



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 19 de septiembre de 2005 (registro de entrada), x. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los daños sufridos, que atribuye a un funcionamiento anormal de los servicios públicos sanitarios.

Describe lo ocurrido del siguiente modo:

Sufre artritis reumatoide desde hace 30 años, habiendo sido tratada durante ese tiempo en el Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, hasta que por razones de reestructuración administrativa se trasladó su historial al Servicio correspondiente del Hospital General Universitario Morales Meseguer, donde fue citada a consulta el 24 de julio de 2004, siendo atendida por la Dra. x., que le cambió el tratamiento que llevaba por Metotrexato.

A las 2 semanas de iniciar el nuevo tratamiento comenzó a sentirse mal, tuvo náuseas con vómitos, pérdida del apetito, sequedad bucal, por lo que acudió a su médico de cabecera, que atribuyó el malestar general al calor y las molestias de la boca a una micosis oral.

De otra parte, el 17 de julio de 2004 ingresó en el Hospital Morales Meseguer para intervención urgente diferida sobre cadera derecha por traumatismo fracturario fortuito, siendo dada de alta el 27 de julio siguiente, y citada a revisión en consultas externas del Servicio de Traumatología del citado centro hospitalario el 13 de septiembre siguiente.

Como su estado general continuaba siendo malo, tuvo que acudir en dos ocasiones a su médico de cabecera, pues no se curaba la micosis oral y continuaba con el tratamiento prescrito por la Dra. x.

El día indicado para la revisión en el Servicio de Traumatología (el 13 de septiembre), cuando acudió a la consulta del Dr. x., al observar el estado en que se encontraba, y sobre todo la infección de boca, la envió a la Unidad de Medicina Interna para control analítico, encontrándose con la Dra. x., quien la remitió a la Unidad de Patología Oral, donde le diagnosticaron que se trataba de una posible reacción farmacológica, por lo que ese mismo día la citada facultativa le retiró los fármacos Baycip, Metotrexato y Celebrex, por presentar eritema polimorfo secundario a fármacos, con lesiones exteriores en mucosa oral, sin prescribir pruebas de otro tipo.

El 15 de septiembre acudió al Servicio de Medicina Interna para realizarse el análisis prescrito por el traumatólogo, y al día siguiente recibió una llamada urgente del Dr. x., en el que se le instaba a acudir inmediatamente al Hospital Morales Meseguer por el estado de gravedad en el que se encontraba.

Ingresó en dicho centro hospitalario por presentar una pancitopenia severa, una mucositis, una insuficiencia renal aguda pre-renal, una posible sobreinfección oral por VHS y una infección urinaria por *Proteus Mirabilis*, todo ello por una toxicidad provocada por la toma del fármaco Metotrexato.

Considera la reclamante que hubo falta de diligencia en la actuación de la Dra. x., pues si bien era acertado recetar Metotrexato ante la falta de respuesta de su anterior tratamiento, sin embargo no se le informó sobre los posibles y graves efectos secundarios de ese fármaco y, sobre todo, no le prescribió los controles de laboratorio necesarios a pacientes en tratamiento

con dicho fármaco.

Manifiesta que le han quedado como secuelas una anemia normocítica leve y una insuficiencia renal crónica moderada, reclamando una cantidad total de 40.881,16 euros, incluyendo los daños morales (36.000 euros).

SEGUNDO.- Con fecha 3 de octubre de 2005, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, la cual fue notificada a las partes interesadas. Asimismo se solicitó copia de la historia clínica e informes de los facultativos que atendieron a la paciente al Hospital Morales Meseguer.

TERCERO.- Desde el Hospital Morales Meseguer se remitió copia de la historia clínica el 14 de diciembre de 2005 (registro de salida), e informe de la Dra. x., médico especialista en Reumatología (folios 44 a 48), que contiene, en primer lugar, una exposición cronológica de las consultas de la paciente, contradiciendo en algunos aspectos la versión dada por la reclamante sobre los hechos ocurridos:

"1. La paciente es vista por primera vez por mí y en Consulta de Reumatología el día 30-1-04 y no en julio de 2004. Se trataba de una Artritis Reumatoide (AR) seguida 30 años por el Dr. x. en Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca (CSVA). Fue dada de alta en esa consulta por no ser de su área sanitaria, siéndole desestimada la petición de continuidad asistencial en dicho centro (Ver propuesta de la Dra. x.). El área de referencia de Las Torres de Cotillas es el Hospital Morales Meseguer (HMM), que yo sepa desde 1993 (...) Lo cierto es que entiendo que esta situación condicionó, no sin razón, una mala predisposición de x. y su familia frente al cambio de médicos y frente al sistema.

X. aportaba una analítica del día 2-1-04 con hemograma bioquímicas normales y unos reactantes de fase aguda muy elevados (...). Llevaba tratamiento con Arava, Claversal, Dianben, Amaryl, Zamene 6, Ideos, Pariet y Celebrex.

Como seguimiento de pacientes con enfermedades autoinmunes que llevan tratamiento inmunomodulador, en este caso Arava más claversal es obligado como expondré más adelante realizar periódicamente análisis que incluyen hemograma, bioquímica, anormales y sedimento de orina. Además de éstos para su próxima revisión se solicitaron radiografías y un estudio de la densidad mineral ósea (DEXA).

2. La paciente es citada de nuevo el día 28-4-04 para valorar el estado de la enfermedad y los análisis solicitados por mí la última consulta, como está protocolizado en el seguimiento de su artritis reumatoide (AR). El resultado de los análisis (realizados el 15-4-04) fue normal salvo la VSH de 86, pero la densitometría mostraba un riesgo elevado de fractura de cadera. Como profilaxis de la misma se instaura tratamiento con Actonel Semanal. El resto del tratamiento se mantiene igual y vuelve a ser citada para revisión, previa analítica unos días antes, a los tres meses.

3. En el mes de mayo de 2004, sin cita previa, veo a la hija de x. que me comunica que la paciente no tolera el Actonel, por náuseas y pirosis, creo que tras la 1ª o 2ª dosis. No está escrito en la historia por atenderla sin cita, con la historia en archivos. En esa consulta se sustituye actonel por calcitonina.

