



Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia

Dictamen nº **88/2026**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de abril de 2026, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 23 de enero de 2025 y 9 de marzo de 2026 (COMINTER 9769), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X y otras, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025\_029), aprobando el siguiente Dictamen.

### **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** En fecha 10 de mayo de 2024, doña X, y doña Z y doña R (doña X y doña Z, en su propio nombre y derecho, y doña Z, además, en nombre de su hermana doña R), asistidas por dos abogados, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre (el día 14 de mayo de 2023), respectivamente, como consecuencia del tratamiento recibido en el Hospital Rafael Méndez (HRM) de Lorca dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS).

La reclamación se fundamenta en que el paciente ingresó por urgencias del HRM el día 4 de mayo de 2023 a causa de una hematuria, decidiéndose su ingreso.

Durante su ingreso tuvo problemas de coágulos de vejiga, efectuándole un cambio de sonda el día 7 de mayo. Al día siguiente, se encuentra desorientado y muy agitado, y se le practica cirugía desobstructiva de gran coágulo vesical (resección transuretral vesical), de la que no consta consentimiento informado firmado por el paciente.

A partir del día 9 empiezan a subir los niveles de creatinina, y el día 12 de mayo se dan cuenta de que la sonda está mal posicionada y con coágulos, retirándola y colocando una nueva.

El día 13, ante el valor anormal de la creatinina, se decide nefrectomía percutánea bilateral, de la que no consta consentimiento informado firmado alguno por el paciente.

Al día siguiente, 14 de mayo, el paciente empeora gravemente, la sonda derecha no recoge orina porque se sale de la bolsa, y la izquierda no es productiva, dándose cuenta después (a mediodía a través de una RX) de que la nefrostomía izquierda está alojada en un quiste renal. Desde por la mañana hay un deterioro clínico del paciente, detectándose por la noche una broncoaspiración aguda, en asistolia y sin signos vitales, indicando el urólogo localizado que es paciente NO RCP, falleciendo

finalmente a las 23:30 del mismo día.

Acompaña a su reclamación copia de la historia clínica del paciente; certificado de defunción; fotocopia del Libro de Familia; certificado de empadronamiento de la hija con discapacidad; grado de dependencia de ésta; el Auto que la somete a curatela de su hermana; factura gastos de sepelio; y, declaración de la renta del fallecido.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita una indemnización total de 320.739,05 euros, conforme al siguiente desglose:

Para la esposa (cónyuge):

- Indemnización básica (tabla 1.A hasta 15 de años de duración del matrimonio)  
..... 59.512,81 €.
  - Indemnización por perjuicio particular (tabla 1.A por cada año de matrimonio tras los primeros 15)  
..... 51.181,18 €.
  - Daño emergente sin necesidad de cuantificación (tabla 1.C) 476,10 €
  - Daño emergente gastos de sepelio ..... 3.000 €
  - Lucro cesante (tabla I.C.1) ..... 12.951 €
- Total ..... 127.121,09 €

Hija 1: R (Hija con discapacidad dependiente del fallecido y en convivencia con él):

- Indemnización básica (tabla 1.A) .....23.805,12 €
  - Indemnización por perjuicio particular (tabla I.B incremento del 75% por discapacidad del 65% dependiente severa) ..... 17.853,84 €
  - Indemnización por perjuicio particular (tabla 1.B convivencia del hijo con la víctima)  
..... 35.707,68 €
  - Daño emergente sin necesidad de cuantificación (tabla 1.C)  
..... 476,10 €
  - Lucro cesante (tabla 1.C.2.d dependencia económica de la víctima hijo con discapacidad de 48 años)  
..... 51.494 €
- Total ..... 129.336,74 €

Hija 2: Doña Z

- Indemnización básica ..... 23.805,12 €

- Daño emergente .....4 76,10 €

Total ..... 24.281,22 €

Añade a dichas cantidades, por vulneración de la *lex artis* formal (falta de consentimiento informado), las siguientes cantidades:

- Para la esposa (cónyuge): 15.000 €

- Para la hija con discapacidad conviviente: 15.000 €

- Para la hija no conviviente: 10.000 €

**SEGUNDO.-** Una vez aportado el poder requerido a las reclamantes, otorgado en favor de los abogados que las asisten, por resolución de la Directora Gerente del SMS, de 12 de junio de 2024, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la respectiva Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación, la copia del historial clínico del paciente y el informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Del mismo modo, se comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del SMS.

