

Juzgado de Primera Instancia N°. 10 de Valencia, Auto de 3 Dic. 2020, Proc. 1430/2020

Ponente: Artero Mora, Juan Carlos.

Nº de Recurso: 1430/2020

Jurisdicción: CIVIL

Denegación de la solicitud formulada por un hospital para que se autorice judicialmente la retirada de las medidas de soporte vital a una menor

MENORES. Denegación de la solicitud formulada por un hospital para que se autorice judicialmente la retirada de las medidas de soporte vital a una menor, dada la negativa de los padres de la misma. Prevalencia del interés superior de la menor. Valoración judicial del informe médico solicitado por el Juzgado, en el que se cuestiona la idoneidad de la medida propuesta por el hospital. La decisión basada en el interés de la menor debe tomarse teniendo en cuenta que la retirada del soporte vital conllevaría un fallecimiento casi inmediato de la misma. Y si bien con ello se pondría fin a su sufrimiento, también se estarían cercenando posibilidades de evolución o tratamiento que no quedan plenamente descartadas. Por tanto, la preservación del superior interés de la menor no puede materializarse en la autorización de la retirada de su soporte vital, toda vez que los pareceres médicos no son coincidentes, expresando el informe médico una duda razonable acerca de la idoneidad de la misma.

El Juzgado de Primera Instancia nº 10 de Valencia no autoriza la retirada de las medidas de soporte vital a una menor.

TEXTO

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº. 10

VALENCIA

AV. DEL SALER (CIUDAD DE LA JUSTICIA), 14º-3º

EXPEDIENTE DE JURISDICCIÓN VOLUNTARIA Nº 1430/2020

AUTO nº. ../2020

En Valencia, a tres de diciembre de dos mil veinte.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por turno de reparto tuvo entrada en este Juzgado en fecha 24-11-20 solicitud de autorización judicial para la retirada de las medidas de soporte vital a la menor Paula, ingresada en el Hospital XY de Valencia, solicitud suscrita por la Subdirectora Médica del Departamento de Salud de dicho centro, a la cual se adjuntaron informes del Servicio de Neonatología y del Comité de Bioética Asistencial del mismo hospital.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la solicitud, mediante diligencia del mismo día 24-11-20 se acordó incoar expediente de jurisdicción voluntaria y convocar a una

comparecencia a los firmantes de la solicitud y de los informes adjuntos a la misma, a los padres de la menor y al Ministerio Fiscal, a celebrar el día 30-11-20. Mediante providencia de 25-11-20 se resolvió solicitar informe al Instituto de Medicina Legal de Valencia, así como la citación del/la autor/a del mismo a la mencionada comparecencia.

TERCERO.- El 26-11-20 tuvo entrada solicitud de reconocimiento del beneficio de asistencia jurídica gratuita y nombramiento de abogado y procurador de oficio, formulada por la madre de la menor, Eugenia. Mediante auto de 27-11-20 se acordó oficiar a los respectivos Colegios profesionales para que procedieran a la urgente designación de abogado y procurador a Eugenia, habida cuenta de la proximidad de la fecha de la comparecencia a que había sido convocada. La designación se produjo ese mismo día, en la persona de D. TICIO, como Letrado, y SEMPRONIO, como Procurador.

CUARTO.- El día 30-11-20 se recibió el informe emitido por la médico forense Adela, del cual se dio vista a las partes. A la comparecencia celebrada ese día asistieron, en representación del Hospital XY de Valencia, y con intervención mediante videollamada, D<sup>a</sup> Rosa, Subdirectora Médica del Departamento de Salud, D<sup>a</sup> Julia, del Servicio de Neonatología, D<sup>a</sup> Lidia, Presidenta del Comité de Bioética Asistencial, y D<sup>a</sup>. Natalia, Jefa de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos. Igualmente comparecieron los padres de la menor, el Procurador y Letrado de D<sup>a</sup>. Eugenia y el Ministerio Fiscal. Iniciado el acto, todos los mencionados fueron oídos sobre la solicitud objeto del expediente, y prestó declaración la médico forense D<sup>a</sup>. Adela, que ratificó su informe y contestó a las preguntas que se le formularon. Acto seguido, los representantes del centro solicitante reiteraron su petición, los padres de la menor confirmaron su negativa, y el Ministerio Fiscal informó interesando que se adoptase la resolución conforme a la "lex artis" y, pedida aclaración, informó favorablemente a la petición del hospital, con lo cual quedaron los autos pendientes de resolución.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Constituye objeto de la presente resolución decidir acerca de la solicitud formulada por el Hospital XY de València para la autorización judicial de retirada de las medidas de soporte vital a la menor Paula, dada la negativa de los padres de la misma.

