



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 6 de abril de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de febrero de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de febrero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 240/2006, iniciándose el cómputo del plazo, previa ampliación de éste, para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.



Primero.- A Dña. xxxxx nacida en septiembre de 1970, se le practica un legrado evacuador, debido a una gestación no evolutiva, en el Hospital hhhhh el día 20 de julio de 2000. Tras el estudio histológico, el resultado anatomopatológico es "compatible con mola parcial e infiltración trofoblástica de la decidua", remitiéndola a la consulta de oncología, donde le realizan pruebas diagnósticas que evidencia en la pared posterior del útero una formación mal delimitada y heterogénea de 4,6 cm de diámetro máximo, además de elevación de las cifras de β -HCG. Se instauro tratamiento con metotrexate intramuscular semanal, administrado en el hospital de día.

Durante el seguimiento posterior se observa descenso de la β -HCG, llegando a la normalidad en diciembre de 2000.

En enero de 2001 se comprueba nueva elevación de la determinación bioquímica. Se realiza TC, apreciándose lesión hipodensa uterina en la región derecha del cuerpo y fundus uterino de 2,5 cm de diámetro compatible con recidiva. Se inicia tratamiento de quimioterapia tipo EMA-CO (Dactinomicina, VP-16, Metotrexate, Vincristina y Ciclosfosfamida).

El 6 de febrero de 2001 ingresa para recibir el primer ciclo. Se canaliza drum en miembro superior izquierdo y se comienza la hidratación. La paciente se encuentra ansiosa por el tratamiento y duerme a ratos. El 7 de febrero se le informa de las toxicidades del tratamiento. Se pone el ciclo (Dactinomicina, VP-16 y Metotrexate el 7 de febrero, y Dactinomicina y VP-16 el 8 de febrero) con buena tolerancia y sin que se describa ninguna incidencia ni por parte de enfermería ni de los médicos, siendo dada de alta el 8 de febrero. El 14 de febrero se recoge que presenta dolor en el brazo en el que le pusieron la vía y enrojecimiento facial. Ese mismo día (al parecer en el hospital de día) se le administra la segunda parte del primer ciclo (ciclosfosfamida y vincristina, además de Solumoderin y Zofran como premedicación).

El 20 de febrero de 2001 ingresa para recibir el segundo ciclo de quimioterapia. Se canaliza drum en miembro superior derecho y se señala que la paciente está ansiosa. El día 21 se pasa quimioterapia sin incidencias, reflejándose expresamente que no presenta molestias. Es dada de alta el 22 de febrero sin que se refleje ninguna incidencia en el acceso venoso.



El día 28 de febrero es revisada en consulta refiriendo astenia grado I y conjuntivitis irritativa. Se retrasa la segunda parte de este segundo ciclo por neutropenia. El 7 de marzo de 2001 se señala que presenta buen estado general, administrándose la ciclofosfamida y vincristina en el hospital de día.

El 14 de marzo ingresa para el tercer ciclo. En esta ocasión se canaliza una vía periférica (Abocath del nº 18) en el miembro superior izquierdo. Una vez más se administra el ciclo sin que se refleje ninguna incidencia, siendo dada de alta el 16 de marzo.

El 21 de marzo se administra la segunda parte de este tercer ciclo en el hospital de día. Se señala que ha tenido erupción pruriginosa urticariforme, por lo que se pauta ciclo de esteroides. El 24 de abril es valorada nuevamente en consulta con el resultado de un TC toracoabdominal y cerebral en el que no hay evidencia de recidiva y la β -HCG (bioquímica) se encuentra por debajo de 1. Se continúan controles mensuales a lo largo del año 2001 sin que se refleje ninguna incidencia, manteniéndose normales tanto la β -HCG, como los estudios ecográficos.