**TERCERO.-** En la documentación remitida a la instrucción por parte de la Gerencia del Área de Salud, consta el informe del Facultativo especialista de área en Urología del HRM, que indica:

*“Antecedentes Nefro-uroológicos más relevantes:*

- *Citología de orina con células atípicas (nov 2019). Cistoscopia nov 2019 negativa.*

- *Enfermedad renal crónica G3bA1*

- *Adenocarcinoma de próstata tratado con radioterapia.*

- *Ingreso por hematuria de posible origen rádico en Febrero 2023.*

- *Revisión en consulta Marzo 2023 para realización de cistoscopia en contexto de estudio por hematuria reciente:*

• *17.03.2023: Uretra anterior normal sin estenosis. Uretra prostática con lóbulos algo congestivos. No existe esclerosis de cuello vesical. Vejiga con zonas eritematosas en fondo sin zonas sospechosas. Resto de la mucosa vesical normal*

• *TAC urografía (2020). HRM. Riñones de tamaño normal, simétricos, sin dilatación de sistemas excretores. Se observan varios quistes pequeños córtico-medulares con un tamaño máximo de 2 cm. En fase urográfica no se aprecian defectos de repleción en sistemas excretores. Vejiga parcialmente*

replecionada, sin alteraciones. No se visualizan nefrolitiasis, urolitiasis ni litiasis alojadas en luz vesical. Ausencia de líquido libre intraperitoneal. Ateromatosis cálcica en aorta y sus ramas viscerales

El paciente Y fue atendido en el servicio de urgencias por el urólogo de guardia el 4 de mayo con diagnóstico de hematuria macroscópica con coágulos. Inicialmente en ese momento se cambió sonda vesical no apta para lavado, que había sido colocada en ámbito privado, y se cursa ingreso en planta de hospitalización para manejo conservador. Durante el fin de semana del 5 al 7 de Mayo y el paciente fue nuevamente valorado por urólogo de guardia logrando buen control de hematuria y estabilización de hemoglobina en analítica.

El 8 de Mayo de 2023 tras valoración por el urólogo que se encontraba en planta, se le informa de necesidad de revisión quirúrgica endoscópica en quirófano. Existe constancia en SELENE de creación de documento de consentimiento informado de resección transuretral, que es el que habitualmente se le da a firmar a los pacientes en caso de revisión endoscópica vesical en caso de sangrado. Se revisa historia física donde se encuentra dicho documento firmado por facultativo y paciente con fecha 8 de Mayo de 2023 así como documento de consentimiento informado de anestesia. En el protocolo quirúrgico se describe extracción de gran coágulo vesical y coagulación cuidadosa de puntos sangrantes en cuello y cúpula vesical. No se puede descartar empeoramiento de hematuria que se objetiva el 8 de mayo se deba a tracción accidental de la sonda durante episodio de agitación/síndrome confusional del anciano que pudo ocurrir en la madrugada del 7 al 8 de Mayo y que generó la formación de un coágulo vesical de grandes dimensiones con mal funcionamiento del catéter vesical.

Los siguientes días a la intervención quirúrgica el paciente experimentó mejoría del estado general y de hematuria como se describe en las notas del urólogo los días 9, 10 y 11 pero porta sonda vesical con lavado continuo que dificulta la cuantificación de diuresis. Ese mismo día, 11 de Mayo, se objetiva hidronefrosis grado II bilateral en ecografía realizada por urólogo (no sabemos si estaba presente previamente o no al no disponer de pruebas de imagen recientes para comparar) y febrícula (no fiebre) que no es de rara aparición en pacientes que se han sometido a manipulaciones endoscópicas urológicas.

El 12 de Mayo se objetiva empeoramiento clínico y analítico establecimiento de fracaso renal agudo sobre previo crónico ya existente. Presenta, además, frecuentes episodios de síndrome confusional del anciano con confluendo momento de agitación y desorientación. Se describe que el paciente está somnoliento que es frecuente en los pacientes que han presentado síndrome confusional durante la madrugada. Se procede a cambio de sonda vesical y se deja en dieta absoluta para posible colocación de nefrostomía bilateral en caso de mala evolución. El 13 de Mayo, al día siguiente, se objetiva escasa diuresis y empeoramiento clínico por lo que se decide llevar a cabo procedimiento de colocación de nefrostomía bilateral. Existe documento creado en SELENE y firmado por nieto y facultativo en historia clínica física del 13/05/2023. En las notas del facultativo del 14 de Mayo se describe gravedad del paciente en este momento así como empeoramiento de fracaso renal que ya tenía previamente. Se objetiva que la nefrostomía derecha es muy productiva no siendo así la izquierda y a pesar de todo el paciente presenta elevación de creatinina lo que hace pensar en que presente un fracaso renal agudo de origen mixto: obstructivo pero también de origen renal. Además existen un empeoramiento desde el punto de vista respiratorio por lo que se solicita valoración a internista de guardia, en sus notas y, tras su actuación, se objetiva mejoría parcial del cuadro. Ese mismo día, en la noche, es nuevamente valorado por internista por sospecha de broncoaspiración encontrando al paciente en asistolia sin que se describa el tiempo de evolución en un paciente con mala evolución clínica y analítica, por lo que