La solicitud se plantea dada la situación de conflicto entre el personal médico y los padres de la menor, y además de citar los fundamentos jurídicos que estima aplicables, refleja los siguientes antecedentes clínicos:

"Paciente de un mes, nacida prematura de 34 semanas con peso de 1680 gr. que presenta múltiple patología relacionada con el cuadro sindrómico y mal pronóstico, neurológico y cardiaco, tanto por patología de base como por las severas complicaciones postnatales.

Ya en la semana 20 de la gestación se había informado a los padres de diagnóstico intrauterino de ausencia de vena cava superior, agenesia completa de cuerpo calloso y dilatación ventricular, sospecha de atresia duodenal y

cardiopatía severa con hipoplasia de corazón izquierdo. Los padres rechazaron terminar con la gestación pese al mal pronóstico vital.

Al nacimiento se evidencian rasgos dismórficos y se confirman las sospechas intrauterinas.

Se comenta de nuevo con los padres el mal pronóstico, pero rechazan la adecuación del esfuerzo terapéutico y la instauración de cuidados paliativos. Se les ha ofrecido apoyo psicológico de servicios sociales e intermediación cultural, que los padres rechazan.

Se adjunta como Documento n.º 2 Informe Clínico del Servicio de Neonatología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Dada la postura unánime del equipo médico que atiende a la menor, que considera que se está realizando un encarnizamiento terapéutico con esta niña, y que los padres no defienden el mejor interés de su hijo, se acordó presentar el caso en el Comité de Bioética Asistencial del Departamento.

Se incorpora como Documento n 3 Informe del Comité de Bioética Asistencial que concluye que es el deber de los profesionales reconocer que se cumplen las condiciones objetivas de adecuación de esfuerzo terapéutico contra el criterio de los padres, y que la actitud contraria a la decisión unánime del equipo asistencial sería obstinación terapéutica. Reconocen que la situación ideal es evitar la judicialización del caso, aunque en ocasiones no se consigue evitar el recurso al juzgado de guardia para la autorización de la AET".

Acompaña a la solicitud, en primer lugar, un extenso informe del Servicio de Neonatología del hospital, encabezado por el siguiente resumen:

"Recién nacida con múltiple patología relacionada con el cuadro sindrómico y mal pronóstico, tanto neurológico como cardíaco, tanto por la patología de base como por las severas complicaciones postnatales, se ha hablado repetidas veces con ambos padres en sesión multidisciplinar para plantear una adecuación del esfuerzo terapéutico, existiendo unanimidad de criterio en favor de la misma en el equipo médico. Los padres comprenden la información recibida. Se les da tiempo para reflexionar y preguntar sobre la situación clínica, las opciones terapéuticas y el pronóstico vital y neurológico. Se ha ofrecido apoyo psicológico, de servicios sociales e intermediación cultural que los padres rechazan.

Los padres rechazan la AET, insistiendo en una postura vitalista independientemente del sufrimiento y múltiples y difíciles cirugías futuras y del malísimo pronóstico neurológico y vital.

Dada la postura unánime del equipo médico que considera que se está realizando un encarnizamiento terapéutico con esta niña y que los padres no defienden el mejor interés de su hija, se decidió presentar el caso en el comité de bioética.

Tras el aval de CBA, hemos tenido una nueva reunión multidisciplinar en el día de hoy (Neonatología: Dra Luisa, Dra Patricia, Dra Juana, Dr. Alonso; Supervisor

de enfermería Pedro y Juan; Cardiología: Dr Sandra, Dra. Pilar; Cardiovascular, Dr. Ricardo; Cirugía general, Dra Amelia; Neurocirugía; Dr. Francisco), en la cual persiste el acuerdo unánime en que proseguir con la situación actual supone caer en la obstinación terapéutica. Se acuerda la no realización de ninguna otra medida terapéutica. En caso de empeoramiento significativo se decide no realizar medidas extraordinarias y avisar a los padres. También se acuerda, por parte del Servicio de Neonatología, la no realización de medidas extraordinarias ni la puesta en marcha de otros tratamientos en caso de empeoramiento clínico durante la tramitación judicial.

Ante la indicación de la LTSV pero la persistencia de la falta de aceptación de la limitación terapéutica de soporte vital por parte de los padres se solicita tramitación judicial solicitando permiso para la retirada de las medidas de soporte vital (ventilación mecánica, oxigenación, antibioterapia, drenaje ventricular externo abierto y prostaglandinas) Se decide mantener el soporte actual hasta recibir la conformidad judicial del Ministerio Fiscal".

A continuación, el informe desarrolla detalladamente los datos del caso, la evolución de la paciente y la valoración del caso clínico por los servicios implicados, a saber, Cardiología Pediátrica, Servicio Cardiovascular, Neurocirugía, Servicios Sociales y Psicóloga.