4. La cuarta visita médica fue el día 14-7-04, revisándose unos análisis del día 29-6-04, con una VSG de 100 hemograma, bioquímica y sedimentos normales. Tras seis meses de seguimiento en mi consulta, concluyo que se trata de una AR severa, con secuelas importantes y actividad inflamatoria mantenida. En la evolución clínica de su historia y en el informe de consulta consta que se le propone iniciar tratamiento biológico con un anti-TNF, el cual es un fármaco que bloquea la acción del factor de necrosis tumoral, una citoquina implicada en el proceso inflamatorio. Esto conlleva necesariamente informar al paciente sobre la mala evolución de su enfermedad, la falta de respuesta a otros fármacos antirreumáticos

modificadores de la actividad de la enfermedad o FAME utilizados en la sección de reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, y solicitar nuevos análisis basales (con virus de la hepatitis B, C y de SIDA), RX tórax y dos test de tuberculina (...) Todo esto se solicitó en la consulta del día 14 de julio. Los anti-TNF son fármacos recientemente aprobados para su uso en la AR refractaria a otros tratamientos. Están siendo bien tolerados, con pocos efectos secundarios, pero antes de iniciar el tratamiento hay que descartar infecciones virales crónicas, estados de inmunodepresión, o tuberculosis latente que pudiera activarse. La eficacia de los anti-TNF se potencia si se asocia Metotrexato (MTX). Para la paciente no supone muchos cambios en su seguimiento, número de revisiones, de análisis, ni de pruebas complementarias, ya que lleva 30 años buscando un fármaco, en general, de carácter inmunomodular, que logre controlar la actividad de la enfermedad. Todos estos tratamientos necesitan ser supervisados con controles analíticos periódicos.

En consecuencia, se retira Arava por ineficacia y se inicia MTX (primera toma el jueves 15 de julio, segunda el jueves 22 de julio), a dosis semanal de 7,5 mg., asociado a ácido fólico porque existe evidencia de que disminuye la probabilidad de toxicidad del MTX, sin restarle eficacia. El MTX es uno de los fármacos modificadores de la evolución de la enfermedad con menor toxicidad, está aprobado su uso en la AR hace muchos años, existe gran experiencia en su manejo y es indicación de primera elección en la artritis reumatoide. La vigilancia que precisa es similar al Arava y a otros tratamientos ya recibidos anteriormente por ella.

5. La paciente es citada nuevamente a consulta de reumatología para recoger los resultados analíticos el 30 de julio (ver documento nº5 presentado por la paciente, el carnet de revisiones en consulta externa) pero no volví a verla ambulatoriamente, sino en la planta de traumatología, a petición de su hija que fue personalmente a buscarme a mi consulta durante el ingreso por una fractura de cadera derecha (del 17 al 27 de julio). El día 20 valoré una bioquímica y varios hemogramas y solicité a los enfermeros el 2º test de tuberculina, como está establecido en el protocolo de tratamientos biológicos y que no se había podido hacer ambulatoriamente (veáanse las notas de enfermería del día 20-7-04, los análisis de los días 17 y 20 de julio, y mi anotación en la evolución clínica).

6. El día 27 de julio vuelvo a ver la paciente antes de su alta, teniendo los resultados del 2º test de tuberculina y análisis de los días 21, 22, 23, 24 y 27 de julio.

En el momento de su alta hospitalaria, llevaba tratamiento con MTX dos semanas, estaba siendo bien tolerado, y se habían realizado múltiples controles analíticos. Todo fue evaluado durante su ingreso, presentando únicamente una anemia secundaria al hematoma de la fractura, corregida mediante transfusión, y con el resto de series hematológicas normales.

X. fue dada de alta el 27-7-04, informando a su hija que debía pedir cita en consulta de Reumatología, previa analítica realizada a finales de septiembre o principios de octubre en su centro de salud, tras otro mes y medio o dos meses de tratamiento con MTX. Esta es la pauta seguida habitualmente. Inicialmente se hacen análisis en 20 días, después al mes y medio, y posteriormente cada 2 o 3 meses (aproximadamente), ya que no existe pauta fija establecida y depende muchas veces de los mismos resultados.

7. El día 13-9-04 acude la paciente a mi consulta, sin cita previa, por lo que no existen datos en la historia clínica (véanse el informe y la interconsulta que aporta la paciente). El motivo de pedir la asistencia era una dificultad para la deglución y unas lesiones en mucosa oral que su médico de cabecera estaba tratando como posible micosis. En ese momento salía de la consulta de traumatología donde pasó revisión de su fractura de cadera del Dr. x. Este médico consideró conveniente hacer una interconsulta a medicina interna y unos análisis a valorar por el internista.

Cuando la hija de x. habla conmigo, me muestra el volante de los análisis firmados por el Dr. x.

y la interconsulta. Yo le indico que esos análisis son los mismos que necesita para mi revisión, pero que el problema de la boca me gustaría que fuera visto por un especialista. De forma que yo misma acompañé a la enferma a la unidad de patología oral dependiente de la Universidad de Murcia, que se halla ubicada en la segunda planta del mismo edificio del Hospital (...). Por amistad personal con la Dra. x. le solicité su opinión ante la sospecha de mucositis tóxica por fármacos (como primera posibilidad el MTX). Ella opinó lo mismo, pero indicó retirar todos los medicamentos excepto los antidiabéticos orales, ya que a su juicio se trataba de una mucositis y un eritema polimorfo secundario a fármacos, pudiendo estar implicado cualquiera de ellos. Le pautamos tratamiento con enjuagues orales de clobetasol más prednisona por vía oral. La paciente seguía teniendo su cita en reumatología pendiente, aunque se la estaba atendiendo fuera de citas por su situación y por los efectos secundarios de la medicación.

Yo acordé con la paciente y su hija retirar los fármacos, hacer los análisis que llevaba en mano, seguir el tratamiento de la Dra. x. y volver a consulta (...)