*posiblemente fue el motivo de considerar al paciente no RCP. El urólogo de guardia e internista certifican exitus del paciente a las 23:30 horas del 14/05/2023”.*

**CUARTO.-** Con fecha 23 de julio de 2024 se recaba del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales el preceptivo informe de la Inspección Médica. No consta que haya llegado a evacuarse.

**QUINTO.-** Por la aseguradora del SMS se une al expediente informe médico pericial evacuado por una especialista en Urología, que alcanza las siguientes conclusiones:

*“1. El manejo de la hematuria se ajustó a lo recomendado en la literatura médica especializada.*

*2. Existe un documento de consentimiento informado firmado por el paciente o allegado para todos los procedimientos invasivos que se le realizaron.*

*3. No existe constancia documental de que una mala técnica quirúrgica endoscópica fuera la responsable de la elevación de la creatinina. Si se observó un edema de los orificios ureterales en la vejiga, lo cual podría haber sido la causa de la elevación de la creatinina.*

*4. La aparición de una dilatación renal bilateral, probablemente en relación con su cistitis radica, fue tratada correctamente con nefrostomía percutánea bilateral. La introducción de una de las nefrostomías en un quiste renal en lugar de la vía urinaria no se puede considerar una mala praxis ya que en el consentimiento está descrito como "La imposibilidad de llevar a cabo la punción".*

*5. El exitus del paciente parece que fue debido a una broncoaspiración y no tiene relación con la patología urológica del paciente.*

*6. Del estudio de la documentación aportada se puede deducir que la asistencia prestada fue totalmente correcta, ajustándose al "estado del arte" de la medicina y cumpliendo con la "Lex Artis ad hoc".*

**SEXTO.-** Conferido el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, el 28 de noviembre de 2024 comparece ante la instrucción el representante de las interesadas, quien solicita y obtiene copia de la documentación obrante en el expediente.

No consta la formulación de alegaciones o la aportación de justificaciones o pruebas adicionales y diferentes de las ya incorporadas al procedimiento.

**SÉPTIMO.-** En fecha 21 de enero de 2025, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el instructor del procedimiento que no concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

**OCTAVO.-** En la fecha, y por el órgano indicado, se ha solicitado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando al efecto el expediente administrativo.

**NOVENO.-** En fecha 9 de marzo de 2026, la Consejería consultante ha dado traslado a este órgano Consultivo del informe médico pericial, elaborado por dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que, en fecha 22 de diciembre de 2025, presentaron las reclamantes, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

*“1. D. Y era un paciente de alta fragilidad clínica, con enfermedad renal crónica conocida, patología respiratoria relevante (EPOC y síndrome de apnea-hipopnea del sueño), antecedentes urológicos complejos y pluripatología significativa, lo que exigía un manejo especialmente diligente, protocolizado y coordinado durante su ingreso hospitalario.*

*2. Durante el proceso asistencial se produjo un fracaso renal agudo severo sobre enfermedad renal crónica, en un contexto de hematuria complicada y anemia aguda, sin que se adoptaran de forma precoz y eficaz todas las medidas básicas recomendadas por las Guías de Práctica Clínica, destacando la falta de cuantificación real y continuada de la diuresis, pese a existir indicaciones expresas del especialista en Urología en tal sentido.*

*3. Se constata una ruptura relevante de la continuidad asistencial y de la coordinación entre profesionales, al existir un intervalo prolongado entre las órdenes médicas de control estricto de la diuresis, la constatación por enfermería de la imposibilidad técnica de realizar dicha cuantificación y la adopción de medidas correctoras, sin que conste una comunicación inmediata con el especialista responsable para revalorar la actuación a seguir.*

*4. El manejo farmacológico del paciente no se ajustó a la lex artis, al mantenerse y administrarse fármacos con potencial efecto deletéreo en el contexto de insuficiencia renal aguda y fragilidad, sin un ajuste adecuado a la función renal ni reevaluación sistemática del balance beneficio-riesgo. En particular, el uso de benzodiazepinas y neurolépticos contribuyó al deterioro del nivel de conciencia y al empeoramiento del cuadro confusional.*