El 24 de enero de 2002 se recoge dolor ocasional en el brazo izquierdo con inflamación desde que –según lo referido por la enferma– tuvo una extravasación de la vía periférica. Se trata de un dolor neuropático con parestesias y edema. No se pauta tratamiento. El 29 de mayo de 2002 es valorada nuevamente en consulta, señalándose que la paciente presenta buen estado general y no reflejándose sintomatología a nivel del miembro superior izquierdo.

El 19 de junio la paciente acude sin cita previa (no disponiendo, por tanto, de su historia) refiriendo dolor e impotencia funcional en el miembro superior izquierdo como consecuencia de una extravasación. Esta afirmación la realiza la paciente, siendo remitida ese mismo día a la consulta de neurología con carácter preferente.

El 25 de junio acude nuevamente a la consulta de oncología. En este momento, y al disponer de la historia, se anota la derivación al neurólogo. Al comentar la enferma una importante demora en la citación, el oncólogo gestiona un adelanto en dicha atención, de forma que el 27 de junio se emite un informe por parte de neurología en el que se señala que la paciente



presenta dolor e impotencia funcional en el miembro superior izquierdo desde marzo de 2001, y debilidad generalizada en la extremidad superior izquierda con gran componente álgido, hiporreflexia tricipital e hipoestesia en toda la extremidad, mal delimitada. Se realiza electromiograma que no observa alteraciones en los músculos ni en la conducción nerviosa y potenciales evocados somestésicos que también resultan normales. Dada la normalidad de todos los estudios se plantea la posibilidad de afectación irritativa del plexo braquial izquierdo.

El mismo 27 de junio de 2002 la paciente acude a la consulta de oncología, que nuevamente no dispone de la historia de la enferma, solicitando un informe. El oncólogo establece en dicho informe el diagnóstico de neuropatía irritativa en extremidad superior izquierda secundaria a extravasación de quimioterapia, recomendando tratamiento con Gabapentina, Amitriptina y Capsaicina tópica.

El 30 de septiembre de 2002 es valorada nuevamente en consulta de oncología; refiere mejoría del dolor neuropático.

El 13 de noviembre de 2002 es remitida con carácter preferente al neurólogo por cuadro de mes y medio de evolución de dolor en columna dorsolumbar acompañado de parestias en extremidades inferiores, más intensas en la extremidad inferior izquierda, acompañado a veces de molestias en la deambulación.

El 22 de enero de 2003 es valorada por el neurólogo. En la historia realizada a la enferma se recoge la asistencia prestada en neurología en junio de 2002. La paciente no trabaja por molestias generalizadas. En la historia se recoge el inicio del cuadro un año antes con dolor en la región cervical posterior que le dificulta el descanso nocturno. Posteriormente asocia dolores articulares en rodilla y tobillo izquierdos con enrojecimiento y tumefacción. Las molestias se han extendido posteriormente al resto de articulaciones. En la flexura del codo refiere que cuando tiene dolor le salen bultos y manchas rojas. También refiere rigidez matutina (una hora desde que se levanta) y cansancio vespertino, duerme mal (desde hace 5-6 años) y con sueño fragmentado. Desde 4-5 meses antes de la consulta tiene sensación de hormigueo en extremidades inferiores; dolores en el cuello irradiados por columna vertebral; caídas desde el inicio de los ciclos con sensación de debilidad en miembros



inferiores, luego temblor y finalmente sensación de calor generalizado. Valorada por psicología en junio de 2001 (no disponiendo de la misma) al parecer se le ofrece tratamiento que rechaza por miedo a no despertarse con la medicación antidepressiva y/o ansiolítica. Refiere miedo, pánico, sensación de ahogo, palpitaciones y opresión en el pecho. La exploración física (incluida la neurológica) es normal. Se solicitan análisis, electroencefalograma y TC cerebral, y con el diagnóstico de trastorno ansioso depresivo se le pauta tratamiento con Seroxat y Orfidal.

El 5 de febrero de 2003 es valorada en la consulta de oncología refiriendo disestesias en ambos brazos y acorchamiento de extremidades superiores. El 21 de abril es nuevamente valorada en consulta refiriendo continuar con parestesias. Se señala que presenta dolor neuropático. La paciente refiere que querría tener descendencia.

El 12 de mayo de 2003 es valorada nuevamente en la consulta. En los análisis únicamente destaca una VSG de 44, el TC cerebral es normal y en el electroencefalograma (EEG) se describen algunas descargas aisladas en región frontoparietal izquierda. La paciente refiere dormir mejor y tener menos ataques de ansiedad, pero manifiesta claros síntomas de agorafobia. Se establece el diagnóstico de trastorno de ansiedad y crisis de pánico y se recomienda valoración por el equipo de salud mental. En la documentación se aporta una hoja de tratamiento de la Unidad de Salud Mental xxxxx, en la que el juicio clínico es de trastorno de angustia con agorafobia y el tratamiento pautado similar al recomendado por neurología.

El 30 de mayo de 2003 es remitida a la unidad del dolor desde atención primaria por cuadros de dolores intensos en brazo izquierdo tras una extravasación en dicho miembro. Es valorada por primera vez en el Hospital mmmm el 17 de junio de 2003. La paciente refiere dolor en la extremidad superior izquierda a nivel del brazo y antebrazo que se exacerba a la palpación (hiperalgesia) y se desencadena con el roce (alodinia). Ha notado pérdida de sensibilidad en el brazo afecto con pérdida de fuerza, aumento de la sudoración y sensación de frialdad. En comparación con el miembro contralateral, la piel aparece fina y de aspecto céreo. Se procede a instaurar tratamiento sintomático iniciando terapia neural y realización de 16 drenajes linfáticos con resultados negativos. El 27 de junio, y a petición de la enferma, se emite un informe en el



que se señala como diagnóstico el de fibrosis tras extravasación de quimioterapia.

El 2 de julio de 2003 es valorada nuevamente en la consulta de oncología; se señala que está aceptable; BEG (buen estado general).

El 8 de agosto nueva revisión en la unidad del dolor en la que refiere continuar con el dolor, por lo que se aplica iontoforesis a nivel de la región axilar izquierda. El 26 de septiembre de 2003 se emite nuevamente un informe a petición de la enferma en el que se señala la presencia de neuralgia de la extremidad superior izquierda secundaria a extravasación de quimioterapia. A partir del 24 de octubre se instaura tratamiento médico con Bagapentina y Buprenorfina, sin mejoría.

El 9 de enero de 2004 se le reconoce por parte del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) un grado total de minusvalía del 49% (24% por discapacidad del sistema neuromuscular de etiología iatrógena, 24% por trastorno de ansiedad en crisis y 7 puntos por factores sociales complementarios). No precisa concurso de tercera persona ni es de aplicación el baremo de movilidad reducida.

El 16 de febrero de 2004 continua sin mejoría, presentando, además, cuadro doloroso de reciente aparición en epitroclea izquierda, administrándose tratamiento con onda de choque; no acude a la última sesión programada el 16 de abril de 2004.

El 21 de julio de 2004, en la última revisión de oncología de la que tenemos constancia, se señala que continúa con dolor en el miembro superior izquierdo.

Segundo.- El 1 de octubre de 2003, Dña. xxxxx presenta una reclamación en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital hhhhh, como consecuencia de los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada. En concreto, reclama por los daños ocasionados por una extravasación producida en el tratamiento de quimioterapia.

Dicha documentación es remitida a la Gerencia de Salud de xxxxx mediante escrito de fecha 19 de enero de 2004.



Tercero.- El 3 de febrero de 2004, el Hospital hhhhh remite a la Gerencia de Salud de xxxxx la documentación relativa al reconocimiento de minusvalía en grado del 49% (no del 40%, como se señala en la propuesta de orden), entregada en mano por la reclamante en el servicio hospitalario de atención al paciente.