De su contenido cabe destacar que la paciente presenta:

"Corazón izquierdo hipoplásico, incompatible con la vida y que precisa perfusión de constante intravenosa de prostaglandinas, hasta cirugía correctora o paliativa (bibanding con posterior cateterismo y colocación de stent en ductus). Presenta hiperflujo pulmonar que contribuye, junto con la falta de esfuerzo respiratorio a la necesidad de soporte respiratorio desde los 10 días de vida. Necesita tratamiento con diuréticos pero no los tolera por su disfunción tubular. Esta situación contribuye a la falta de crecimiento de la paciente, con mínima ganancia ponderal desde el nacimiento. Ha presentado episodios de bradicardias sinusales observándose registros con ritmo auricular ectópico a 75-80 latidos y ocasionalmente disociación AAV con escape nodal estrecho a 60 lpm."...

"Atresia duodenal que precisa cirugía urgente a las 24 horas de vida"...

"Disfunción tubular renal con repetidos episodios de alteraciones hidroelectrolíticas"...

"Malformaciones cerebrales, déficits sensoriales (anosmia y sordera)"...

"Agenesia total de cuerpo calloso y ausencia de bulbo y nervio citatorio"...

"Encefalopatía multifactorial por cuadro polimalformativo, prematuridad, tratamiento con prostaglandinas, severa infección intracraneal con hidrocefalia secundaria"...

"Síndrome de malformaciones cardíacas y cerebrales por mutación en homocigosis en el gen SMG9"...

"Severas complicaciones postnatales como son repetidas sepsis nosocomiales y una meningitis y ventriculitis por bacilo gram negativo"...

"Se coloca drenaje ventricular externo en quirófano del que sigue siendo portadora"...

Refleja igualmente las siguientes actuaciones y decisiones de los equipos médicos:

"18/11 Reunión comité de ética asistencial. Acuerdo unánime a favor de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Se informa a los padres de la no indicación de realizar más intervenciones"...

"Valoración Cardiología Pediátrica: Ante esta adversa evolución clínica y teniendo en cuenta el mal pronóstico vital, neurológico y de su cardiopatía nos reunimos de nuevo con los padres, junto con las secciones de neonatología y cirugía cardiovascular, para plantearles la adecuación del esfuerzo terapéutico que ellos volvieron a rechazar. Por ello se decidió presentar el caso de Paula al comité bioético ante la disparidad de criterios entre los padres y el equipo médico ante el tratamiento más adecuado para Paula"...

"Valoración Servicio Cardiovascular 11/11/2020 CCVI(Dres: ....., ....., .....). Desde el punto de vista de CCVI, los tres cirujanos de la sección consideramos que persiste el mal pronóstico neurológico comentado, no tendría una indicación quirúrgica, máxime cuando presenta una obstrucción anatómica en TSVI que puede conducir a una vía univentricular que no podría ser llevada a cabo de conformarse la situación y pronóstico neurológico de la paciente, actualmente imposibilidad de respirar espontáneamente y posiblemente imposibilidad de deambular en un futuro dado su pronóstico neurológico y evolución actual"...

"Valoración Neurocirugía: El pronóstico neurológico es igualmente desfavorable dada la alta mortalidad de las meningitis por gram negativos, lo que se suma al cortejo malformativo que presenta la paciente. Todo lo cual nos lleva junto al equipo de neonatología a cuestionarnos cuál es el nivel de esfuerzo terapéutico"...

Por tanto, el informe reseña las repetidas propuestas de Adecuación de Esfuerzo Terapéutico (en adelante AET) dirigidas a los padres, quienes rechazan las mismas, y el acuerdo unánime adoptado por los facultativos del centro el 18-11-20 a favor de la AET, informando a los padres de la no indicación de realizar más intervenciones. Refleja que el 20-11-20 se anulan los procedimientos dolorosos y se mantienen los tratamientos actuales y la sedoanalgesia. La conclusión de la valoración de los servicios implicados es que, dado el mal pronóstico vital, neurológico y de la cardiopatía de la paciente, procede la AET.

En cuanto al informe del Comité de Bioética Asistencial, contiene un resumen de la evolución de la paciente y sus patologías, así como de los informes de las diferentes especialidades clínicas. Identifica el problema bioético y contiene el siguiente análisis:

"Según la información de que dispone en este momento, todos los profesionales sanitarios que atienden a la paciente están de acuerdo en que, dado el pronóstico de la paciente, es necesario adecuar el esfuerzo terapéutico (AET) y de forma unánime y en repetidas ocasiones, así lo han manifestado a los padres. La indicación de aplicación de la AET está de acuerdo con los estándares propuestos por las guías y recomendaciones de referencia en la materia.