*5. El síndrome confusional agudo (delirium) fue abordado de forma inadecuada, priorizando medidas farmacológicas y de contención frente a las intervenciones no farmacológicas recomendadas por las guías clínicas, sin una búsqueda estructurada y corrección de las causas orgánicas subyacentes, lo que favoreció la cronificación y agravamiento del cuadro.*

*6. La administración de diazepam, aun no estando formalmente contraindicado, se realizó sin ajuste de dosis ni suspensión en un paciente con insuficiencia renal aguda, patología respiratoria y delirium activo, incrementando de forma previsible el riesgo de sedación excesiva, depresión del nivel de conciencia y broncoaspiración.*

*7. La utilización de Tiaprizal® (tiaprida) en este contexto clínico supuso una iatrogenia farmacológica relevante, al tratarse de un fármaco de eliminación renal que se acumuló en un paciente con fracaso renal agudo, contribuyendo al empeoramiento del estado cognitivo, a la sedación progresiva y al aumento del riesgo respiratorio, sin que conste ajuste posológico ni retirada ante el deterioro clínico.*

*8. La nefrostomía percutánea bilateral se realizó sin constancia de protocolo estructurado ni entorno controlado, y uno de los catéteres fue incorrectamente colocado en un quiste renal previamente conocido, circunstancia evitable si se hubieran tenido en cuenta los antecedentes ecográficos del paciente y se hubiera extremado la planificación del procedimiento.*

*9. No se comprobó de forma inmediata la funcionalidad de la nefrostomía, demorándose dicha verificación aproximadamente 24 horas, lo que prolongó innecesariamente la obstrucción urinaria y el deterioro de la función renal, contraviniendo los estándares técnicos aceptados para este tipo de procedimientos.*

10. La suma de estas actuaciones y omisiones -fracaso en la monitorización de la función renal, manejo inadecuado del delirium, iatrogenia farmacológica y errores técnicos en la derivación urinaria- actuaron de forma sinérgica, favoreciendo el deterioro clínico progresivo del paciente.

11. Desde un punto de vista médico-pericial, existe una relación de causalidad clínicamente razonable entre las desviaciones asistenciales identificadas y el desenlace final, al haber contribuido dichas actuaciones a la depresión del nivel de conciencia, la pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea y, finalmente, al episodio de broncoaspiración que ocasionó el éxitus.

12. En consecuencia, la atención sanitaria prestada no puede considerarse ajustada a la *lex artis ad hoc*, al concurrir actuaciones previsibles, evitables y contrarias a las Guías de Práctica Clínica, configurando un supuesto compatible con mala praxis sanitaria desde el punto de vista médico-legal”.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

### **SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.**

I. Habiendo reclamado la esposa e hijas del fallecido, no hay obstáculo alguno en reconocerles legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral derivado de la pérdida y la ruptura de la relación afectiva inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 10 de mayo de 2024, antes del transcurso de un año desde el fallecimiento del paciente, ocurrido el 14 de mayo de 2023.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a los interesados. Además, se ha solicitado el informe de la Inspección Médica que, junto con la solicitud de este Dictamen, constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

No obstante, hay que poner de manifiesto que, con posterioridad a la formulación de la propuesta de resolución, por parte de las reclamantes se ha aportado al procedimiento informe médico pericial

elaborado por dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que concluyen, como se expuso en el hecho noveno, que *“la atención sanitaria prestada no puede considerarse ajustada a la lex artis ad hoc”*.

De conformidad con el artículo 82.1 LPAC, la propuesta de resolución es posterior al trámite de audiencia. Por su parte, el artículo 91 -Especialidades de la resolución en los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial-, remite al artículo 88 que, con relación al contenido de la resolución, obliga a que ésta decida *“todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo”*; además de pronunciarse *“sobre la existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado, la cuantía y el modo de la indemnización, cuando proceda”*.

Por su parte, el artículo 46.2 del Decreto 15/1998, de 2 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Jurídico de La Región de Murcia, *“Se entenderá que el expediente administrativo está completo cuando consten: 1.º Copia autorizada del texto definitivo de la propuesta del acto”*, por lo que la propuesta que sea remitida a este Órgano Consultivo debe resolver todas las cuestiones planteadas por los interesados. Dado que antes de dictarse la resolución definitiva de este procedimiento se ha presentado por parte de las reclamantes documentación que pudiera resultar decisiva para la resolución que en el mismo se adopte, al introducir cuestiones nuevas sobre las que no se ha pronunciado el órgano consultante, deberá valorarse la misma en una nueva propuesta de resolución que será objeto de nuevo Dictamen por parte del Consejo Jurídico.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.**– Se devuelve el expediente al objeto de que sea completado en los términos indicados en la Consideración segunda del presente Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.