los informes, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes. En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de decantarnos por la mayor fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria y no solo por la objetividad que se presume del ejercicio de sus funciones, sino por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por los otros servicios médicos que han informado en el procedimiento y los datos recabados de la historia clínica.

Por otro lado, del examen de la documentación médica del familiar de los reclamantes que consta en el expediente y de los informes incorporados al procedimiento no resulta acreditado que la colocación de la sonda vesical se realizara con contravención del protocolo establecido como sostienen los interesados, pues lo único que se constata en la historia clínica y recogen los informes es el que el sondaje fue dificultoso, lo que en si mismo, no implica mala praxis, siendo además habitual en pacientes prostáticos, en palabras de la Inspección Sanitaria. En contra del criterio manifestado por los reclamantes, no avalado por prueba alguna, el informe de la coordinadora de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa indica que el cambio de la sonda vesical se realizó conforme al protocolo del centro hospitalario por un enfermero con experiencia, lo que es confirmado por la Inspección Sanitaria que indica en su informe que la colocación de las sondas se lleva a cabo habitualmente por Enfermería, como sucedió en este caso, sin que sea precisa la presencia del urólogo y es el personal sanitario el que decide la sonda, siendo la apreciación de los interesados sobre la sonda que debía implantarse una consideración personal no avalada por criterio científico. Además, la Inspección Sanitaria incide en algunos errores

de concepto de los reclamantes como cuando denuncian que no se cumplió el protocolo pues consta en la historia clínica que “*no hay globo vesical tras el sondaje*”, lo que en palabras de la Inspección significa que se ha solucionado la retención aguda de orina y que el paciente tenía bien colocada la sonda, ya que no había globo vesical, según consta en la historia clínica.

Asimismo, la Inspección Sanitaria, de acuerdo con los datos que figuran en la historia clínica y los informes incorporados al procedimiento, incide en que la asistencia sanitaria dispensada al familiar de los reclamantes, “*fue adecuada y suficiente*”, a pesar de los múltiples reproches formulados por los interesados, no avalados por prueba alguna.

Así se destaca la avanzada edad del paciente y las múltiples patologías de gravedad que padecía, lo que lógicamente condicionó la mala evolución del familiar de los reclamantes. De este modo se explica que, si bien se apreció una hematuria leve, que inicialmente se achacó al sondaje dificultoso del 15 de junio de 2017, posteriormente el Servicio de Urología pudo constatar, como se refleja en la historia clínica, que el sangrado, por su persistencia e intensidad, no parecía secundario a traumatismo uretral, sino de origen tumoral prostático, por la patología de base del paciente. Por otro lado, para la Inspección Sanitaria se pautaron las pruebas que según el criterio médico se consideraron más adecuadas para tratar de filiar los síntomas, que no tienen por qué ser las que demandaban los interesados, que no se encuentran avaladas por criterio científico alguno. Destaca como adecuadas, desde el punto de vista médico, las pruebas diagnósticas que se prescribieron, la realización de una citoscopia, que permite una visualización de la zona afectada y una exploración quirúrgica bajo anestesia, de utilidad al permitir simultanear una electrocoagulación de focos de sangrado.

Los informes médicos que obran en el expediente, tanto del Servicio de Nefrología como del Servicio de Urología del Hospital Universitario de La Princesa han explicado en el procedimiento, que se ofrecieron al familiar de los reclamantes todas las alternativas posibles de tratamiento. Así se expone que el paciente padecía una insuficiencia renal crónica avanzada debida a patología obstructiva bilateral, que era difícilmente reversible, aunque la realización de una embolización prostática o una nefrostomía, como se constata en la historia clínica que se ofreció en varias ocasiones, podría haber enlentecido algo la progresión, si bien el familiar de los interesados, en pleno uso de sus facultades mentales, rechazó cualquier tratamiento invasivo, según consta en la historia clínica, asumiendo la mala evolución de la función renal y el nefasto pronóstico vital. A pesar de dicho rechazo del paciente, tal y como destaca la Inspección Sanitaria, se utilizaron todas las opciones posibles para tratar la hematuria y la insuficiencia renal, como la radioterapia hemostásica como alternativa a la embolización prostática, y se desestimaron algunas propuestas por los reclamantes, lo que en palabras de la Inspección Sanitaria, resulta adecuado pues los médicos pueden negarse a un tratamiento determinado si es contraproducente o nefasto para el paciente, como podía ser la administración de hidratación parenteral que demandaron con insistencia, y que era contraproducente por el riesgo de edema agudo de pulmón, además del efecto rebote de la hiperkaliemia y así en la historia clínica queda reflejado que *“la negación de la enfermedad por parte del paciente y de la familia, les lleva a solicitar tratamientos fútiles o contraindicados, sin atender las reiteradas explicaciones de los facultativos”*.