Cuarto.- El 11 de febrero de 2004, la interesada presenta, previo requerimiento de la Administración, un escrito en el que fija la cuantía de su reclamación en 34.597,976 euros.

Quinto.- Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil.
- Informe del Dr. aaaaa, médico adjunto de la Unidad de Patología Neuromuscular del Servicio de Neurología, de fecha 21 de octubre de 2003.
- Informe de Dña. ccccc, supervisora del hospital de día, fechado el 25 de noviembre de 2003.
- Informe de la Dra. ggggg, médico adjunto del Servicio de Oncología Médica, emitido el 8 de enero de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, de 27 de septiembre de 2004.
- Dictamen médico realizado conjuntamente por los doctores uuuuu, rrrrr e ññññ, de fecha 20 de abril de 2005, a petición de la compañía aseguradora sssss.
- Historia clínica de la paciente.

Sexto.- Con fecha 29 de septiembre de 2004, la reclamante interpone recurso potestativo de reposición contra el acto presunto de desestimación, por silencio administrativo de su reclamación.

Séptimo.- El 15 de abril de 2005, la interesada presenta en el registro único de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud un escrito



en el que solicita información sobre el estado en el que se encuentra el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado por ella, dada la falta de respuesta de la Administración a su reclamación y al recurso de reposición interpuesto.

Obra en el expediente un escrito, fechado el 21 de abril de 2005, conteniendo la información solicitada, si bien no consta su notificación a la interesada.

Octavo.- El 6 de mayo de 2005, el Jefe de Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Noveno.- Mediante escrito notificado el 19 de mayo, concluida la instrucción del procedimiento, se da audiencia a la interesada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

Décimo.- Con fecha 6 de junio de 2005, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que pone de manifiesto la ausencia de determinadas páginas en la copia del expediente administrativo que se le ha facilitado, considera no probado el hecho de que acudiera sin cita previa a la consulta del Dr. fffff el día 16 de junio de 2002, y manifiesta que la anotación en su historia referente a su antecedente de extravasación de medicación en la extremidad superior izquierda no se debe a una manifestación suya, sino a un diagnóstico del médico. Por otra parte, considera insostenible que pueda afirmarse la inexistencia de la extravasación, anotación que figura en varios documentos clínicos como antecedente, ya que admitir esa posibilidad supondría que se ha mantenido un error de diagnóstico durante tres años.

Undécimo.- El 11 de octubre de 2005, se remite a la interesada una copia de los documentos solicitados y se le concede nuevo plazo a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.



Duodécimo.- Con fecha 11 de octubre de 2005, se recibe en el registro único de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud, Auto de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia, de 9 de junio de 2005, por el que se acuerda tener por desistido del procedimiento ordinario xxxx a Dña. xxxxx y se declara terminado el procedimiento.

Decimotercero.- El 21 de octubre de 2005, la reclamante presenta un nuevo escrito de alegaciones, en el que se ratifica en lo expuesto en su escrito de 6 de junio de 2005 e insiste en la negligencia que supone haber mantenido durante casi tres años como antecedente diagnóstico la extravasación, afirmando ahora que ésta nunca se produjo.

Decimocuarto.- Con fecha 15 de noviembre de 2005, el Director General de Desarrollo Sanitario formula informe-propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Decimoquinto.- Con fecha 3 de enero de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Decimosexto.- El 20 de enero de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria, por considerarla ajustada a derecho.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el



dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (en el año 2003) hasta que se formula la propuesta de orden (el 20 de enero de 2006). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos. Asimismo, hay que señalar que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, ya citada.

Asimismo, es necesario advertir la necesidad de remitir el expediente administrativo ordenado y paginado, con el objeto de facilitar su estudio y análisis por este Consejo.

Por último, debe recordarse que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992 ya citada, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el



tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.

3ª.- Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; y 59/2006, de 19 de enero), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.



c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y de otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño.



Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una `obligación de medios´, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala:

“Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los



conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación



médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

7ª.- En el caso que nos ocupa es necesario valorar si la asistencia médica prestada a la reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis*.

El informe de la Inspección Médica, de 27 de septiembre de 2004, señala:

“D^a xxxxx ingresó el día 20-02-01 para recibir 2º ciclo. No hay ninguna referencia en la hoja de valoración de enfermería en los apartados de piel, movilidad o dolor; ni en la hoja de cuidados de enfermería en los apartados de piel, vías venosas, movilidad/seguridad, a la presencia de ninguna molestia o dolor en miembro superior izquierdo, ni en el momento del ingreso, ni durante su presencia en la planta para recibir el ciclo. La enfermera canalizó el miembro superior derecho el día que ingresó y administró el 2º ciclo el día 21-02-01 especificando el oncólogo: extremidades normales.

»El drum se colocó en el miembro superior derecho, el día que ingresó con objeto de canalizar la vía para hidratar a la paciente y, administrar el tratamiento quimioterápico, al día siguiente. En ningún momento la paciente refirió molestias o dolor en ninguna de las extremidades.

»Difícilmente se le pudo producir una extravasación en el miembro superior izquierdo el día 20 de febrero, como afirma la paciente en su



reclamación, si como se comprueba, el drum fue colocado en el miembros superior derecho y el citostático le fue administrado el día 21 de febrero.

»El día 28-02-01, cuando D^a xxxxx fue revisada, el oncólogo anotó: `BEG, astenia, conjuntivitis irritativa (...)´ no hay ninguna referencia a molestias en miembro superior izquierdo”.

El citado informe continúa señalando la ausencia de referencias en las hojas de valoración y cuidados de enfermería a molestias o dolor en el miembro superior izquierdo los días 14, 15, 16 y 21 de marzo de 2001. En sus conclusiones manifiesta, entre otras cosas, lo siguiente:

“La clínica real que actualmente presenta la paciente, según consta en la historia clínica, comenzó en enero de 2002, once meses después de la fecha (20-02-01), en la que según D^a xxxxx se produjo la extravasación.

»La extravasación que se repite en los sucesivos informes jamás se produjo como lo demuestra:

»a.- No hay constancia en la historia clínica en ninguno de los documentos de enfermería (hoja de observaciones, hoja de valoración y hoja de cuidados), ni en la hoja de observaciones acerca del curso clínico, ni en la hoja de órdenes de tratamiento, de que se produjera tal complicación, ni de que existieran molestias o dolor en ESI en los ingresos para realizar tratamiento, ni en el momento de la administración de los citostáticos, ni posteriormente, pues en los informes de alta figura: extremidades normales.

»b.- Uno de los citostáticos administrados la Dactinomicina D es un potente vesicante. De haberse producido una extravasación, ésta habría sido fácilmente detectada y se habrían puesto en marcha las medidas contempladas en el protocolo de actuación ante esta urgencia, quedando necesariamente registrada en los documentos mencionados. Además las molestias o dolores en la ESI se habrían producido de inmediato no once meses después.

»c.- D^a xxxxx afirma que el accidente se produjo al introducir el drum en la ESI el día 20-02-01. Hay que indicar que ese día el drum se colocó en el miembro superior derecho, no en el izquierdo y que solo



se le administraron sueros con objeto de hidratar a la paciente, siéndole administrada la quimioterapia el día 21-02-01 (...).

»La clínica que presenta D^a xxxxx, nada tiene que ver con una extravasación en la administración del tratamiento quimioterápico, pues como hemos podido demostrar, dicha extravasación nunca se produjo.

»No se observa negligencia ni mala práctica en las actuaciones del personal sanitario que atendió a la paciente, actuando todos los profesionales implicados de acuerdo con la *lex artis*, por lo que se propone el sobreseimiento y archivo de actuaciones”.

Por su parte, el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora, de fecha 20 de abril de 2005, realiza un detallado estudio de las circunstancias concurrentes en el presente supuesto. De este informe procede destacar lo siguiente:

“No consta acreditado que se produjese ninguna complicación durante la administración de los diferentes ciclos de quimioterapia y mucho menos que se produjese ninguna extravasación. Este hecho en el contexto de la quimioterapia que recibía la enferma con varios agentes muy irritantes supone una auténtica urgencia y habría quedado registrado en las hojas de enfermería y/o médicas. En ninguno de sus tres ingresos para la administración de quimioterapia se recoge la presencia de dolor en ninguna localización.

»Concretamente el día 20 de febrero que es cuando la paciente refiere que se produjo la extravasación, se administró el ciclo de quimioterapia a través de una vía central de acceso periférico (drum) situado en el miembro superior derecho (recordemos que el cuadro doloroso de la paciente se localiza en el miembro superior izquierdo).

»Existe un protocolo de actuación para casos de extravasación en la Unidad de Oncología del Hospital hhhhh que no se tuvo que aplicar en esta paciente porque sencillamente no se produjo dicha extravasación.

»Consta acreditado que no existe daño directo a las estructuras titulares o nerviosas, como consecuencia de la supuesta extravasación.



»La paciente refirió dolor en el brazo izquierdo, donde se le había canalizado un drum para la administración del primer ciclo de quimioterapia el 14 de febrero de 2001. No se apreció ni ese momento ni con posterioridad ningún dato que permitiera establecer la presencia de una extravasación a ese nivel. La aparición de dolor tras una cateterización venosa, especialmente si a través de la misma se infunden sustancias irritantes es habitual. La paciente no vuelve a referir sintomatología en dicha localización hasta un año después.

»El hecho de que en diversas localizaciones de la documentación aportada se refleje como mecanismo causal de la sintomatología de la paciente la extravasación de quimioterapia, obedece sin duda a una interpretación (realizada por la propia paciente o por alguno de los facultativos que la atendieron) que ha sido aceptada como tal por el resto de los profesionales que la han atendido con posterioridad (incluido el EVI), pese a que no existe ningún dato objetivo que permita avalar esta teoría”.

Las conclusiones a las que llega el mencionado informe son:

“Durante la administración de la quimioterapia no existe constancia de la aparición de ninguna complicación, en relación a los accesos venosos para la administración de la misma. Con la documentación aportada podemos afirmar que no hay datos que permitan sostener la hipótesis de que se produjo una extravasación de citostáticos.

»La paciente ha desarrollado varios meses después de la finalización del tratamiento un cuadro complejo que incluye un cuadro con características fibromiálgicas, un cuadro de ansiedad y agorafobia, y un cuadro de dolor en miembro superior izquierdo que podría corresponder a un síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo 1.

»No se puede establecer una relación de causalidad clara entre ninguno de estos cuadros y el tratamiento quimioterápico administrado a la paciente. En concreto el SDRC no presenta un agente causal claro, aunque sí podría actuar como factor precipitante el cuadro de ansiedad de la enferma, (...).



»El manejo tanto diagnóstico como terapéutico de la enferma ha sido correcto y acorde a la sintomatología que ha ido refiriendo en cada momento.

»Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis”.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y a la luz del expediente, puede concluirse que no hay datos que permitan sostener la hipótesis de que se produjo una extravasación de citostáticos durante la administración de la quimioterapia a la reclamante. En la historia clínica se recoge la apreciación de normalidad en las extremidades superiores en la fecha en que la reclamante afirma haberse producido la extravasación.

Consecuentemente, la dolencia de Dña. xxxxx tiene su causa en factores ajenos a la administración de la quimioterapia –al no haberse producido extravasación–, no apreciándose, por lo tanto, relación de causalidad entre el funcionamiento de la Administración sanitaria y el daño padecido por la reclamante.

En todo caso, las actuaciones sanitarias practicadas por los facultativos fueron conformes con la *lex artis ad hoc*, por lo que procede desestimar la reclamación planteada.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.