/.../

La actitud contraria a la aplicación de la AET cuando está indicada (la obstinación terapéutica) es una práctica contraria a la *lex artis*, contraria a los principios básicos que inspiran nuestro sistema legal y social de valores contra el elemental y fundamental derecho a la dignidad desde el inicio hasta el final de la vida humana, por más breve que esta sea".

Finalmente, formula sus recomendaciones, debiendo destacar lo siguiente:

"A la luz de todo lo anterior, este CBA no puede menos que avalar y apoyar la decisión unánime del equipo asistencial en cuanto a la necesidad de realizar una AET que está totalmente indicada en esta paciente.

/.../

En cualquier caso, si tras un proceso de información colegiado, ofreciendo apoyo emocional y espiritual, desde una posición empática y empleando expresiones sencillas pero claras, persiste la negativa reiterada de los padres a la AET, es el deber de los profesionales reconocer que se cumplen las condiciones OBJETIVAS de adecuación de esfuerzo terapéutico contra el criterio de los padres y que la actitud contraria a la DECISION UNÁNIME del equipo asistencial sería OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA".

En el acto de la vista, las representantes del hospital -las firmantes de los informes mencionados más la Dra. Natalia, de la Unidad de Cuidados Intensivos-, han ratificado todos los informes y la solicitud del hospital, realizando además otras consideraciones sobre las cuales se tratará más adelante.

El abogado de la madre de la menor ha mostrado su oposición a la solicitud del centro, aduciendo que el informe médico forense emitido concluye que la retirada de soporte vital no está justificada y que el estado de la paciente podría cambiar, por lo que debe prevalecer la voluntad de la madre contraria a esta medida.

El padre de la menor ha manifestado igualmente su rechazo a la solicitud del centro.

El Ministerio Fiscal, alegando que las discrepancias entre los informes del hospital y el informe médico forense han quedado reducidas, tras las aclaraciones realizadas en la vista, a cuestiones en gran medida terminológicas, y que se ha acreditado el estado irreversible de la paciente, ha informado favorablemente a la petición del hospital.

SEGUNDO.- La normativa aplicable al supuesto enjuiciado es la siguiente:

La 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, que dedica su artículo 8 al consentimiento informado, disponiendo en su apartado 1:

"Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso".

El artículo 9 regula los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, siendo pertinentes al caso los apartados 3 y 6 del mismo:

"3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

/.../

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor".

"6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad".

La cuestión aparece regulada en semejantes términos, en el ámbito autonómico, por la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, cuyo artículo 43 establece:

"4. El consentimiento se otorgará por representación o sustitución en los supuestos y condiciones previstos en la legislación básica estatal y podrá ser retirado en cualquier momento en interés de la persona afectada:

/.../

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará la persona representante legal del menor después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Cuando se trate de personas menores emancipadas o mayores de dieciséis años incapaces

intelectual y emocionalmente de comprender el alcance la intervención, o que no hayan sido incapacitadas, el consentimiento se otorgará en los términos previstos en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente.

/.../

6. En caso de conflicto entre la voluntad del paciente menor de edad, pero con capacidad natural de juicio y de discernimiento, y la de sus personas progenitoras o representantes legales, el médico se acogerá a lo dispuesto en la legislación civil en la materia. Asimismo, cuando las decisiones, acciones u omisiones de los padres o representantes legales puedan presumirse contrarias a los intereses de la persona menor de edad o incapacitada, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil, salvo que, por razones de urgencia, no fuere posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso el personal sanitario adoptará las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente amparado por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad".

Tales preceptos determinan que la resolución a adoptar en estos supuestos de conflicto entre la propuesta médica y la voluntad manifestada por los padres o representantes legales del menor estará presidida por la salvaguarda del interés de éste. En este sentido, deben cumplirse los principios rectores de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil), que dedica su artículo 2 al interés superior del menor en los siguientes términos:

"1. Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor.

2. A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales, sin perjuicio de los establecidos en la legislación específica aplicable, así como de aquellos otros que puedan estimarse adecuados atendiendo a las circunstancias concretas del supuesto:

a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.

/.../".



Finalmente, y también en el ámbito autonómico, debe tenerse en cuenta la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

Su artículo 5 contiene una serie de definiciones a los efectos de esta ley, entre las cuales cabe destacar:

"8. Limitación de tratamientos de soporte vital. Decisión meditada y consensuada del equipo asistencial sobre la retirada o no inicio de medidas terapéuticas al considerar que el curso de la enfermedad es irreversible y que en esta situación el tratamiento es inútil. Su aplicación permite que el proceso de la muerte se instaure como evolución inevitable de la enfermedad, sin limitar los cuidados y tratamientos que proporcionan bienestar.