Por lo que se refiere a la asistencia dispensada en el Hospital Universitario La Paz el día 4 de agosto de 2017, la historia clínica examinada desmiente las afirmaciones de los reclamantes, que consideran que su familiar fue desahuciado por dicho centro hospitalario, llevándole a un coma inducido que no autorizaron. Según

la documentación que obra en el expediente, el paciente, al ingreso en dicho hospital, fue valorado por los servicios de Nefrología y Urología, que ante los antecedentes y la gravedad del cuadro que presentaba el familiar de los reclamantes desestimó cualquier opción terapéutica, más allá de tratamiento paliativo conservador con sedación para disminuir la agitación y el dolor abdominal. En este punto debe recordarse lo que hemos señalado en anteriores dictámenes (así el Dictamen 319/18, de 12 de julio) que, en enfermedades irreversibles, como la que nos ocupa, desde hace años el planteamiento, con el compromiso de cuidar al paciente, es de la limitación del esfuerzo terapéutico cuando no existe la posibilidad de recuperación funcional del paciente con una calidad de vida mínima, dando lugar a lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico. Además en contra de lo manifestado por los interesados, consta anotado en la historia clínica que los familiares se mostraron de acuerdo con la sedación paliativa suave propuesta en conjunto por el equipo de Urgencias, Nefrología y Urología, y aunque se explicó el riesgo de hidratación parenteral, ante la insistencia de los familiares, se inició junto a la sedación paliativa, sueroterapia de mantenimiento lenta, *“haciéndose expresamente responsables de modo verbal ante todo el equipo médico sus familiares de las posibles consecuencias deletéreas de dicha hidratación”*.

En definitiva, del conjunto de la prueba practicada en el procedimiento, cabe concluir que no ha quedado acreditado que el familiar de los reclamantes sufriera un pseudoaneurisma como consecuencia de un sondaje vesical traumático y que esa fuera la causa de su fallecimiento. Además, de la historia clínica examinada y de los informes que obran en el procedimiento se infiere que el familiar de los reclamantes padecía una grave enfermedad y que los servicios médicos pusieron todos los medios a su alcance para tratar de enlentecer sus consecuencias, si bien la negativa del paciente a recibir tratamientos invasivos, en uso de su autonomía legalmente reconocida

(Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), determinó la mala evolución de la función renal y el nefasto pronóstico vital.

Por tanto, frente al abandono terapéutico que denuncian los reclamantes, sin aportar prueba alguna, incluso con graves acusaciones de carácter penal hacia los servicios médicos, que no consta hayan dado lugar a la correspondiente denuncia ante la jurisdicción penal que es preferente a la jurisdicción contencioso-administrativa (en el mismo sentido nuestro Dictamen 567/18, de 27 de diciembre, con cita de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 15 de junio de 2012), los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la actuación de los servicios sanitarios en la asistencia dispensada al familiar de los reclamantes fue “*adecuada y suficiente*”, en palabras de la Inspección Sanitaria, si bien no pudo evitar el fatal desenlace, que en ningún caso puede imputarse a la actuación sanitaria prestada.

El deterioro del estado de la paciente y su fallecimiento se debieron a su precario estado y a la progresión de sus patologías, unido a su negativa a recibir los tratamientos que su enfermedad requería, y no a una deficiente asistencia sanitaria, puesto que, lamentablemente, llega un momento en que ni la estancia ni la asistencia en un hospital pueden evitar la inexorable evolución natural de las cosas.

En mérito a cuanto antecede, 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 familiar de los reclamantes.

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 13 de abril de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 162/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid