



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 18 de junio de 2008, los hermanos x, y, z..., presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional, como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria recibida por su padre en el Hospital "Rafael Méndez" de Lorca, a la que imputan su muerte.

Según los reclamantes, su padre, x., falleció el 27 de enero de 2008 a consecuencia de una hemorragia digestiva baja.

Según manifiestan, el paciente, de 87 años y con antecedentes de EPOC, glaucoma, FA x AC (sic), insuficiencia cardiaca crónica e HTA, fue intervenido de fractura de cadera el 4 de enero de 2008, intervención de la que se estaba recuperando en el Centro Médico "Virgen del Alcázar" de Lorca. De allí fue derivado, el sábado 26 de enero, al Hospital "Rafael Méndez" por hemorragia-melenas, siendo ingresado sobre las 13 horas.

El médico que le asistió consideró que era preciso practicarle una colonoscopia, pero por ausencia del especialista que había de llevarla a cabo, no podía realizarse hasta el lunes.

Ante esta situación una hija del paciente sugirió el traslado al Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, lo que no fue aceptado.

Se intentó en diversas ocasiones introducirle al paciente una goma por la nariz hasta el estómago (endoscopia) sin lograrlo. Después lo llevaron a observación donde sin presencia de ningún familiar lo consiguieron.

Sobre las 21 horas lo subieron a planta, administrándole suero y nolotil, surgiendo varios problemas con el sistema de bombeo del suero que fueron subsanados.

Sobre las 00.00 horas, el paciente comenzó con dolor de barriga con esfuerzos para vomitar, se llamó a los médicos sin que acudiera ninguno.

A eso de las 2.30 horas de la madrugada del 27 de enero, el x. empezó a sufrir convulsiones y, esta vez sí, acudió el médico que advirtió que se estaba muriendo. A las 3.00 horas falleció, y en el informe de exitus indica que la causa de la muerte fue una hemorragia digestiva baja.

Consideran los reclamantes que existió una mala praxis, evidenciándose en la no realización a tiempo de una colonoscopia y en la administración al paciente de dos medicamentos (Emportal y Clexane), que aumentaron el riesgo de la hemorragia.

Solicitan una indemnización de 30.000 euros para cada uno de los cinco hijos del paciente.

La reclamación de acompaña de fotocopia del Libro de Familia y de diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), se

encarga su instrucción al Servicio Jurídico del Ente, que procede a comunicarla a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos, y a la Compañía Aseguradora por conducto de la correduría.

Recaba, asimismo, de la Gerencia del Área de Salud III a la que se adscribe el Hospital Iorquino, copia de la historia clínica del paciente, informe de los facultativos que lo atendieron, así como los protocolos médicos de actuación que se aplican en el Hospital a los pacientes con hemorragia digestiva baja. Similar petición se dirige al Centro Médico "Virgen del Alcázar" de Lorca.

TERCERO.- Recibida la documentación clínica e informes solicitados, destaca el del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del "Rafael Méndez", que se transcribe a continuación:

"Paciente de 87 años de edad, con HTA, EPOC, y fibrilación auricular en tto, intervenido hacía un mes por fractura peritrocanterea de fémur derecho por traumatología, requiriendo interconsulta a Medicina Interna durante el ingreso por cuadro respiratorio, realizando ajuste de tto (según informe de alta del 15/01/08).

Se traslada a Centro Médico "Virgen del Alcázar" para continuar evolución, desde donde se nos remite con diagnóstico de probable hemorragia digestiva, alta el día 26/01/08.

Tras ser valorado por el Servicio de Urgencias y pasar a cama de observación se comenta el caso al Servicio de Cirugía General.

El paciente presentaba en ese momento un aceptable estado general, con una tensión arterial de 100/67, FC 106 y analítica con Ht° 29.2% y Hb 9.9. El abdomen era blando sin signos de defensa ni irritación peritoneal. Al tacto rectal y exploración anal, se objetivan heces hematoquécicas sin otro hallazgo. Se coloca sonda nasogástrica que no objetiva signos de hemorragia digestiva alta en ese momento. Reservamos sangre de forma preventiva.