/.../

10. Obstinación terapéutica. Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía, por causa de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen tratamientos de soporte vital u otras intervenciones que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación.

11. Persona que se encuentra en el final de su vida. Persona que presenta un proceso avanzado de enfermedad, progresivo e incurable por los medios existentes, sin posibilidades evidenciables de respuesta al tratamiento específico y con presencia de sintomatología multifactorial y cambiante, que condiciona una inestabilidad en su evolución, así como un pronóstico de vida limitado.

/.../

21. Tratamiento de soporte vital. Conjunto de medios indicados y orientados a revertir las situaciones que conllevan riesgo vital para una persona y que incluye toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra con el objetivo de retrasar su muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causa".

El artículo 17.2 reitera el proceso de prestación del consentimiento por el legal representante del menor que no tenga capacidad para ello:

"2. Cuando la persona menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento su representante legal, después de haber escuchado su opinión, en los términos previstos en el apartado anterior".

Y los artículos 21 y 22 regulan los deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y respecto a la aplicación de tratamientos de soporte vital en el proceso final de la vida, respectivamente, debiendo destacar de ellos los siguientes apartados:

"Artículo 21.1. El personal médico tiene el deber de velar para que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo correctamente y que los deseos expresados previamente por la persona se respeten dentro del marco legal. En caso de

minoría de edad de la persona, se respetará siempre el interés superior del menor. Este deber ha de observarse por todo el personal que participe en el proceso asistencial".

"Artículo 22.1. El personal médico responsable de la asistencia a la persona en el proceso final de la vida tiene el deber de evitar la obstinación terapéutica.

2. El personal médico responsable de la asistencia a la persona en el proceso final de la vida actuará de acuerdo a los protocolos de actuación, que estarán debidamente consensuados y basados en la evidencia científica y en la *lex artis*.

3. Las decisiones sobre el tratamiento a aplicar a una persona en el proceso final de la vida se tomarán de forma conjunta entre el personal médico responsable de su asistencia y se informará a la persona o a su representante, tal como se recoge en los artículos 18 y 20 de esta ley".

/.../

7. Tener como criterio predominante el interés superior del niño o de la niña (principio rector del CDN)".

No constan precedentes de resoluciones adoptadas sobre esta cuestión en la jurisdicción española. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha resuelto sobre supuestos en los que se planteaba la supresión de medidas de mantenimiento de soporte vital, como en el caso Lambert y otros contra Francia (sentencia de 5 de junio de 2015, TEDH) /2015/73), si bien se trataba de un adulto en estado vegetativo crónico con discrepancia de pareceres entre sus familiares, en el cual concurrían, por tanto, circunstancias netamente distintas a las que se suscitan aquí.

Por otra parte, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre supuestos en los que el paciente o su familia manifiestan su oposición a la práctica de transfusiones de sangre por motivos religiosos, como en el auto 369/1984, de 20 de julio, o las sentencias 166/1996, de 28 de octubre y 154/2002, de 18 de julio, pero nuevamente las diferencias con el supuesto que nos ocupa son radicales, tanto respecto a la propuesta de los facultativos como a las implicaciones de la libertad religiosa, que en el caso enjuiciado no se convierte en un dato relevante, pues si bien los padres de la menor son musulmanes y los informes clínicos aluden a que su negativa se basa en motivos religiosos, nada de ello expresan en la oposición que han manifestado ante este Juzgado, a lo que se une que su rechazo a la medida podría ser igualmente mantenido, sin diferencias relevantes, por otras personas con creencias distintas o sin planteamiento religioso alguno.

TERCERO.- En función de lo expuesto en el fundamento anterior, procede examinar la prueba practicada a fin de determinar si la solicitud formulada por el centro -autorización para la retirada de las medidas de soporte vital (ventilación mecánica, oxigenación, antibioterapia, drenaje ventricular externo abierto y prostaglandinas)- responde de forma más adecuada al interés superior de la menor, frente a la negativa de los padres a dicha retirada.

Dicha prueba está constituida, en primer lugar, por los informes remitidos por el hospital junto con su solicitud, antes reseñados, que han sido ratificados y complementados en el acto de la vista por las firmantes de los mismos. De su intervención, tanto en los momentos inicial y final de la comparecencia, en apoyo de la petición realizada, como a preguntas del Ministerio Fiscal y de este juzgador, se extrae el siguiente resultado:

La Subdirectora Médica D<sup>a</sup>. Rosa ha expuesto que la paciente presenta una enfermedad irreversible debido a un problema genético, con malformaciones cardíacas y problemas neurológicos; que el tratamiento no va a conllevar ninguna mejoría, por lo que la evolución inevitable de la paciente será su muerte; y que todo el equipo ha llegado a la conclusión de que mantener las medidas actualmente implantadas constituye una obstinación terapéutica.

La doctora D<sup>a</sup>. Julia, del Servicio de Neonatología, ha manifestado que en este supuesto se ha producido unanimidad de los profesionales actuantes, lo que resulta raro, porque en neonatología se suelen producir discrepancias; que en estos momentos no está indicada ninguna otra intervención ni cirugía; que la menor experimenta una vida de sufrimiento, debido a que está sometida a ventilación mecánica, lo que obliga a realizar aspiraciones para eliminar mucosidad, con la consiguiente sensación de ahogo, además de que tiene implantadas varias vías y es preciso hacer analíticas periódicas, lo que supone la realización de punciones, y lleva un drenaje ventricular debido a la hidrocefalia y ello implica que con toda probabilidad tiene dolor en la cabeza; que la comunicación con los padres ha sido reiterada y, pese a haber comprendido la situación, rechazan la actuación solicitada; que la misma supone una AET indicada para no prolongar el sufrimiento de la paciente, y consiste en retirar todo lo que no esté indicado para la misma. Preguntada por el significado de "estado irreversible", contesta que supone un pronóstico de vida corta, de persistente sufrimiento, y además sufrimiento severo; que si no se hace nada más, lo más probable es que fallezca en un periodo de semanas o quizá meses; que la retirada del soporte vital no supone inducir a la muerte, sino adecuar el tratamiento al estado de la paciente; que el pronóstico es de una vida corta aunque no se retire el soporte, y si se retira, fallecerá más rápido, quizá en horas o en días. Preguntada si la paciente está sometida a sedación, contesta que sí, si bien a una sedación mínima porque tiene muy poca respuesta neurológica debido a los problemas que padece; y que mantenerla sedada no es una opción, debido al estado en que se encuentra y a la posibilidad de nuevas complicaciones. Preguntada si la sedación aminora o reduce el sufrimiento, contesta que sí.

D<sup>a</sup>. Lidia, Presidenta del Comité de Bioética Asistencial, ha expresado que el informe emitido por dicho comité es consultivo y no vinculante; que adecuar el tratamiento no es lo mismo que limitarlo, y en este caso se propone una adecuación de esfuerzo terapéutico.

Además, a la pregunta de si la AET propuesta comprende tanto la decisión ya adoptada por todo el equipo de no realizar ninguna otra medida terapéutica como

la retirada de soporte vital que aquí se solicita, las intervinientes han respondido afirmativamente.

Por otra parte, este Juzgado ha solicitado informe sobre la cuestión al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Valencia, que ha sido emitido por la médica forense D<sup>a</sup>. Adela, y ratificado y aclarado en la vista por la misma.

El informe, después de reseñar los documentos que analiza y los datos de interés que constan en dicha documentación, expone las siguientes consideraciones y conclusiones:

"Consideraciones Médico legales:

En la actualidad pueden salvarse muchos recién nacidos con graves problemas neurológicos y otras malformaciones que hace unos años hubieran fallecido, pero hay que tener en cuenta que ello es habitualmente a costa de técnicas de soporte vital e intervenciones quirúrgicas que conllevan un sufrimiento significativo y secuelas neurológicas importantes. Los padres deben decidir con la ayuda de los médicos, lo que puede resultar más beneficioso para el niño (Zarranz, 2018).

El mencionado contenido de la consulta bibliográfica que consta en la documentación clínica, resulta parcial.

En el presente caso, las intervenciones realizadas y las propuestas terapéuticas quirúrgicas de alto riesgo, no constan que hayan sido rechazadas por los padres.

La abstención de tratamiento vital, estaría claramente justificada en estado de muerte encefálica, cuando no exista la posibilidad de interacción humana con el medio por la gravedad de sus lesiones neurológicas (por ejemplo anencefalia=ausencia de casi todo el cerebro) o estemos ante una situación persistente de sufrimiento crónico e intenso.

Conclusiones Médico Forenses:

Primera.-La paciente menor de edad (48 días) presenta un Síndrome Polimalformativo con mal pronóstico vital y neurológico.

Segunda.-Se han realizado algunas intervenciones quirúrgicas imprescindibles, y se plantea la posibilidad de opciones terapéuticas quirúrgicas, condicionadas y con alta morbimortalidad.

Tercera.-A la fecha de referencia para su valoración (20/11/2020), no se aprecia una clara justificación de limitación del esfuerzo terapéutico".

En la comparecencia, la Dra. Adela ha realizado las siguientes apreciaciones:

A preguntas del Ministerio Fiscal, en cuanto a que la paciente experimenta sufrimiento, manifiesta que sí, como todo paciente en una situación de esta gravedad en un hospital, pero lo que es dudoso es que vaya a persistir en el tiempo. Preguntada sobre si la situación es irreversible, responde que no ha leído eso en los informes del hospital, sino que dichos informes hablan de un mal

pronóstico, de modo que no se puede afirmar que se producirá inevitablemente la muerte, aunque es lo más probable.

