



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 1 7 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 13 de junio de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización, formulada por I.C.C., en nombre y representación de los herederos de C.G.Q., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 205/2013 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante escrito de 22 de abril de 2013, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita preceptivamente de este Organismo, al amparo de los arts. 12.3, 11.1.D.e) y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo (LCCC), en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, dictamen por el procedimiento ordinario en relación con la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado por reclamación de indemnización, presentada por los hijos y herederos de C.G.Q. (los reclamantes), a raíz del fallecimiento de su madre a consecuencia de lo que consideran un error de diagnóstico, causado con ocasión de la asistencia que le fuera prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. La citada Propuesta de Resolución culmina un procedimiento que, en general, ha seguido las prescripciones de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) y del citado Reglamento.

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Se significa que es la segunda ocasión que este asunto se somete a la consideración de este Consejo, quien emitiera el Dictamen 170/2012, de 28 de marzo, que concluyó en la necesidad de “retrotraer el procedimiento para efectuar los trámites de instrucción indicados”, tras cuya verificación “habrá de darse traslado de la información obtenida a los interesados a los efectos del trámite de audiencia, con lo que ello puede conllevar y, finalmente, se ha de formular, consecuentemente con el resultado de estos trámites, Propuesta de Resolución a remitir a este Organismo para ser dictaminada”.

Nos remitimos por ello con carácter general al dictamen emitido en lo que respecta a los aspectos relevantes del procedimiento incoado. Baste con decir a tal efecto que el procedimiento ha sido incoado previa reclamación, mediando representación bastante, por personas legitimadas para hacerlo en cuanto herederos legales de la fallecida (arts. 31.1 y 32.1 LRJAP-PAC y arts. 4.2 y 6.1 RPAPRP), en el plazo previsto jurídicamente de un año, antes, pues, de que hubiera prescrito la acción para reclamar. En la instrucción se han realizado las actuaciones exigibles - trámite probatorio, vista y audiencia e informe del Servicio Jurídico-, particularmente el preceptivo informe del Servicio cuyo funcionamiento ocasionara la presunta lesión indemnizable (art. 10 RPAPRP), cuya omisión en la solicitud anterior fue observada en el dictamen citado. Finalmente, cierra el procedimiento la preceptiva Propuesta de Resolución a adoptar con carácter definitivo por el Director del Servicio Canario de la Salud.

Por lo que a la instrucción complementaria a realizar, según señaló el Consejo en el referido dictamen, se indicó que, al margen de lo que el instructor considere procedente, la instrucción se extendiera específicamente a los siguientes extremos:

*“(...) emisión ( (...) del) informe (del Servicio) y, además, otro complementario de especialista en digestivo o hemorragias digestivas sobre el caso, a emitir previa información al efecto de los facultativos intervinientes en el proceso asistencial a la fallecida, incluido en particular el neumólogo, y, si fuere posible, el forense siquiera sea a efectos aclaratorios de su opinión y conclusión sobre la causa del fallecimiento y el momento de su inicio, en los que se determinen como mínimo las siguientes cuestiones:*

*- Motivo exacto por el que la fallecida acudió para ser asistida al Centro de Salud el día 11 de diciembre de 2012, al alegarse que era exclusivamente por escupir sangre por la boca y constar en informe de alta del 13 siguiente existencia de hemoptisis de días de evolución, determinándose la procedencia de esta apreciación*

*diagnóstica y, en particular, la razón por la que, sin más causa aparente que los antecedentes de la paciente, se consideró que sufría un problema de insuficiencia respiratoria y éste era el causante de tal hemoptisis.*

*- Motivo por el que se trató a la paciente por supuesta hemoptisis, en exclusiva, durante toda la madrugada del día 13, continuando y aún acrecentándose la expulsión de sangre, sin investigarse enseguida, incluso desde el principio de la asistencia entonces, la causa del sangrado, una vez descartada el día anterior la existencia de problema neumológico o de insuficiencia respiratoria previa actuación al efecto del neumólogo por considerar, vista radiografía de la paciente, no apreciable tal problema, debiendo ser remitida a Urgencias para tratar su sangrado; más aún, de no objetivarse recidiva de EPOC, conocido el riesgo de la paciente de poder sufrir hemorragia digestiva, pudiendo ser ésa en principio difusa y sin síntomas claros de shock.*