Por todo lo anteriormente expuesto y de acuerdo a los criterios de hemorragia digestiva masiva (guías clínicas de cirugía colorrectal de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), año 2000):

- Requerimiento de más de 4 unidades de sangre para transfusión.*
- Pérdidas sanguíneas superiores a 1500 cc/24 horas.*
- Tensión arterial sistólica menor a 90 mm Hg o Hb menor a 6 mg/dl.*

Etiquetamos el cuadro como hemorragia digestiva baja sin riesgo vital no masiva (según la clasificación expuesta en guías clínicas de cirugía colorrectal de la AEC) a estudio en un paciente anciano con importante comorbilidad asociada e ingreso hospitalario prolongado tras cirugía previa, cursando el ingreso a cargo de Cirugía General, teniendo en cuenta que, incluso en los casos de hemorragia digestiva baja masiva, el sangrado cede de forma espontánea en el 80% de los casos (según guías clínicas de AEC).

El paciente, que permanece en todo momento estable desde el punto de vista clínico, hemodinámico, y analítico, pasa a planta tras ajustar el tto por parte de Cirugía General y el Servicio de Urgencias, para continuar el control (hemodinámico, clínico y analítico) y realización de colonoscopia diagnóstica de forma precoz programada (con lavado y preparación de colon) siempre y cuando el estado del paciente lo permitiera y persistiera el diagnóstico de ingreso (hemorragia digestiva baja no masiva a estudio).

Durante su estancia en planta, en ningún momento el paciente presenta deterioro tensional de frecuencia cardiaca o deterioro analítico (según datos de TA, FC y analítica de control realizados en planta) que sugieran agravamiento de su situación, persistiendo en ese momento según los criterios expuestos anteriormente, el diagnóstico de ingreso (hemorragia digestiva baja no masiva sin riesgo vital).

En este contexto y según los datos hemodinámicos y analíticos, en ningún momento estuvo indicada la transfusión sanguínea.

Durante la madrugada, el paciente experimenta un deterioro brusco de su situación, valorándolo nuevamente y encontrándolo premorten, siendo exitus de forma inmediata el 27/01/08.

Dada la brusquedad del deterioro, los datos objetivos de TA, FC y niveles de Hb y Htº que mantuvo hasta ese momento, y dado que no disponemos de un diagnóstico anatomo-patológico (necropsia) que pueda afirmar la causa de la muerte, no pensamos que ésta estuviera provocada por la hemorragia digestiva no masiva. El documento nº 6 que aporta la familia es un informe donde se indica el diagnóstico por el que el enfermo ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General y no la causa del fallecimiento, repitiendo nuevamente que no disponemos de un diagnóstico de certeza anatomo-patológico.

En nuestra opinión la actuación por parte de nuestro Servicio fue adecuada según los protocolos y recomendaciones de la AEC en sus guías clínicas de cirugía colorrectal año 2000 y manual de la AEC año 2005, para los casos de hemorragia digestiva baja no masiva".

CUARTO.- Advertida por la instrucción la ausencia, entre la documentación remitida, de los protocolos de actuación ante hemorragia digestiva baja, se reitera la solicitud inicialmente formulada, recibiendo contestación del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva, según el cual "el protocolo de actuación en los casos de hemorragia digestiva baja sin riesgo vital no masiva (según la clasificación de las guías clínicas de Cirugía Colorrectal de la asociación española de cirujanos) del Servicio de Cirugía General del Hospital Rafael Méndez es el siguiente:

- Control clínico, analítico, hemodinámico, e ingreso a cargo de nuestro Servicio para continuar observación y realización de colonoscopia diagnóstica durante el ingreso (siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan). En los casos de inestabilidad hemodinámica y/o analítica o cuando el paciente evoluciona de forma desfavorable entrando dentro de los criterios de hemorragia digestiva baja masiva, se indica intervención quirúrgica urgente (en algunos casos con colonoscopia urgente, previa valoración e individualización de cada caso)".

QUINTO.- Solicitado el preceptivo informe del Servicio de Inspección y Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se emite con las siguientes conclusiones:

"1. La suspensión de la antiagregación previa a la cirugía y la terapia profiláctica con heparina de bajo peso

molecular fue correcta y ajustada a las pautas y protocolos aceptados por las sociedades médicas y la literatura científica. Se hizo una valoración individual de los factores intrínsecos del paciente (la edad, enfermedades previas y evolución de las mismas) como de la cirugía de alto riesgo embolígeno que se iba a llevar a cabo.

2. Tras el episodio de hemorragia digestiva, igualmente se siguieron las pautas y recomendaciones a seguir para el tratamiento y control de la misma, con control de las constantes, canalización de vía y sueroterapia, suspensión de la heparina y la medicación oral, realización de analítica, sondaje nasogástrico y tacto rectal. Con todo ello se llegó al diagnóstico de hemorragia digestiva baja sin repercusión hemodinámica y por ello se procedió a su ingreso en planta para seguimiento y estudio.

3. El sondaje nasogástrico estaba correctamente indicado, dio información importante sobre el origen de la hemorragia y se retiró cuando hubo constancia de que no era necesario.

4. La no indicación de colonoscopia urgente (y su traslado para ello al Hospital "Virgen de la Arrixaca") se hizo con criterios médicos, basados en la valoración del estado hemodinámico del paciente, de su analítica, sus antecedentes personales y en el conocimiento de que la mayoría de estos episodios se autolimitan, lo que permite el estudio de su origen de forma reglada.

5. Tras permanecer unas 7 horas en la zona de observación de urgencias se verifica de nuevo su estabilidad hemodinámica y analítica. Es entonces cuando se sube a planta y se informa a la familia del paciente de la valoración realizada.

6. Los valores de HT y HB no obligaban a trasfundir al paciente por lo que se adoptó actitud expectante, manteniendo reservados 2 u, concentrado de hematíes por si se precisaban en algún momento.

7. Respecto al exitus, considerar su origen multifactorial dados los múltiples factores de riesgo que presentaba el paciente: hemorragia digestiva baja, postoperatorio de una cirugía con una alta mortalidad y alta frecuencia de eventos tromboembólicos, habiendo sido necesario retirar la profilaxis por la hemorragia, EPOC con sobreinfección respiratoria (persistía con leucocitosis importante), edad avanzada, inmovilización y cardiopatía previa con alta prevalencia de fenómenos arritmogénicos".

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se une al expediente un informe médico realizado por cinco especialistas en Cirugía General y Digestivo, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. El paciente presentaba una HDB (hemorragia digestiva baja) en el postoperatorio de una fractura de cadera, con pluripatología grave asociada.

2. El tratamiento postoperatorio fue correcto incluyendo profilaxis antitrombótica.

3. Tras presentar una HDB fue trasladado a su hospital de referencia.

4. A la llegada a la urgencia del HRM de Lorca se le hicieron las exploraciones clínicas analíticas y de imagen correctas.

5. La analítica de ingreso y la de alta de la urgencia para traslado a planta, 7 horas más tarde, son similares, sin que se apreciara la posible existencia de un sangrado agudo.

6. De acuerdo con las analíticas efectuadas, los tiempos de hemorragia, coagulación y protrombina, la HBPM (heparina de bajo peso molecular) los mantenía en rangos normales.

7. La medicación contra el estreñimiento que tomaba el paciente no influyó para nada como desencadenante de una HDB.

8. La mayoría de las HDB son autolimitadas, cediendo en más del 80% de los casos.

9. En ningún momento se describe en la H^a clínica que el paciente continuara con deposiciones sanguinolentas.

10. Tras el traslado a planta el paciente está hemodinámicamente estable, se realiza colocación de SNG que refleja ausencia de HDA (hemorragia digestiva alta).