Al ver en laboratorio la pancitopenia, hicieron que el Dr. x., que firmaba el volante, avisara a la paciente, ingresando en hematología el 19-9-04.

(...)"

Por todo lo expuesto, realiza las siguientes afirmaciones de forma "contundente":

"8.1.- Que tanto ella como su hija, que siempre la acompañaba, han sido informadas en todo momento sobre la evolución de la enfermedad, sobre los tratamientos recibidos y los tratamientos pendientes (anti-TNF).

8.2.- Que en ninguna de sus visitas en consulta externa he dejado de ver los resultados de los análisis hechos, ni de solicitar los de la siguiente revisión.

8.3.- Que debido a la fractura de cadera y no pudiendo acudir a consulta el 30 de julio del 2004, ni seguir ya con posterioridad sus visitas ordinarias programadas, se le hizo un seguimiento extraordinario, acudiendo a la planta de otro servicio donde estaba ingresada (traumatología) en dos ocasiones, de forma que se aseguró su continuidad asistencial por el mismo reumatólogo que la había atendido, yo misma. Allí se vieron los primeros análisis tras el inicio del tratamiento con Metotrexato, se solicitó un test pendiente de tuberculina (Booster) para el inicio del anti-TNF y se dieron instrucciones sobre su seguimiento posterior al alta de traumatología (pedir cita en consulta de reumatología y en su centro de salud para análisis 10-15 días antes).

8.4.- Que ese número de visitas extraordinarias continuó al consultar por un efecto adverso de la medicación (la mucositis), igual que había hecho en mayo cuando no toleró Actonel, y como es norma en mi consulta, recibir a cualquier paciente con alguna incidencia inesperada relacionado con su enfermedad reumática o con su tratamiento.

8.5.- Que la última vez que hablé con la hija de x. (le recordaré que fue en el pasillo de las consultas), me mostró el volante de análisis y la interconsulta a medicina interna que el Dr. x. había solicitado minutos antes. Sustituí la interconsulta por una valoración más especializada de la mucositis. Le retiré los fármacos potencialmente causantes de la misma. La pauté tratamiento tópico y por vía oral. Le confirmé que debía cursar ya los análisis y que ese mismo volante que me enseñaba era válido. Y finalmente quedó citada tras los análisis exclusivamente en mi consulta, no en traumatología ni en medicina interna.

8.6.- Que la notificación urgente de laboratorio se hizo a través del Dr. x. porque éste aparecía como solicitante del último volante de análisis.

9. Al margen de lo ocurrido con x. puedo afirmar también con la misma seguridad y contundencia, que nunca se dejan de hacer análisis a un paciente que lleve tratamiento con un fármaco inmunosupresor o inmunomodulador. Ni siquiera en pacientes asintomáticos, que con las nuevas terapias la enfermedad entra en remisión. Gracias a ellas, especialmente al

Metotrexato, hoy día ya no se ven pacientes tan graves y con tantas secuelas como hace uno o dos décadas. Puede ocurrir (y sucede ocasionalmente) que un paciente se deje los volantes en la consulta, en la planta o en cualquier otro sitio; otras veces y nunca continuar con el tratamiento sin valorar unos análisis, y otras veces simplemente que olvidó la extracción. Pues bien, nunca continúa con el tratamiento sin valorar unos análisis (...)"

10.- Lo sucedido con x. es uno más de los desgraciados episodios que han tenido lugar a lo largo de su enfermedad. Se trata de una de las artritis reumatoides más graves, con más secuelas funcionales y con un gran número de complicaciones derivadas del tratamiento médico y quirúrgico. En su primera visita refirió efectos adversos con múltiples fármacos, pero nunca había recibido Metotrexato. También había presentado una infección de la prótesis de rodilla, realizándosele una artrodesis de rodilla, y de tobillo. No toleró el fármaco para el cual en esa fecha había una firme evidencia de su eficacia en la prevención de la fractura de cadera (Actonel, uno de los bifosfonatos, que se le indicó al ver la densitometría de cadera de febrero del 2004), y en julio sufre dicha fractura. Finalmente me llama la atención que existiera una toxicidad severa con las dosis mínimas recomendadas para inicio de un tratamiento con Metotrexato. La toxicidad del fármaco es dosis-dependiente y además disminuye al asociarle ácido fólico, aunque pudiera explicarse por una reacción idiosincrásica de la paciente. En consecuencia, aunque lamento los desafortunados hechos acontecidos a x., entiendo que mi actuación como médico no ha sido negligente ni descuidada, sino todo lo contrario, a mi juicio la paciente recibió cuidados y atenciones de forma escrupulosa. Así espero que ella lo entienda cuando le recuerden las veces que la visité, que la atendí sin cita en consulta y en planta, y el número de análisis o de pruebas de tuberculina que ha olvidado, posiblemente por ser una paciente crónica, con multitud de médicos y revisiones".

CUARTO.- Con fecha 4 de enero de 2006 el órgano instructor solicita a la reclamante que concrete la prueba documental y la testifical que propone. En su contestación la interesada presenta escrito el 30 de enero de 2006 (registro de entrada), proponiendo como documental la aportada en el escrito de reclamación, y como testifical la declaración de las dos personas que designa con indicación de sus domicilios.

QUINTO.- Solicitada aclaración por el órgano instructor acerca de los extremos que pretende verificar con la práctica de la prueba testifical al objeto de valorar su procedencia (folio 258), la reclamante señala, en relación con la primera testigo x., que es su hija, pretendiendo probar con su testimonio la gravedad de su estado de salud, así como la ansiedad, angustia y sufrimiento que padecieron ambas, tras la llamada del traumatólogo requiriendo su traslado inmediato al Hospital.

Respecto a la segunda testigo propuesta x., señala que es una compañera de trabajo de su hija y que se encontraba casualmente con ella en el domicilio de la paciente, pretendiendo con su declaración probar la certeza de la llamada del médico e igualmente la gravedad de su estado de salud.

SEXTO.- El órgano instructor, tras valorar la argumentación de la parte reclamante acerca de los hechos que trata de acreditar con la testifical propuesta, remite escrito a la interesada en el que le comunica que su práctica se considera innecesaria, pues el órgano instructor no pone en duda su estado de salud el 16-9-04, al constar en la historia clínica, ni tampoco el sufrimiento, ansiedad y angustia de la paciente y de su hija cuando fueran avisadas para que acudieran al Hospital. Tampoco duda de la veracidad de la llamada telefónica del Dr. x., pues el informe de la Dra. x. lo recoge expresamente.

SÉPTIMO.- Interpuesto recurso contencioso administrativo por la interesada contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, por Providencia de de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de

Murcia, de 21 de marzo de 2006, se solicitó copia del expediente administrativo para su incorporación al Procedimiento Ordinario 453/2006, así como el emplazamiento de las partes interesadas.

OCTAVO.- Recabado el informe de la Inspección Médica, es evacuado el 4 de abril de 2008 con las siguientes conclusiones:

"PRIMERA.- X. padece una Artritis Reumatoide crónica de evolución muy tórpida, por la que lleva polimedicada 30 años, con antecedentes de mala tolerancia, reacciones adversas o rechazo a otros fármacos antireumáticos. Forma parte del 10% de pacientes, que las estadísticas afirman que tras 15 o 20 años de enfermedad, llegan a estar severamente discapacitados y son incapaces de realizar tareas sencillas de la vida diaria (ADV) como lavarse, vestirse y comer.

SEGUNDA.- El protocolo para el tratamiento de la AR justifica la elección del nuevo fármaco por parte del especialista ante la falta de respuesta (incluso agravamiento de la enfermedad de la paciente), y porque se ha demostrado el resultado favorable de la combinación de los nuevos fármacos (politerapia), en la detención del avance de la enfermedad.

TERCERA.- La actuación de la Dra. x. con x. fue correcta:

a) Durante seis meses estudió, comprobó la mala evolución y las secuelas de la enfermedad y siguiendo los Protocolos de las sociedades científicas para estos enfermos, cambió el tratamiento para evitar un mayor deterioro de la paciente.

b) Excedió lo prescrito en la "Lex Artis", porque en repetidas ocasiones, a demanda de su hija, atendió a la paciente fuera de la consulta; la visitó en la planta de traumatología durante su ingreso post-quirúrgico, e incluso, utilizó sus contactos personales para acelerar un diagnóstico o tratamiento.

CUARTA.- Las reacciones adversas sufridas por la paciente (mucositis y pancitopenia) están descritas en el prospecto del Metotrexato, y tienen relación con las dosis administradas, la frecuencia de las mismas y la susceptibilidad individual del paciente, pudiendo presentarse a dosis normales.

QUINTA.- Con el adecuado tratamiento médico la reacción adversa descrita se superó sin secuelas físicas para la paciente, ya que la inmovilidad física y la necesidad de silla de ruedas por parte de la paciente son secundarios al deterioro producido tras la fractura de cadera sufrida y a la evolución tórpida de la enfermedad".

NOVENO.- Solicitado por la Inspección Médica -con anterioridad a la emisión de su informe- el parecer del Dr. x., quien atendió a la paciente durante años en el Hospital Virgen de la Arrixaca, el Director Gerente remite el informe del citado facultativo, de 3 de abril de 2008, que señala:

"Paciente de 69 años de edad, que hemos llevado hasta el año 97, por padecer, desde el punto de vista reumatológico una ARTRITIS REUMATOIDE SERO + MUY SEVERA, con antecedentes de DIABETES, ALERGIA A PENICILINAS E INTOLERANCIA A KETOPROFENO, GASTRALGIAS POR AINES, sufriendo en estos años brotes poliarticulares e inflamatorios. Se le practicó artrodesis de tobillo dcho hace 12 años.

En su día se logró una mejoría ostensible con tratamiento farmacológico (como consta en informes anteriores que se le entregaron a la paciente), pero coexistiendo graves secuelas que sugerían la oportunidad de considerar criterio quirúrgico para mejorar su función articular. El juicio quirúrgico en su día se planteó en dos etapas: 1) consideración de posible prótesis de rodilla derecha y 2) recomposición de artrodesis de tobillo derecho.

J. C: A. REUMATOIDE MUY SEVERA, CON GRAVES SECUELAS ARTICULARES".

Este informe fue remitido a la Inspección Médica, que confirma sus conclusiones al señalar que la paciente padece una Artritis Reumatoide Seropositiva (enfermedad autoinmune), de evolución muy severa, afectación poliarticular y multisistémica, con episodios anteriores de

intolerancia y reacciones adversas a diferentes fármacos. También valora que, dentro del criterio quirúrgico a que el facultativo se refiere, debe incluirse la secuela de la fractura de cadera derecha que la paciente sufrió en julio de 2004, y que le ha supuesto un mayor deterioro funcional (folio 298).

DÉCIMO.- Por la Compañía Aseguradora x. se aporta dictamen médico colegiado (folios 302 a 314), en virtud del cual:

- "1. X. presentaba una artritis reumatoide de larga evolución con datos de fracaso a varias líneas de tratamiento.*
- 2. La paciente comienza a ser seguida en el Hospital Morales Meseguer tras un periodo prolongado de seguimiento en el Hospital Virgen de la Arrixaca.*
- 3. Tras comprobar la persistencia de datos de actividad y la intolerancia al tratamiento que estaba realizando, se decide tratamiento con metotrexate con la idea de iniciar posteriormente fármacos anti-TNF.*
- 4. La propuesta de tratamiento es correcta y ajustada a las recomendaciones de la literatura para el tratamiento de este tipo de pacientes.*
- 5. Se comprobó la ausencia de contraindicaciones para la administración de metotrexate, constando varios análisis en los que se comprueba la ausencia de alteraciones en el hemograma que impidan su utilización.*
- 6. La médico interviniente informó al paciente y a su familia de la evolución de la enfermedad y del tratamiento propuesto. Por otra parte el propio fármaco se acompaña de un prospecto en el que se informa de los principales efectos secundarios del tratamiento, conteniéndose en el mismo los que se concretaron en esta enferma,*
- 7. La dosis utilizada de metotrexate es correcta y se aplicaron las medidas recomendadas para intentar minimizar sus efectos adversos (administración en dosis única semanal y administración de ácido fólico).*
- 8. Se realizaron varios controles analíticos en el plazo de las dos primeras semanas desde el inicio del tratamiento, y otro control en el plazo de 7 semanas desde el inicio del mismo, existiendo por tanto un seguimiento analítico que es correcto en base a las recomendaciones para el manejo de este tipo de enfermos, publicadas en la literatura.*
- 9. Ante la aparición de clínica oral, se suspendió de forma correcta el tratamiento y se solicitó un control analítico que demostró la presencia de una pancitopenia.*
- 10. La aparición de ambos efectos secundarios no es imputable a la actuación de los profesionales intervinientes que fue correcta y conforme a la lex artis ad hoc.*
- 11. El manejo de estas complicaciones también fue correcto, no existiendo secuelas derivadas de las mismas".*

UNDÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia, la interesada presenta alegaciones en las que manifiesta que no reclama por la prescripción de Metotrexano, que fue recomendado correctamente, sino por la falta de información sobre los posibles y graves efectos secundarios, y sobre todo por no haber realizado los controles de laboratorio necesarios en pacientes tratados con ese fármaco, todo lo cual implica una infracción de la *lex artis*.

DUODÉCIMO.- Las alegaciones presentadas por la reclamante se remitieron a la Inspección Médica a efectos de que emitiese un informe complementario, indicando que en nada modifican el anterior evacuado por dicha Inspección por cuanto:

"(...) A pesar de la insistencia de la reclamante en la conducta negligente de la Dra. x., desde esta Inspección no hemos podido comprobar la misma, siendo su actitud, por el contrario, un exceso de celo y un exquisito respeto hacia el trabajo de otros compañeros (Traumatólogos), que en ese momento se habían convertido en los protagonistas del control de la paciente. La existencia de una fractura de cadera y la intervención quirúrgica de la misma, coloca al

Servicio de Traumatología en la primera línea de acción en el control de la paciente durante los primeros seis - doce meses postquirúrgicos. Es lógico, por tanto, que la solicitud de la analítica del control la hicieran los traumatólogos, como lo es que los resultados desde el laboratorio se envíen al médico o servicio solicitante, siendo responsabilidad de este informar a sus compañeros de los resultados obtenidos, si lo considerara necesario, y es en esta confianza, donde entendemos se basa la actitud de la Dra. x.t, más que en la "negligencia manifiesta" que la paciente reclama."

DECIMOTERCERO.- Otorgado un nuevo trámite de audiencia, la reclamante presenta alegaciones, en las que se ratifica en lo ya manifestado en el escrito presentado el 6 de junio de 2008 al anterior trámite de audiencia; en concreto, en la falta de información de los posibles efectos secundarios del fármaco Metotrexato, y en la ausencia de control y vigilancia de dicho tratamiento, considerando que la Dra. x. en ningún momento le prescribió un análisis durante el tiempo que estuvo ingresada, desde el 17 hasta el 27 de julio de 2004, y que sólo tuvo conocimiento de los resultados de las analíticas efectuadas por el Servicio de Traumatología porque su hija se la encontró en el pasillo, y le informó de lo sucedido.

Destaca asimismo que:

"De manera que por suerte y casualidad al acudir el día 13 de septiembre de 2004 a la consulta de traumatología para revisión de la intervención quirúrgica de cadera, ante el estado físico que presentaba, el médico especialista en traumatología fue quién prescribió la realización de análisis, y de nuevo la Dra. x. tuvo conocimiento de ello, porque casualmente mi hija se la encontró por el pasillo y le informó de lo sucedido.

Es por ello, que la Dra. x. retira el fármaco metotrexato por pura casualidad, y aunque mantenga en su escrito que el análisis que había mandado realizar el traumatólogo le servía o valía a ella, lo cierto es que si no ocurre ese hecho causal, ella no tenía previsto verme hasta el día 25 de octubre".

DECIMOCUARTO.- La propuesta de resolución, de 9 de diciembre de 2008, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial porque el daño alegado por la reclamante (mucositis y pancitopenia), que superó sin secuelas físicas, ya que la inmovilidad física y la necesidad de silla de ruedas son secundarios al deterioro producido por la fractura de la cadera y a la evolución tórpida de la enfermedad, no pueden calificarse de antijurídico.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 23 de diciembre de 2008 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 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 y procedimiento.

1. La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para

reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). En cuanto a la legitimación pasiva, tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional, al que pertenece el Hospital Morales Meseguer.

2. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que el perjudicado deduzca su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que en caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Pues bien, en el caso que nos ocupa la prescripción del fármaco que le produjo la reacción farmacológica a la paciente (Metotrexato) data de 14 de julio de 2004, si bien las consecuencias dañosas alegadas se manifestaron posteriormente, siendo ingresada el 16 de septiembre de 2004 en el Hospital Morales Meseguer y dada de alta el 27 del mismo mes y año. Por lo tanto, la reclamación presentada el 19 de septiembre de 2005 ha de entenderse interpuesta en plazo.

3. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP, 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 la reclamante el correspondiente recurso Contencioso Administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación (Procedimiento Ordinario 453/2006), no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, siempre que no se haya dictado la correspondiente sentencia, como hemos indicamos en nuestro Dictamen 67/2009. 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, como también se ha sugerido reiteradamente.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria y su aplicación a los medicamentos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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 (artículo 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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas. Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e

individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca 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; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Específicamente en materia de medicamentos, puesto que en el presente caso se alega una infracción de la información específica sobre un fármaco, ha de ser tenida en cuenta, además de 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, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

De la Ley 41/2002 cabe destacar, como principios básicos orientadores en la información de medicamentos, que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes, los cuales tienen derecho a decidir libremente, después de recibir una información adecuada, así como a negarse al tratamiento (artículo 2 de la Ley 41/2002); como regla general el consentimiento será verbal y sólo será necesario por escrito cuando se trate de procedimientos terapéuticos invasores o que supongan riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (artículo 8.2). También se reconoce en la citada Ley el derecho del paciente a la información durante el proceso asistencial, siendo responsables de la información los profesionales que le atienden (artículo 4).