A preguntas del personal del hospital, sobre el hecho de que su informe menciona que el contenido de la consulta bibliográfica que consta en la documentación clínica es parcial, contesta que se trata de una referencia escueta y parcial, en el sentido de que resulta incompleta, porque no aporta datos suficientes sobre el estudio a que se refiere. Preguntada, en cuanto a su consideración médico legal cuarta, acerca de que el supuesto de muerte encefálica no es comparable al presente, porque representa directamente el fallecimiento del paciente, responde que hace referencia al mismo porque en ciertos ámbitos culturales tampoco se acepta la retirada del soporte vital en casos de muerte encefálica.

Preguntada por el último inciso de dicha consideración médico legal cuarta, en el cual considera que la abstención de tratamiento vital estaría claramente justificada, entre otros casos, en una situación "persistente de sufrimiento crónico e intenso", y si no concurre en esta paciente, contesta que no considera que se trate de un sufrimiento crónico, porque en términos médicos, crónico es un estado que se perpetúa en el tiempo (suele hablarse de tres a seis meses), y la niña tiene 48 días de vida; que se puede decir que es previsible su fallecimiento, pero no seguro, y que si vive, tendrá graves secuelas neurológicas.

A preguntas de S.S<sup>a</sup>., sobre si la paciente no tiene esperanza alguna de vida, responde que no se puede descartar; que lo más probable es que muera; y que, si vive, padecerá graves secuelas neurológicas y necesidad de intervenciones complejas. Preguntada sobre si considera que la decisión del equipo médico de no realizar ninguna otra medida terapéutica la tomaría cualquier equipo médico especializado, responde que no lo sabe; que quizá otro equipo médico podría seguir adelante, y que por ello mencionaba que la referencia bibliográfica realizada es parcial, porque no aporta datos suficientes de otros pacientes; que considera que habrá que tomar las medidas que estén indicadas; y que en este caso en la documentación no ve que las intervenciones estén contraindicadas, o al menos, no hay una contraindicación absoluta, y así, por ejemplo, la intervención cardíaca la condicionan al pronóstico neurológico. Preguntada sobre el sufrimiento de la paciente, contesta que existe, como el de cualquier paciente y más elevado por la supervivencia, y que la sedación aminora dicho sufrimiento. Preguntada sobre un pronóstico de duración de la vida de la paciente en este estado, contesta que no sabe cuánto puede durar. Preguntada por la última de sus conclusiones, en la que indica que no aprecia una clara justificación de limitación del esfuerzo terapéutico, responde que considera que en este caso no hay una adecuación sino una limitación de ese esfuerzo, que no la considera claramente justificada, y que por ello alberga dudas.

Planteada la cuestión en estos términos, la retirada de soporte vital cuya autorización se solicita está fundamentada en el presupuesto de que el mantenimiento de estas medidas comporta una obstinación terapéutica que el

equipo médico debe evitar, por lo que será preciso determinar si concurre esa situación, siempre con el fin de proteger el interés de la menor.

De la prueba practicada se deduce con claridad que la paciente presenta un estado de extrema gravedad con muy mal pronóstico, ante el cual los facultativos que la tratan han tomado, de una parte, la decisión unánime de no realizar ninguna otra intervención quirúrgica ni medida terapéutica, y de otra, han acordado con la misma unanimidad la conveniencia de lo que califican como adecuación de esfuerzo terapéutico, consistente en la retirada de soporte vital. La primera de dichas decisiones, presupuesto necesario de la segunda, ya ha sido puesta en práctica, pero la segunda requiere la autorización judicial, dada la negativa de los padres de la menor, manifestada después de haber sido correctamente informados de la situación y haber comprendido la misma, extremo que no ha sido puesto en duda por ninguno de los interesados.

Los informes médico y bioético contienen un desarrollo pormenorizado del estado de la paciente y del pronóstico de la misma, y se complementan con la intervención en el acto de la vista de las profesionales que los han suscrito, que han puesto de relieve, en particular, la situación de sufrimiento que experimenta la menor como presupuesto básico de su solicitud, punto éste que había tenido menor desarrollo en los repetidos informes. Han destacado el hecho de que, en la situación actual, no está indicada ningún tipo de cirugía curativa ni paliativa, que ningún tratamiento es susceptible de causar mejoría en el estado de la paciente, que su fallecimiento se producirá de forma inevitable en un plazo de tiempo no muy prolongado, y que la medida propuesta es la indicada para no prolongar el estado de sufrimiento descrito.

Este Juzgado, no obstante, ha acudido a otro dictamen médico, emitido por profesional del Instituto de Medicina Legal de Valencia, que introduce ciertas dudas acerca de las rotundas conclusiones de los facultativos del hospital. Tales dudas se manifiestan, en primer lugar, sobre la propia decisión ya adoptada de no emprender ninguna otra medida terapéutica, puesto que la Dra. Adela refiere que las intervenciones quirúrgicas mencionadas en la documentación clínica se plantean como condicionadas a ciertos pronósticos, pero no se presentan como absolutamente contraindicadas, por lo que no puede descartar rotundamente que otro equipo médico decidiera seguir adelante con medidas terapéuticas, tomando aquellas que estén indicadas en cada caso, aun asumiendo que el riesgo de mortalidad de la paciente sería muy alto. En segundo lugar, la Dra. Adela cuestiona la idoneidad de la medida propuesta, al indicar en su última consideración médico legal que la abstención de tratamiento vital estaría claramente justificada en otros supuestos, como los de estado de muerte encefálica, ausencia de casi todo el cerebro, o situación persistente de sufrimiento crónico e intenso. Y en particular, acerca de este último supuesto, ha sostenido que no puede concluir que esta paciente se encuentre en el mismo porque no concurre el requisito de cronicidad, que supone el transcurso de un periodo de tiempo más prolongado, dado que la paciente tiene 48 días de vida. Pero especialmente, cuestiona la medida en su tercera y última conclusión, en la que hace constar que no aprecia una clara justificación de limitación del

esfuerzo terapéutico, precisando en el acto de la vista que considera la retirada del soporte vital como limitación y no adecuación, y sobre todo, que por lo expuesto con anterioridad, no la considera claramente justificada, albergando dudas razonables.

La documentación acompañada a la solicitud del hospital refleja una actividad intensa y razonada del equipo médico que ha tratado a la paciente, con la puesta en práctica de intervenciones y medidas terapéuticas que no han podido evitar el grave estado de la menor, determinado por sus patologías congénitas y complicaciones posteriores. Asimismo, se observa una correcta práctica de información y atención a los padres de la menor, y un proceso de toma de decisiones entre los distintos facultativos consensuado y basado en su colaboración e intervención conjunta. No se pretende por ello someter a crítica dicha actuación. Sin embargo, es inevitable tener en cuenta que el único informe emitido por un profesional ajeno al centro solicitante, aunque no con la misma especialización ni conocimiento directo del caso, arroja dudas, no sólo en cuanto a la procedencia de la medida cuya autorización se solicita, sino respecto a la propia decisión de no abordar ningún otro tratamiento activo de la paciente, decisión que, como se expuso anteriormente, se convierte necesariamente en presupuesto de la retirada del soporte vital.

En estas circunstancias, la decisión sobre el interés de la menor debe tomarse teniendo en cuenta que la retirada del soporte vital conllevaría, como se estima probado sin duda alguna, un fallecimiento casi inmediato de la misma. Y si bien con ello se pondría fin, evidentemente, a un estado de sufrimiento que no cabe obviar -aunque resulta atenuado por la sedación-, por otro lado se estarían cercenando posibilidades de evolución o tratamiento que, por las razones expuestas, no quedan plenamente descartadas. Por consiguiente, es forzoso concluir que la preservación del superior interés de la menor no puede materializarse en la autorización de la retirada de su soporte vital, toda vez que los pareceres médicos expuestos no son coincidentes, expresando la médico forense una duda razonable acerca de la idoneidad de la misma. Procede, por consiguiente, rechazar la solicitud formulada.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,

#### PARTE DISPOSITIVA

No ha lugar a autorizar la retirada de las medidas de soporte vital a la menor Paula, solicitada por el Hospital XY de València.

Notifíquese la presente resolución a las partes, haciéndoles saber que la misma no es firme y que contra ella cabe interponer recurso de apelación en el plazo de veinte días desde su notificación, presentando ante este Juzgado escrito en el que se habrá de exponer las alegaciones en que se base la impugnación, además de citar la resolución apelada y los pronunciamientos que impugna (artículo 458 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, modificado por Ley 37/2011, de 11 de octubre).

El recurso no se admitirá si al prepararlo la parte no acredita haber consignado en la entidad Banco Santander y en la "Cuenta de Depósitos y Consignaciones" abierta a nombre de este Juzgado, con referencia al presente procedimiento, la cantidad de CINCUENTA (50) EUROS en concepto de DEPÓSITO PARA RECURRIR, conforme a la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial (introducida por L.O. 1/2009, de 3 de noviembre 1).

Así lo pronuncia, manda y firma D. AA, Magistrado del Juzgado de Primera Instancia número 10 de Valencia.