11. No existía en ese momento indicación alguna de colonoscopia diagnóstica.

12. Es imposible saber con exactitud la causa de la muerte al no haberse realizado necropsia.

13. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trajeron al paciente lo hicieron de manera correcta, de acuerdo con los protocolos y aplicando en todo momento la "lex artis".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia, los reclamantes presentan alegaciones en las que advierten una contradicción en el informe de la Inspección Médica, cuando inicialmente manifiesta que la colonoscopia debe realizarse en pacientes estables hemodinámicamente y más adelante afirma que la colonoscopia urgente sólo se realiza en sangrados con deterioro hemodinámico.

Alega también que se cuestiona la causa de la muerte, siendo su responsabilidad establecerla y, en caso de duda, plantear a la familia una autopsia clínica.

Por último, alega que no se han aportado al procedimiento los protocolos de actuación de la Asociación Española de Cirugía, aludidos por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva en su informe y que habían sido solicitados por la instrucción.

OCTAVO.- Consta que los reclamantes han interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta por silencio administrativo de su solicitud indemnizatoria, siendo tramitado por el Tribunal

NOVENO.- Con fecha 2 de junio de 2010, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los elementos generadores de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y la muerte del padre de los interesados.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 24 de junio de 2010.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad 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 (LCJ), en relación con el 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para el ejercicio de la acción y procedimiento.

1. La reclamación ha sido interpuesta por los hijos del fallecido usuario del servicio público sanitario, quienes están legitimados para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en la medida en que padecen un evidente daño identificado con la pérdida afectiva ocasionada por la muerte de un familiar tan cercano.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional a través del SMS, en tanto que titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

2. En cuanto al plazo para el ejercicio de la acción, se ha ajustado a lo previsto en el artículo 142.5 LPAC, pues el fallecimiento del paciente se produjo el 27 de enero de 2008 y la acción se ejercita en junio del mismo año.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo en el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho el previsto (artículo 13.3 RRP).

De otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por los reclamantes ante la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Murcia el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de su solicitud, no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (art. 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues los reclamantes podrían desistir o solicitar la ampliación del recurso

contencioso administrativo a la resolución expresa. En todo caso, convendría que el departamento consultante actuara coordinadamente con la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad, en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (art. 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), como también sugerimos en nuestros Dictámenes núms. 72/06 y 102/08, entre otros.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivados del artículo 106.2 de la Constitución: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (art. 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del personal sanitario ha de llevarse a cabo por la denominada "lex artis ad hoc" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por tanto, de acuerdo con una 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, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (SAN, Sección 4^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para los reclamantes su padre sufrió una defectuosa asistencia sanitaria, pues no se le realizó de forma urgente una colonoscopia, a pesar de estar indicada ante la hemorragia digestiva baja que presentaba y que había sido agravada por la prescripción de dos medicamentos que aumentan el riesgo de hemorragia.

1. La no realización de una colonoscopia urgente.

Dicha imputación se objetiva como omisión de medios, por escatimar la Administración una prueba cuya doble funcionalidad, diagnóstica y terapéutica, hubiera permitido conocer la causa de la hemorragia digestiva y coagular la lesión sanguínea evitando la muerte del paciente.

En esta imputación, la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al temprano tratamiento de la enfermedad y si la colonoscopia urgente estaba indicada en función de los síntomas y circunstancias del paciente, se convierte en cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación de la Administración.

Y es que la obligación que incumbe a la Administración en la prestación sanitaria es, como ya se ha dicho, de medios, no de resultados, por lo que debe prestar la asistencia sanitaria con el despliegue de todos los medios a su alcance. De no hacerlo así, o de no acreditar su efectiva utilización, el daño devendrá en antijurídico.

Aplicado al supuesto objeto de consulta, la antijuridicidad del daño y el nexo causal entre la actuación administrativa y el daño sufrido, derivarían de una valoración médica errónea de la situación clínica del paciente que habría determinado la decisión de no realizar la colonoscopia con carácter urgente, al considerar que no estaba indicada, cuestiones que aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencialmente configurado de la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predictable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones (por todas, STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001).

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que en todo momento y bajo cualquier circunstancia se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la *lex artis* venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina.

La valoración de la actuación médica y en qué medida en la asistencia facilitada al paciente los días 26 y 27 de enero de 2008 se actuó conforme a normopraxis al no realizar una colonoscopia urgente, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales que sustenten las alegaciones de los reclamantes, no existen suficientes elementos probatorios que demuestren o, al menos, permitan inferir que en atención a los signos y manifestaciones de enfermedad que mostraba el paciente, y con las pruebas realizadas, tanto el facultativo de urgencias como el cirujano que lo atendieron en el Hospital, debían haber realizado una colonoscopia de forma urgente o haber remitido al paciente a un centro donde pudiera realizársele de forma inmediata, por así imponerlo la "lex artis".

De hecho, la valoración técnica de la asistencia prestada por los facultativos intervenientes la constituye, además del informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "Rafael Méndez", el de la Inspección Médica y el aportado por la Compañía de Seguros. Frente a sus contundentes conclusiones acerca de la no indicación de una colonoscopia urgente, atendidas las circunstancias del paciente, los reclamantes oponen que la colonoscopia es urgente siempre que la hemorragia no cese espontáneamente o presente recidiva hemorrágica, basando su afirmación en dos fragmentos de artículos científicos que trasciben en su escrito de solicitud.

Enfrentado este Consejo Jurídico a la labor de valorar el conjunto de los elementos de juicio incorporados al expediente en orden a formar su convicción, no puede otorgar un mayor peso a los artículos científicos alegados por los reclamantes que a los informes técnicos que sustentan la tesis desestimatoria del órgano instructor. Y ello porque los trabajos científicos, de forma acorde con su finalidad y naturaleza, no efectúan un análisis pormenorizado de la situación clínica del paciente para establecer la indicación o no de la colonoscopia en el caso concreto. Por el contrario, los informes técnicos, tras exponer cuáles son las pautas generales de actuación ante la enfermedad que presenta el paciente, proceden a efectuar el análisis concreto de su situación, mediante un juicio

crítico de la actuación facultativa, a la luz de la clínica del paciente y de las exigencias de la praxis médica, alcanzando una conclusión individualizada para el caso, que sólo podría ser desvirtuada por otro informe médico, nunca por la interpretación que de un artículo científico puedan realizar ojos profanos en Medicina.

En este sentido, el informe de la Inspección Médica indica que la actitud ante una hemorragia digestiva depende de su gravedad, de forma que si, como ocurre en el supuesto sometido a consulta, el paciente está estable hemodinámicamente y sin evidencia de sangrado masivo, lo habitual es su ingreso para observación y control, con realización de estudios diagnósticos de forma programada. Y así se actuó con el paciente una vez que, tras las pruebas realizadas en urgencias (verificación de constantes, analítica, colocación de sonda nasogástrica y realización de tacto rectal), se le diagnostica de hemorragia digestiva baja sin compromiso hemodinámico. Siete horas después es valorado de nuevo por el cirujano, quien no advierte cambios en su situación hemodinámica, con tensión arterial mantenida, frecuencia cardíaca normal e incluso con HB y HT ligeramente superiores, por lo que se decide pasarlo a planta.

La colonoscopia, continúa la Inspección Médica, sólo se realiza de forma urgente en sangrados con deterioro hemodinámico que no responden al tratamiento con reposición de volumen y transfusión, esto es, cuando la hemorragia digestiva es severa. En el caso, sin embargo, el paciente estaba hemodinámicamente estable, sin descenso de los niveles de hematocrito y hemoglobina y sin precisar transfusión de hemoderivados para mantener estos parámetros. De ahí que no estuviera indicada la colonoscopia urgente, la cual, además, no está exenta de riesgos y es más rentable para el diagnóstico hacerla de forma programada y con preparación (limpieza del colon). Así, lo urgente ante un sangrado es la monitorización de las constantes y la consecución de estabilidad hemodinámica. Si esto se consigue, posteriormente se irá realizando todo el estudio tendente al diagnóstico del sangrado, incluida la colonoscopia. Por tanto, sólo si no se consigue estabilizar al paciente por la gravedad de la pérdida sanguínea, se debe realizar la colonoscopia urgente para intentar frenar la hemorragia, aunque ello no siempre es posible.

En el mismo sentido se expresa el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital "Rafael Méndez" al explicar el protocolo de actuación en casos de hemorragia digestiva baja sin riesgo vital no masiva, que sólo prevé la intervención quirúrgica urgente (en algunos casos, previa valoración e individualización, mediante colonoscopia) en los casos de inestabilidad hemodinámica y/o analítica o cuando el paciente evoluciona de forma desfavorable entrando dentro de los criterios de hemorragia digestiva masiva.

La historia clínica muestra que el paciente no mostraba compromiso hemodinámico ni al ingreso en urgencias ni en la reevaluación realizada por Cirugía siete horas después, pues presentaba tensión arterial mantenida, frecuencia cardíaca normal y con unos valores de hemoglobina y hematocrito que no eran compatibles con una pérdida de sangre (hipovolemia) grave, por lo que se adoptó actitud expectante, sin transfusión. En tales circunstancias no existía indicación de colonoscopia urgente.

La contundencia de estas conclusiones, reiteradas por todos los informes obrantes en el expediente, incluido el de la Inspección Médica, impiden aceptar la alegación consistente en que, como el paciente estaba estable, procedía efectuarle inmediatamente la colonoscopia, como apuntan los reclamantes con ocasión del trámite de audiencia.

2. La administración de fármacos que aumentaban el riesgo de sangrado.

Para los actores, la administración al paciente de dos medicamentos (Emportal y Clexane) que aumentan el riesgo de hemorragia, habría contribuido al fatal desenlace. La Inspección Médica, sin embargo, considera que la prescripción farmacológica fue la adecuada, pues era evidente la necesidad de uso de profilaxis antitrombótica tanto por la edad del paciente y su patología de base (cardiópata con episodios previos de fibrilación auricular) como por el tipo de cirugía y el encamamiento prolongado que era esperable. Todo lo encuadraba en el grupo de riesgo más elevado para la aparición de fenómenos tromboembólicos y era obligada la profilaxis de los mismos. Para ello se usó enoxaparina (Clexane), heparina de bajo peso molecular, que presenta un menor riesgo de producir fenómenos hemorrágicos que las heparinas tradicionales.

Respecto del Emportal, fármaco usado para combatir el estreñimiento, de frecuente aparición en enfermos encamados, señala la Inspección que no produce en ningún caso hemorragias digestivas. Si éstas aparecen, se aconseja su supresión para no aumentar más la irritación del intestino. De conformidad con las órdenes de tratamiento obrantes en la historia clínica, su prescripción data del 24 de enero, dado el estreñimiento del paciente, y no consta que se administrara tras la aparición de los síntomas hemorrágicos el 26 de enero. Así, en la orden de

tratamiento correspondiente a esta fecha (folio 61 del expediente), ya no figura el indicado fármaco.

En cualquier caso, los tiempos de hemorragia, coagulación y protrombina se mantenían en valores normales (conclusión sexta del informe de la compañía aseguradora), por lo que no parece que la administración de los fármacos interviniere en la producción de la hemorragia digestiva.

Corolario de lo expuesto es que no se advierte en el supuesto sometido a consulta la defectuosa asistencia sanitaria a la que se pretende imputar la desgraciada muerte del padre de los actores, toda vez que la actuación facultativa, tanto en el tratamiento farmacológico pautado como en el manejo de la hemorragia digestiva baja, fue ajustado a normopraxis, como de forma coincidente manifiestan todos los juicios valorativos que de dicha actuación se han unido al procedimiento.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria y el fallecimiento del paciente.

No obstante, V.E. resolverá.