A su vez la Ley 41/2002 (Disposición adicional quinta) reenvía, en cuanto a la información y documentación de los medicamentos, a su normativa específica, constituida por la Ley 29/2006, que establece como garantías de información (artículo 15.3):

"El prospecto, que se elaborará de acuerdo con el contenido de la ficha técnica, proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación

del medicamento y su titular e instrucciones para su administración, empleo y conservación, así como sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones (...) así como las medidas a adoptar en caso de intoxicación. El prospecto deberá ser legible, claro, asegurando su comprensión por el paciente y reduciendo al mínimo los términos de naturaleza técnica".

Por último, la información al paciente en el ámbito específico de los medicamentos tiene una doble finalidad: por una parte la información terapéutica que se orienta a asegurar la cooperación del paciente o terceros en el tratamiento médico; de otra parte la información previa al consentimiento del paciente.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

La interesada centra la reclamación en la actuación de la especialista en Reumatología que le atendió en el Hospital Morales Meseguer (Dra. x.), y sostiene que incurrió en una infracción de la *lex artis* por la falta absoluta de información sobre los posibles y graves efectos secundarios del fármaco para el tratamiento de la Artritis Reumatoide que padecía (Metotrexato), aunque reconoce que fue acertada su prescripción, y sobre todo le atribuye la falta de controles de laboratorio necesarios en pacientes tratados con ese fármaco.

Frente a tales imputaciones de la reclamante, todos los informes médicos obrantes en el expediente, incluidos el de la Inspectora Médica que valora la actuación de forma reiterada (emite dos informes), sostienen que, a pesar de la insistencia de la reclamante en la conducta negligente de la especialista, su actuación fue ajustada a la *lex artis*, valorándose, por el contrario, el exceso de celo demostrado por la misma en relación con la paciente.

Veamos, por tanto, la praxis médica seguida con la reclamante en atención a sus concretas imputaciones:

I. Incumplimiento del deber de informar sobre los efectos secundarios del fármaco prescrito. Conforme a lo indicado en la Consideración anterior, la información aplicada al campo del medicamento (información terapéutica) tiene como objetivo facilitar el diálogo y la complicidad entre el profesional sanitario y el paciente, si bien en el presente caso dicha relación de confianza necesaria entre médico y paciente tuvo un condicionante inicial, que no ha sido negado por la parte reclamante cuando la especialista hace referencia al mismo, y que tiene que ver con el hecho de que la paciente fuera tratada durante muchos años (30 años) por el Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, por padecer una artritis reumatoide severa, y que fuera trasladada posteriormente, en contra de su voluntad, al Servicio de Reumatología del Hospital Morales Meseguer por ser su área de referencia.

De ahí que la nueva especialista asignada, en su informe sobre la asistencia sanitaria (folio 44), señale:

"Lo cierto es que entiendo que esta situación condicionó, no sin razón, una mala predisposición de x. y su familia frente al cambio de médicos y frente al sistema".

En relación con la falta de información sobre el fármaco, negada por la especialista que le atendió, veamos qué prueba aporta esta última, en contraste con la historia clínica, para sostener la siguiente conclusión, que sustenta la propuesta desestimatoria: *"tanto la paciente como su hija, que siempre la acompañaba, han sido informadas en todo momento sobre la evolución de la enfermedad, sobre los tratamientos recibidos y los pendientes (anti-TNF)".*

Del relato contenido en el escrito de reclamación (Hecho Primero) parece inferirse que la decisión de cambiar el tratamiento por la especialista asignada a la paciente, que padece una de las artritis reumatoides más graves, fue repentina e inmediata tras examinar a la paciente el 24 de julio de 2004. Sin embargo, no puede tacharse la actuación de improvisada, en tanto que la paciente venía siendo tratada con anterioridad (6 meses antes), lo que demostraría que la información terapéutica fue continuada en el presente caso:

1) La paciente fue vista por primera vez en consulta de Reumatología del Hospital Morales Meseguer el 30 de enero de 2004 (no en julio de 2004), aportando una analítica de 2 de enero anterior con hemograma y bioquímicas normales, y unos reactantes de fase aguda muy elevados. En ese momento, tras analizar el historial médico de la paciente, la especialista decidió mantener el tratamiento prescrito en el Hospital Virgen del Arrixaca (Arava, Claversal, Dianben, Amaryl, Zamene 6, Ideos, Pariet y Celebrex). El juicio diagnóstico de la enfermedad de la reclamante, según el informe del Servicio de Reumatología del citado Hospital (folio 296), es el siguiente: *"la paciente de 69 años, que hemos llevado (...) por padecer, desde el punto de vista reumatológico, una artritis reumatoide sería muy severa, con antecedentes de diabetes, alergias a penicilinas e intolerancia a ketoprofeno, gastralgias por Aines, sufriendo en estos años brotes poliarticulares e inflamatorios (...)".*

Precisamente a la paciente, con una enfermedad autoinmune que lleva tratamiento inmunomodulador (en esta caso Arava más Claversal), es obligado realizarle periódicamente análisis, por ello la especialista en esta primera visita, además de aquéllos, le prescribe radiografías y un estudio de la densidad mineral ósea.

2) La paciente fue citada de nuevo a consultas el 28 de abril de 2004 -para valorar el estado de la enfermedad y los análisis solicitados por la especialista en la última visita-, como está protocolizado en el tratamiento de la artritis reumatoide (folio 70). El resultado del análisis fue normal (salvo la VSG de 86), pero la densitometría mostraba un riesgo elevado de fractura de cadera. Para prevenirla se pautó tratamiento con Actonel semanal. El resto del tratamiento se mantiene igual y vuelve a ser citada para revisión, previa analítica unos días antes, a los tres meses.

3) Fuera de consulta (en el mes de mayo) la especialista es consultada por la hija de la paciente al no tolerar el Actonel (después de 1 o 2 dosis semanales), presentando náuseas y pirosis. En esa consulta le sustituye Actonel por Calcitonina. Aunque no está documentada en la historia clínica, ha sido expresamente reconocida por la reclamante en el escrito de alegaciones (folio 325): *"en primer lugar y respecto al folio 44 de su escrito nada que oponer a los puntos 1,2,3 (...)".*

4) La cuarta visita médica fue el 14 de julio de 2004 (folio 71), revisándose unas analíticas del 29 de junio anterior. En esta consulta, después de seis meses de seguimiento de la paciente, ante la mala evolución de su enfermedad y la falta de respuesta a los otros fármacos antirreumáticos modificadores de la misma (Arava y Claversal), como reconoce la propia reclamante, la especialista le propone fármacos anti TNF, e inicia tratamiento con Metotrexato (en adelante MTX), según la historia clínica. Esta propuesta de cambio -así consignada en el historial según el folio 71- conlleva necesariamente, como señala la especialista, el informar a la paciente sobre la mala evolución de la enfermedad y la falta de respuesta a otros fármacos antirreumáticos modificadores utilizados con anterioridad. Además, la especialista solicita nuevos análisis basales, Rx torax y dos test de tuberculina en esta consulta para descartar infecciones virales crónicas, estados de inmunodepresión o tuberculosis latente que pudiera reactivarse con la aplicación de los anti-TNF.

En consecuencia, retira Arava y se inicia MTX (primera toma el jueves 15 de julio, segunda el 22 de julio), a dosis semanal de 7,5 mgr. asociado a ácido fólico, porque disminuye la probabilidad de toxicidad del MTX, sin restarle eficacia.

A este respecto conviene destacar, como lo hacen los informes médicos, que el MTX es uno de los fármacos modificadores de la evolución de la enfermedad con menor toxicidad, está aprobado su uso desde hace muchos años, y es indicación de la primera elección en artritis reumatoide. Por ello, puede afirmarse que el tratamiento prescrito resultaba necesario atendiendo a la sintomatología de la paciente, que las dosis prescritas estuvieron dentro de los

límites aconsejados, y que se asoció al ácido fólico porque disminuye la toxicidad del MTX.

5) La cuarta consulta estaba prevista para el día 30 de julio de 2007 para un seguimiento más exhaustivo de la paciente (carnet de consultas externas aportado por la reclamante), pero ésta había sido intervenida de fractura de cadera, lo que había intentado evitar la especialista prescribiéndole Actonel y Calcitonina.

A la vista de lo señalado, el Consejo Jurídico considera que la actuación de la especialista en el cambio de tratamiento fue adecuada a la *lex artis*, de acuerdo con el parecer de la Inspectora Médica, lo que presupone que la misma suministrara la información terapéutica necesaria para que la paciente consintiera en el cambio de fármacos (le propuso dice el historial médico), que logró a pesar de la falta de confianza inicial motivada por su traslado obligatorio a otro centro hospitalario. A este respecto, pese a referir la paciente efectos adversos respecto a fármacos, nunca había recibido MTX, comprobando por la facultativa la ausencia de contraindicaciones para su administración (STS de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 22 de enero de 2007). Sobre el desconocimiento por parte de la paciente de la posibilidad de efectos adversos de este tipo de medicamentos, previstos en el prospecto (la mucositis y la pancitopenia están descritos como frecuentes o muy frecuentes), resulta difícil admitir en una enferma crónica que, con anterioridad, recibía tratamiento con otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (Arava y Claversal), que también pueden producir efectos adversos según su prospecto (folio 311), y necesitados como el MTX de controles analíticos periódicos.

En tal sentido la STS, Sala 3ª, de 6 de octubre de 2004, señala que:

"Debemos, por otra parte, coincidir con la Administración demandada en que no es de recibo que persona, como la actora, enferma de epilepsia desde hace muchos años, enfermedad crónica de la que es tratada desde niña (...), desconozca algo tan elemental como los efectos secundarios que toma y en cuyo prospecto deben figurar (...)"

II. Falta de control de laboratorio en pacientes en tratamiento con MTX.

El escrito de reclamación omite, después de la visita a la consulta el día 14 de julio de 2004, cualquier actuación de la especialista en Reumatología respecto al tratamiento instaurado (salvo la intervención por causalidad del día 13 de septiembre), tratando de demostrar una suerte de abandono de la misma en el control de la enferma, en la medida que cita exclusivamente la actuación del Servicio de Traumatología, pues coincide el comienzo de su tratamiento con MTX con el ingreso de la paciente el 17 de julio de 2004 en el Hospital Morales Meseguer para ser intervenida de la cadera derecha, por traumatismo fracturario fortuito.

Sin embargo, del carnet de consultas externas (folio 18) se infiere que la paciente fue citada de nuevo por la especialista de Reumatología el 30 de julio, como se ha indicado, aunque con anterioridad su hija fuera a buscarla a su consulta para que la visitara en la planta de traumatología donde se encontraba ingresada la paciente. Así lo hizo la doctora, de forma que el día 20 de julio valoró una bioquímica y varios hemogramas realizados durante los días 17 y 20 de julio, solicitando a los enfermeros de la planta el 2º test de tuberculina, como viene establecido en el protocolo, dado que no se había podido realizar ambulatoriamente. De dicha visita de la especialista a la enferma existe constancia en la historia clínica (folios 114 y 121).

Antes de su alta del Servicio de Traumatología, vuelve a ver a la paciente el 27 de julio, teniendo los resultados del 2º test de tuberculina y los análisis de los días 21, 22, 23 y 24 de julio. Estos controles diarios se le realizaban para valorar el sangrado del hematoma. En el momento del alta hospitalaria, señala la especialista en Reumatología: *"llevaba tratamiento con MTX dos semanas, estaba siendo bien tolerado, y se habían realizado múltiples controles analíticos. Todo fue evaluado durante su ingreso, presentando únicamente una anemia secundaria al hematoma de la fractura, corregida mediante transfusión, y con el resto de series*

hematológicas normales".