*- Procedencia de que, especialmente no confirmándose la existencia de problema respiratorio y conocido el antedicho riesgo de hemorragia digestiva, se analice la sangre expulsada, con señalamiento del tiempo necesario para obtener el resultado del análisis a realizar urgentemente en Centro apropiado próximo al Centro de Salud de Maspalomas, suponiendo admisible que éste carezca de ellos, y determinación de si la obtención del mismo en ese tiempo, habida cuenta que la hemorragia se agudizó con efecto fatal unas veinte horas después del alta, hubiera permitido controlarla para evitar tal desenlace, o bien, al menos hubiera existido posibilidad de lograrlo con el tratamiento pertinente.*

*- Determinación de que, como considera el forense y apunta un facultativo, congruentemente con el riesgo al efecto de esta paciente y, eventualmente, la inexistencia de episodio de EPOC y las circunstancias del caso, el sangrado procedía de hemorragia digestiva, la cual, aun cuando teóricamente puede surgir bruscamente y por eso aparecer tras el alta, realmente comenzó de modo difuso el día 11, continuó creciendo los días 12 y 13 y se hizo masiva la madrugada del 14”.*

## II

1. Por Resolución de 12 de abril de 2012, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud ordena la retroacción de actuaciones a los efectos de realizar la indicada instrucción complementaria, tras la que se deberá dar información a los interesados en trámite de nueva audiencia, como así fue. A resultas de la misma, se

emitieron los siguientes informes, que vienen a ser los preceptivos de los Servicios directamente afectados por el daño:

- El 28 de junio de 2012, el Jefe de Sección de Neumología del Hospitalario Universitario Insular, tras señalar que emite informe aunque “no dispone de la historia clínica de la paciente en el centro de salud”, manifiesta que la inicial derivación urgente del la paciente desde el centro de salud al CAE de Vecindario no se ajusta a los protocolos ya que el CAE carece de personal y material adecuado para su tratamiento, debiendo haber sido remitida la paciente al Servicio de Urgencias. No obstante lo cual, atiende a la paciente, la valora y la remite de nuevo a su centro de referencia.

La paciente acudió al centro de salud el día 11 de diciembre de 2003 porque “escupía sangre por boca”. De conformidad con los antecedentes de la paciente - “patrón fibrótico pulmonar probablemente secundario a tuberculosis pulmonar previa”- se consideró que “sufría un problema de insuficiencia respiratoria (...) causante de tal hemoptisis”. Es decir, la “expulsión de sangre por boca procedente de los pulmones”. Aunque la adecuada valoración de la presunta insuficiencia respiratoria hubiera requerido la realización de una “gasometría arterial”, prueba que no podía ser realizada en centro de salud, aunque en la realizada en el Servicio de Neumología no se apreciaron datos que “sugirieran insuficiencia respiratoria”. Al respecto, consigna que anteriormente en dos ocasiones se citó a la paciente para la realización de pruebas respiratorias (22 de julio y 3 de octubre de 2003) sin que acudiera a las citas. La paciente, por otra parte, no presentaba datos que sugirieran poseer un “riesgo aumentado” de padecer hemorragia digestiva, no poseyendo antecedentes de ulcus gastroduodenal.

La expulsión de sangre por la boca no discrimina el origen de la misma. Para averiguarlo, se debería hacer una prueba (“endoscopia digestiva y/o broncoscopia”) que procedería si se dan ciertas condiciones (sangrado masivo, rapidez de sangrado o insuficiencia respiratoria) que no presentaba la paciente en el CAE de Vecindario. Los criterios para su realización deben ser “evaluados” por el Servicio de Digestivo.

- Con fecha 13 de julio de 2012, el Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Insular emite informe del que resultan las siguientes consideraciones:

A las dos primeras cuestiones planteadas por el dictamen del Consejo no responde “al no constar en la historia clínica del centro ni en la documentación adjuntada, ni personalmente conozco lo ocurrido”, por lo que su opinión se basa en el relato de los hechos.

Sin prueba específica que lo confirme, es difícil distinguir si la sangre es de procedencia pulmonar o digestiva. Hay indicios, como el color de la sangre, pues la digestiva es de color "marrónáceo (...) semejante a los posos de café". Del estómago, la sangre se expulsa por "vómito" y la paciente no presentaba los síntomas propios de una hemorragia digestiva (inestabilidad hemodinámica: caída de la tensión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca y signos de palidez y anuria). La práctica del Servicio no es tomar muestra de sangre para análisis, aunque "son pertinentes desde el punto de vista respiratorio para estudio de posibles infecciones". Apunta a la posibilidad de que pudiera tratarse de una hemorragia en parte del esófago/estómago que luego refluyera a la garganta, pero la única lesión capaz de hacer esto y a la vez producir una hemorragia masiva son las "varices esofágicas", que aparecen a consecuencia de una hipertensión portal cuya causa más frecuente es la cirrosis hepática, que no se hallan presentes.

Considera, con el forense, que "no es posible estar 48 horas con una hemorragia digestiva del porte de que se describe sin que las manifestaciones de la hipovolemia fueran evidentes". Los rastros serían "difícil de confundir". Por ello, es posible que la "hemorragia cataclísmica fuera el día 14". El problema es definir si los síntomas previos eran los "característicos de una hemorragia digestiva", pero los existentes no son compatibles con la misma. Precisa que siempre se habla de "emisión de sangre por la boca" no de "vómito". Finalmente, respecto de la medicación susceptible de causar tal hemorragia digestiva, consta en la historia la administración a la paciente de "medicación eficaz en conseguir hacer profilaxis de sangrado digestivo en esas circunstancias", por lo que tampoco se trata de un dato relevante.

2. Debemos recordar cómo fue la secuencia de hechos, según el escrito de reclamación: el día 11 de diciembre de 2003, sobre las 18:00 horas, C.G.Q. acudió al Centro de Salud de Maspalomas porque "expulsaba sangre por la boca". Fue atendida por la Dra. M.N.M. quien, tras examinarla, la envió con carácter urgente al especialista de Neumología del Centro de Especialidades de Vecindario, donde fue atendida por el Dr. A.P.A. quien, en lugar de reconocerla, se limitó a estudiar una radiografía suya de 4 de diciembre de 2003 y, al considerar que no estaba enferma la remitió a su domicilio. Además, en el parte de interconsulta que acompañaba a la paciente puso nota manuscrita para la médico de cabecera haciéndole saber que la paciente debió ser enviada al Servicio de Urgencias, del que no se dispone en el Centro de Especialidades.

A las 02:00 horas del día 13 de diciembre, la paciente se presenta nuevamente con su hija en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Maspalomas porque volvía a “expulsar sangre por la boca”. La Dra. A.Z.G.G. le practicó un electrocardiograma y se recogió muestra de sangre en un recipiente “para su análisis posterior”, quedando la paciente en observación. La misma facultativa le preguntó a las 05:00 horas si tenía algo en la garganta y, al contestarle que no, aquélla dejó el Servicio sin más, no informando a la paciente o acompañante del origen de la dolencia y su posible tratamiento.

Una hora más tarde, una hija de la paciente reclamó la asistencia de un médico al continuar su madre expulsando sangre por la boca, siendo atendida por el Dr. J.M.M.H. quien, pese a ser informado del problema, “no la reconoció ni efectuó prueba alguna para determinar el origen de la hemorragia”.

A las 08:00 horas del 13 de diciembre, se da el alta a la paciente con informe clínico, al que se adjuntaba el electrocardiograma practicado, en el que “no consta conclusión diagnóstica” y no se identifica el médico que lo emite, aunque está firmado.

A las 01:40 horas del día siguiente, menos de 20 horas más tarde, C.G.Q. fallece en su domicilio tras sufrir de una “hemorragia masiva”, sin que sus familiares pudieran hacer nada por auxiliarla.

Tras ser trasladada al Instituto Anatómico Forense de Las Palmas de Gran Canaria se le practica autopsia, que determinó que la causa directa de muerte fue un “shock hipovolémico debido a una hemorragia digestiva masiva”.

### III

1. Según las manifestaciones de los facultativos intervinientes, evacuadas en las Diligencias Previas incoadas y luego archivadas, los hechos se desarrollaron del siguiente modo:

- La Dra. M.N.M. (Centro de Salud de Maspalomas) manifestó que atendió a la paciente por un “cuadro respiratorio”; que la paciente expulsaba un poco de sangre al toser; que no es fácil confundir el origen de la sangre, pues la pulmonar es de color “rosado”; que la paciente no se quejó de “dolores estomacales”; y que no es infrecuente que en pacientes con EPOC se produzcan “hemorragias digestivas por el estrés propio de su enfermedad, acrecentado lógicamente en episodios de insuficiencia respiratoria, y por los medicamentos que toman”, por lo que en estos casos en que se expulsa sangre “debe tenerse en cuenta”; pero también es posible

que la hemorragia aparezca de “inesperada sin antecedentes previos”, si bien en este caso se le había hecho una endoscopia y no se había encontrado ningún síntoma de úlcera o gastritis”.

- La Dra. A.Z.G.G. (Servicio de Urgencias Centro de Salud Maspalomas) manifestó que la paciente presentaba a la llegada un “problema respiratorio” siendo tratada con oxígeno y facilitándosele un bote “para que echara la sangre que expulsaba”, que era “espumosa y roja”, de origen pulmonar, dados sus antecedentes y síntomas; sin “ninguna duda” pues la sangre digestiva es diferente. Al alta “había que remitirla al neumólogo para hacerle una broncoscopia” que, sin embargo, no se hizo de forma urgente “por la escasa sangre que se expulsaba”.

- El Dr. A.P.A. (CAE de Vecindario) declaró que la paciente “tenía una patología respiratoria crónica” y que la broncopatía que sufría “seguramente fue como consecuencia de las secuelas dejadas por una tuberculosis previa”. Cuando la paciente acudió el 12 de diciembre a su consulta poseía un cuadro de “sobreinfección respiratoria” y no porque expulsara sangre, ni se le manifestó que antes lo hubiera hecho. Los síntomas eran los de una hemorragia pulmonar, no digestiva –en este caso habría vómito- y que no la remitió a Urgencias porque “en ese momento no era para dicha remisión”. Que con anterioridad se le había pautado a la paciente una espirometría y una gasometría, pruebas que no se realizaron porque la paciente no compareció, siendo “fundamentales para una correcta valoración de las enfermedades respiratorias”. Lo normal es haberle hecho una fibrobroncoscopia.

- El Dr. M.J.M.H. (Servicio de Urgencias Centro de Salud de Maspalomas) manifestó que la paciente, conocida del Servicio, acudió por disnea, se le administró oxígeno de conformidad con los protocolos de actuación, “en ningún momento echó sangre por la boca”, no presentó “los síntomas por los que había acudido a Urgencias y se le dio el alta. En caso de una “hemoptisis o hemorragia grave lo normal es enviarla a Las Palmas en una ambulancia medicalizada” pero como se estabilizó la paciente con “oxígeno y broncodilatadores (...) no se consideró necesario realizar nada más”. No presentaba los síntomas de una hemorragia digestiva, no tenía antecedentes de ello y si la hubiera tenido “lo normal es que hubiera ido a más”. La sangre obtenida no se envió a analizar porque “no hay medios para ello”.

2. Según la Administración sanitaria, en ningún momento se acredita en la asistencia prestada a la paciente imprudencia o negligencia profesional a la que se pueda imputar su fallecimiento.

Así, la paciente no expulsaba sangre “en abundancia” como manifestaron los reclamantes, siendo atendida en todo momento adecuadamente; estabilizada, se le dio el alta. Por lo demás, aunque las hijas de la paciente refieren que el motivo de las consultas realizadas los días 11 y 13 de diciembre de 2003 fue que la paciente expulsaba sangre por la boca, resulta que todos los facultativos la atendieron por un cuadro de insuficiencia respiratoria, y que lo que manifestaron las hijas -que “al toser, expulsaba un poco en ocasiones”- era compatible con la patología de base de la paciente. De hecho, el forense señaló que el motivo de las consultas fue hemoptisis de dos o tres días de evolución, siendo tratada de conformidad con este diagnóstico y la patología de base (neumopatía crónica intersticial por secuelas de TSC, EPOC, con episodios de insuficiencia respiratoria recidivantes y sobre infecciones respiratorias de repetición).

En cuanto a la conclusión del forense de que la paciente falleció a resultas de una hemorragia digestiva, ésta, que puede aparecer bruscamente, se produjo después de ser atendida el día 13 de diciembre por diversos factores predisponentes de la paciente, como “la insuficiencia respiratoria, la situación estresante de esos momentos, que incrementa la formación de ácidos gástricos, y los efectos secundarios antes descritos de su medicación, por lo demás pertinente para su dolencia de origen”.

El forense consideró que se trataba de una paciente de tratamiento complicado por sus patologías. Al “no presentar síntomas de shock hipovolémico evidentes” (como caída de tensión arterial, confusión mental o anuria) pudo generarse un “diagnóstico erróneo” sobre el origen del sangrado, que se conectó a su EPOC - *enfermedad pulmonar obstructiva crónica*- y no a un problema digestivo. La hemorragia digestiva pudo “comenzar de modo difuso”, no detectándose por ello inicialmente al presentar la paciente constantes normales. Pero precisa seguidamente que este tipo de hemorragias se presenta en un 60% de casos sin síntomas previos.

En definitiva, con base en esta información, la Administración considera que la instrucción acredita la conformidad a la *lex artis ad hoc* de los facultativos intervinientes, actuando según los síntomas y los antecedentes de la paciente y, por tanto, no es exigible responsabilidad administrativa por el fallecimiento.



## IV

1. Como premisa de base, hemos de partir del hecho de que se trataba de una paciente con padecimientos neumológicos crónicos tras sufrir tuberculosis y fibrosis pulmonar (neumopatía crónica intersticial por secuelas de TSC, EPOC, con episodios de insuficiencia respiratoria recidivantes y sobreinfecciones respiratorias de repetición). Tales antecedentes y las manifestaciones repetidas de la paciente en las ocasiones en que fue atendida (“expulsaba sangre por la boca”) conducían a una hemoptisis de origen pulmonar. La hemoptisis de la paciente era compatible con esa patología de base.

Ciertamente, que este diagnóstico se podía haber anticipado si la paciente hubiera acudido meses antes a sendas citas concertadas para realizar pruebas respiratorias (espirometría y gasometría, “fundamentales para una correcta valoración de las enfermedades respiratorias”) y cuyo resultado hubieran despejado o anticipado un diagnóstico posible, obviamente nunca definitivo.

No podemos saber si el curso de los hechos, es decir, la secuencia diagnóstica, hubiera podido ser distinto si la paciente en vez de ser remitida del centro de salud al CAE hubiera sido enviada al Hospital. Desde luego, no cabe duda que la pluralidad de diagnósticos sucesivos por parte de facultativos diferentes ralentiza el hallazgo del posible diagnóstico correcto, pero tampoco podemos perder de vista que la paciente fue siempre tratada en función de sus síntomas y por orden de necesidad de atención (Centro de Salud, CAE y Urgencias).

2. De las manifestaciones efectuadas por los facultativos en el contexto de las Diligencias Previas incoadas se desprende que todos los facultativos trataron a la paciente por un “cuadro de insuficiencia respiratoria” o por “dificultad respiratoria”. En cuanto a la intensidad y condiciones de la sangre expulsada, no se observó que “expulsara sangre” (se entiende, hemorragia o vómito) sino que “al toser, expulsaba un poco en ocasiones”.

La sangre era de color rojo brillante, indicando que estaba oxigenada, mientras que la propia de una hemorragia digestiva es negra (o “marrónea”); que no es “fácil confundir” el origen de la sangre, pues la pulmonar es de color “rosado”. Los síntomas, pues, eran de una hemorragia pulmonar. Si fuera digestiva, habría “vómito”. Si fuera digestiva, “lo normal es que hubiera ido a más”.

La paciente, además, no mostraba síntomas de shock hipovolémico (según el forense, la paciente presentaba una hemodinámica normal, no presentaba síntomas de shock hipovolémico evidentes, como caída de tensión arterial, confusión mental o anuria y sí, aparentemente, algunos propios de su dolencia de base, siendo sus constantes normales), ni los había tenido digestivos de esta naturaleza (de hecho, la paciente había sido estudiada meses antes en Centro privado por problemas digestivos sin apreciarse patología alguna) y mientras fue atendida ni la paciente ni sus familiares indicaron que le doliera el estómago -no se quejó de "dolores estomacales"- ni presentaba "riesgo aumentado" de padecer hemorragia digestiva, ni poseía antecedentes de ulcus gastroduodenal.

Ciertamente, se dice, no es infrecuente que en pacientes con EPOC se produzcan "hemorragias digestivas por el estrés propio de su enfermedad, acrecentado lógicamente en episodios de insuficiencia respiratoria, y por los medicamentos que toman", por lo que en estos casos en que se expulsa sangre "debe tenerse en cuenta"; pero también es posible que aparezca de "forma inesperada sin antecedentes previos", si bien en este caso se le había hecho una endoscopia y no se había encontrado ningún síntoma de úlcera o gastritis". A lo que debe añadirse que la paciente tomaba protector estomacal, lo que debía contrarrestar la agresividad digestiva de la medicación para la dolencia de base.

3. El forense indica que pudieran concurrir diversos factores predisponentes de la hemorragia estomacal (la situación estresante derivada de su insuficiencia respiratoria incrementa la formación de ácidos gástricos y los efectos secundarios de su medicación, por lo demás pertinente para su dolencia de origen), pero reconoce que la "sintomatología difusa" de la paciente hacía que su tratamiento fuera "complicado por sus patologías"

En suma, todo ello conducía a considerar que se trataba de una hemorragia pulmonar, no digestiva, la cual se puede presentar en un 60% de casos sin síntomas previos, cuestión que sería razonable y excusable en los diagnósticos producidos, por las circunstancias del caso y los antecedentes de la paciente. Es más, como admite el forense, es posible y, en este caso, probable que la hemorragia digestiva fuese posterior a una previa hemoptisis por las características de la sangre expectorada y los síntomas de insuficiencia respiratoria.

4. La expulsión de sangre por la boca no discrimina el origen de la misma. Para ello se debería hacer una prueba, que se pauta si se dan ciertas condiciones (sangrado masivo, rapidez de sangrado o insuficiencia respiratoria) que no

presentaba la paciente en el CAE de Vecindario. Los criterios para su realización deben ser "evaluados" por el Servicio de Digestivo, aunque el Servicio Digestivo precisa que las tomas de muestra de sangre para análisis, "son pertinentes desde el punto de vista respiratorio para estudio de posibles infecciones". El color de la sangre era pulmonar, pero el neumólogo precisó que no había problema respiratorio, lo cual por sí solo no es un juicio diagnóstico preciso sobre el origen de la sangre. Por la duda de su origen se tomó muestra de sangre para su análisis, lo que no tuvo lugar.

Por un lado, la sangre era roja, lo que indicaba origen pulmonar y los antecedentes de la paciente llevaban a ello; además, no hubo vómito y la hemodinámica era normal, lo que indicaba que la hemorragia no era de origen digestivo. Incluso se llega a barajar la posibilidad de que pudiera tratarse de una hemorragia en parte del esófago/estómago que luego refluyera a la garganta, pero la única lesión capaz de hacer esto y a la vez producir una hemorragia masiva son las "varices esofágicas", que aparecen a consecuencia de una hipertensión portal, cuya causa más frecuente es la cirrosis hepática, que no se hallan presentes. La endoscopia realizada, además, aporta resultado negativo.

5. En el informe del Jefe del Servicio de Digestivo se considera que "no es posible estar 48 horas con una hemorragia digestiva del porte del que se describe sin que las manifestaciones de la hipovolemia fueran evidentes". Por ello acaba concluyendo que la hemorragia digestiva ("hemorragia cataclísmica") fue el día 14, lo que quiere decir que las anteriores expulsiones de sangre no eran de origen digestivo. Detalla que, además, en la historia clínica siempre se habla de "emisión de sangre por la boca" y no de "vómito", si la hemorragia digestiva fuese "alta" vendría acompañada de hematemesis (vómito) y deposiciones de sangre bien de color negro (melenas) o rojas si el tránsito intestinal es muy rápido". Aunque no queda "definido" en el documento, se supone que la hemorragia fue alta y en este caso debe haber hematemesis, puede faltar si la hemorragia es por una úlcera duodenal, pero si es por una causa esofágica o gástrica está presente". En el escrito de reclamación se habla de "hemorragia digestiva alta", pero no hubo síntoma alguno de ello. Tampoco constan las deposiciones propias de una hemorragia digestiva. Luego, todo conduce a una hemorragia digestiva intempestiva y masiva.

En suma, se pautó diagnóstico de conformidad con los antecedentes y síntomas que presentaba la paciente y, también, los síntomas que no tenía. El tratamiento fue acorde con ello, lo que conduce a concluir que la paciente sufrió una intempestiva y

no controlable hemorragia digestiva, sin que le fuera exigible a los facultativos intervinientes una acción distinta de la pautaada.

6. Ahora bien, quedan algunas cuestiones sin resolver o no debidamente contestadas en el expediente, incluso con la información complementaria producida a requerimiento de este Organismo, en relación con la adecuación, en los términos conocidos de obligación de medios y prestaciones, pertinentes y correctamente aplicados en este caso, de la asistencia médica efectuada, desde el primer día en que se produjo, al acudir la paciente para recibirla, hasta que ocurrió su muerte.

Lo que se deduce, como en su día ya se advirtió en el Dictamen de forma emitido, de las propias actuaciones y opiniones e informes obrantes en el expediente, cabiendo entender que, por descoordinación o algún otro motivo, no se procedió como médicamente era exigible. En otras palabras, no se justifica la negación de que se pudo haber hecho en orden a detectar el problema a tiempo para subsanarlo o, al menos, intentarlo, sin bastar las justificaciones efectuadas hasta el momento en función de los síntomas de la paciente, pues no puede negarse que no sólo existían, sino que eran persistentes y en evolución creciente en los días en que recibió asistencia y, además, se conocían tanto sus antecedentes o riesgos y hemorrágicos, como los resultados de las pruebas que se le hicieron.

En este sentido y seguramente por no responderse plena y, en todo caso, satisfactoriamente las cuestiones planteadas en su momento por este Organismo, persiste la inviabilidad de efectuar un pronunciamiento definitivo de fondo en este asunto y, al tiempo e inevitablemente, no se puede considerar suficiente o determinadamente correcta, en los términos y condiciones antes expresadas, la atención efectuada en su integridad y, desde luego, en la parte relevante respecto al resultado lesivo. Y ello, en cuanto que pudieran ser exigibles otras actuaciones o pruebas adicionales no efectuadas, coadyuvando o posibilitando que no se produjera la muerte de la paciente porque, justamente, no pudo tratarse su causa inmediata, una hemorragia digestiva masiva, la cual, sin embargo, podía haber existido previamente y no fue detectada en su inicio o desarrollo hasta hacer inútil su tratamiento.

En esta línea, no cabe entender conforme a Derecho la Propuesta de Resolución formulada y, consiguientemente y en orden a emitir el pronunciamiento previsto en el art. 12.2 RPAPRP, ha de reiterarse la necesidad de información complementaria en relación con las cuestiones ya expresadas en el Dictamen anterior y que se recuerda que, concretamente, son los siguientes:

- Aceptando como correcta la asistencia inicialmente efectuada, dados los síntomas entonces, explicar la razón de que, persistiendo éstos, en particular la insuficiencia respiratoria y el sangrado, en grado creciente, se trató a la paciente únicamente por hemoptisis durante el día 13, máxime al aumentar tales síntomas. Además y descartado el origen neumológico de dicho sangrado o por EPOC, el motivo de que no se investigara una causa alternativa y se diera el alta sin más.

- No existiendo problema respiratorio o esofágico, pero conociéndose la existencia en la paciente de riesgo de hemorragia digestiva, pertinencia de pruebas complementarias para determinar la causa del concreto sangrado de la paciente; máxime cuando se conoce su posible inicio difuso o leve y se constata su aumento en los sucesivos días, aun no existiendo síntomas claros, al menos todos, salvo insuficiencia respiratoria, efectuándose cuando menos análisis urgente de sangre y endoscopia.

Emitida esta información, dada su relevancia y consecuencias procede que, a idénticos fines, instructor y consultivo, se traslade la misma a los interesados a los efectos legalmente determinados, con ulterior formulación de la Propuesta de Resolución que consecuentemente se considere procedente, solicitándose nuevo Dictamen sobre la misma.

## CONCLUSIÓN

No se efectúa pronunciamiento de fondo en este asunto, ni puede entenderse adecuada la desestimación propuesta, por las razones expuestas, requiriéndose por este motivo la retroacción de actuaciones en orden a realizar los trámites reseñados en el Fundamento IV.6, formulándose nueva Propuesta de Resolución a ser dictaminada por este Organismo.