Además, la doctora le indica a la hija de la paciente- información que no ha sido negada y que resulta corroborada por el carnet de consultas externas- que debía solicitar nueva consulta, previa analítica realizada a finales de septiembre o principios de octubre en su centro de salud. A partir de ese momento, la hija de la paciente no acude a la Dra. x. para realizar cualquier tipo de consulta, como sí lo había hecho cuando le produjo reacción el Actonel, hasta que el 13 de septiembre de 2004, después de acudir a la consulta de traumatología, se la encuentra (según la reclamante) o va a verla sin previa cita (según la especialista), pero lo cierto es que el familiar le informa de la infección en la boca que desde hace dos semanas tiene la paciente, y que el traumatólogo acaba de realizar una interconsulta a medicina interna, prescribiéndole unos análisis.

La especialista, ante la sospecha de una reacción adversa a un fármaco y utilizando sus relaciones personales, acompaña a la paciente para que la examinen de modo inmediato en la Unidad de Patología Oral, donde consulta con la Dra. x. por la sospecha de mucositis tóxica por fármacos (como primera posibilidad el MTX), según la hoja de interconsulta (folios 14 y 15). Esta última facultativa recomendó retirar todos los medicamentos excepto los antidiabéticos orales, ya que a su juicio se trataba de un mucositis y un eritema polimorfo secundario a fármacos, pudiendo estar implicados cualquiera de ellos.

En consecuencia, la Dra. x. retiró los fármacos potencialmente causantes (folio 15), pautándole a la paciente el tratamiento tópico y por vía oral, indicándole que debía realizarse los análisis prescritos por el traumatólogo. Al detectar el laboratorio la pancitopenia, la llamada urgente a la paciente se hizo a través del traumatólogo, que había firmado el último volante del análisis, siendo ingresada en hematología el 19 de septiembre y dada de alta el 27 siguiente.

Es indudable reconocer el impacto emocional que les produjo la llamada, si bien la Inspectora Médica matiza que la situación descrita no refleja una extrema gravedad y con peligro de muerte inmediato.

No obstante, el aspecto a destacar desde el punto de vista del daño es que la reacción adversa se superó sin secuelas físicas, según el informe de alta del Servicio de Oncohematología (folios 16 y 17), emitido tras el ingreso por reacción adversa a MTX, como resalta la Inspectora Médica, puesto que el deterioro sufrido por la paciente y la necesidad de utilizar silla de ruedas es secundario a la intervención por fractura de cadera sufrida y la propia evolución de la enfermedad reumática. A este respecto el informe del médico del Centro de Salud de Las Torres de Cotillas destaca (folios 35 y 36):

"En posteriores informes de Reumatología se describe la Artritis Reumatoide como muy evolucionada y severa, erosiva, con clínica poliarticular diaria y secuelas de gran discapacidad, destacándose la limitación severa de movilidad en miembro inferior derecho por la artrodesis de rodilla y tobillo derechos y la fractura de la cadera derecha (siempre acude a mi consulta en silla de ruedas y con una acompañante)".

A la vista de lo expuesto, no puede afirmarse que la especialista, cuya *praxis* se denuncia por medio de la presente reclamación, no actuara conforme a la *lex artis*, y que abandonara el control del tratamiento de la paciente, pues consta que respondió de modo inmediato cuando tuvo conocimiento de la infección en la boca, acompañándola personalmente a la Unidad de Patología Oral por sospecha de una reacción adversa a fármaco, y decide suspender el tratamiento tras ser examinada por una facultativa de la citada Unidad. El que el aviso urgente a la paciente procediera del traumatólogo, que le prescribió un análisis tras acudir a su revisión después de la intervención quirúrgica, resulta irrelevante a estos efectos, pues lo importante es que la atención sanitaria en su conjunto lo detectara a tiempo, y se resolviera sin consecuencias para la paciente. Destaca este aspecto de la prestación sanitaria en su conjunto

la Inspectora Médica (folio 332) en su segundo informe:

"Los pacientes del Servicio Murciano de Salud no pertenecen en exclusiva a un determinado médico o servicio, y el fin primordial de todos los agentes sanitarios deber ser preservar o restaurar la salud (...). Las pruebas diagnósticas de control solicitadas a un paciente por un especialista en un momento determinado de su evolución, suelen tener validez para el resto de especialidades implicadas en su salud, excepto que existan dudas razonables sobre la viabilidad de las mismas (...). En el caso de x., la doctora x. entendió la prioridad del Servicio de Traumatología (...), por lo que consideró, una vez supervisadas las analíticas solicitadas en dicho Servicio, que le servían para el control de la artritis reumatoide, evitando someter a la paciente a más pruebas".

(...) Es lógico por tanto que la analítica de control la hicieran los traumatólogos".

Por otra parte, no puede obviarse el hecho de que las reacciones adversas de los medicamentos deben ponderarse teniendo en cuenta la ecuación riesgo-beneficio y la existencia o no de alternativas terapéuticas y, en el presente caso, como reconoce la reclamante, la prescripción fue adecuada, sin que se haya acreditado inadecuada *praxis* médica en el cambio de tratamiento, ni en los controles finalmente realizados. Por ello, no cabe considerar el daño alegado antijurídico, teniendo en cuenta que la mucositis y la pancitopenia que sufrió la paciente no se produjo con ocasión de la prestación del servicio público sanitario, sino que, por el contrario, fue una reacción adversa a la medicación de MTX (están descritas en el prospecto como frecuentes o muy frecuentes) y que, por susceptibilidad individual, estas reacciones pueden presentarse a dosis normales, como la recomendada en el presente caso.

Por último, tampoco la reclamante ha acreditado que las secuelas alegadas (anemia normocítica e insuficiencia renal crónica), por las que solicita indemnización, sean secundarias al tratamiento con Metotrexato, basándose para reclamar exclusivamente en sus apreciaciones, frente a las consideraciones médicas obrantes en el folio 312 (informe de los peritos de la compañía aseguradora).

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá