

Dictamen n.º:

778/24

Consulta:

Consejera de Sanidad

Asunto:

Responsabilidad Patrimonial

Aprobación:

12.12.24

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 12 de diciembre de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias por el retraso de diagnóstico y tratamiento de una glomerulonefritis.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La interesada anteriormente citada, por escrito presentado en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el día 27 de diciembre de 2022, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias al que imputa un error de diagnóstico o un diagnóstico tardío.

La reclamante relata que el 21 de junio de 2021 ingresó en Urgencias del citado centro hospitalario con diagnóstico de neumonía, permaneciendo ingresada durante 16 días. Refiere que con las

pruebas realizadas se detectaron leve insuficiencia renal y sospecha de vasculitis, con revisión pautada para el 4 de agosto de 2021, pero sin definir ninguna prueba para confirmar ese diagnóstico.

Según refiere el escrito de reclamación, en la citada consulta de 4 agosto de 2021, con analítica previa, la interesada fue informada de que padecía un tipo de glomerulonefritis o vasculitis que estaba afectando el riñón. La reclamante indica que sin confirmar el diagnóstico se le aconsejó dieta sin sal, hidratación y evitar algunos medicamentos, sin que se le pautara medicación específica, con revisión rutinaria programada para dentro de 6 meses.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada explica que, en diciembre de 2021, se encontraba mal, con fatiga, hipertensión y pies muy hinchados, por lo que acudió a consulta y el 30 de diciembre de 2021 se le realizó analítica. A partir de ese momento se le adelantaron las citas con Nefrología por empeoramiento importante de la función renal.

La reclamante expone que 4 de enero de 2022 se le programó biopsia renal para el 14 de enero, con resultado de glomerulonefritis. Se le pautó tratamiento con Prednisona 60mg/día y 2 dosis de Rituximab, pero después de 6 meses, el efecto de ese tratamiento fue nulo, instaurándose insuficiencia renal crónica estadio IV, derivada de una vasculitis ANCA+.

Según la interesada, existe un protocolo para el diagnóstico de vasculitis, que indica que puede afectar a cualquier órgano, por lo que la reclamante considera que, tras la primera sospecha, que fue en junio de 2021, se debería haber indicado biopsia renal.

La reclamante reprocha que como consecuencia de lo que entiende fue un error de diagnóstico o diagnóstico tardío, sufre secuelas como fatiga, hipertensión, osteoporosis, constitutivas de

incapacidad laboral, con posibilidad de requerir diálisis o trasplante renal, que la interesada considera evitables si se hubiera establecido el diagnóstico ante la primera sospecha de vasculitis.

El escrito de reclamación cuantifica el importe de la indemnización solicitada en la cantidad de 150.000 euros y se acompaña con documentación médica relativa a la interesada (folios 1 a 135).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La reclamante, de 57 años de edad en la fecha de los hechos reclamados, que contaba con antecedentes de asma bronquial, sensibilidad extrínseca a ácaros y hongo de la humedad, carcinoma basocelular en la oreja izquierda, acude el 21 de junio de 2021 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias por dolor subcostal izquierdo y fiebre. En bioquímica en suero, destaca: urea 64 mg/dl; creatinina 1,50 mg/dl y filtrado glomerular estimado (CKDEPI) 38,39 ml/min. / 1,73 m².

Con el juicio clínico de neumonía en lóbulo inferior izquierdo con FINE III en paciente con asma bronquial de reciente diagnóstico y tras la realización de PCR para la Covid-19 con resultado negativo, la paciente ingresa a cargo del Servicio de Neumología.

Durante el ingreso, el 23 de junio de 2021, en la prueba de bioquímica destaca: urea 55 mg/dl, creatinina 1,48 mg/dl y filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 39,02 ml/min. / 1,73 m². Proteínas en suero: IgA en suero 449 mg/dl.

El 29 de junio de 2021, se realiza interconsulta al Servicio de Nefrología para valoración por deterioro de la función renal. Al

interrogatorio nefrourológico refiere conocer “*que alguna vez le han comentado que tiene enfermedad renal*”, si bien no ha sido valorada por Nefrología. Niega antecedentes personales importantes. Sin alteraciones macroscópicas de la orina ni consumo de AINEs ni productos de herbolario. Se revisan los controles analíticos y se emite el juicio clínico de deterioro de la función renal de carácter funcional en relación con infección respiratoria, mejorando.

El 1 de julio de 2021, se recibe resultado de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCAs); p-ANCAS positivos.

El 5 de julio de 2021, la reclamante se encuentra clínica y hemodinámicamente estable, niega clínica miccional, hematuria u orinas espumosas. En analítica de control: creatinina 1,21 mg/dl y filtrado glomerular 49,78 ml/min/1,73 m². Iones en rango. Nuevo estudio inmunológico en curso. Se mantiene el juicio clínico de deterioro de la función renal a estudio, estable en ese momento. Se solicita analítica para el día siguiente. Se anota que, dada la estabilidad clínica, deterioro estable de función renal, se pauta el alta para el día siguiente y seguimiento en consulta de Nefrología para el 4 de agosto de 2021.

El 6 de julio de 2021, se anota deterioro leve de función renal (creatinina 1,21 mg/dl), sin alteraciones iónicas, que se ha puesto en relación inicialmente con proceso infeccioso intercurrente. Hallazgo casual de microhematuria (10-20 x campo). Citología de orina pendiente. Estudio de autoinmunidad: proteinuria en torno a 700mg/dl, Hb estable (10g/dl). E.E.F. suero: patrón inflamatorio. IgA 506. pANCAs 22. El juicio clínico es sospecha de vasculitis IgA. Al alta hospitalaria se solicita ecografía renal preferente. Se anota que en ese momento impresiona poca expresividad de su enfermedad glomerular y se comentará en sesión para valorar posible biopsia renal.

La reclamante acude a consulta de Nefrología el 4 de agosto de 2021 por deterioro de la función renal. Se anota el resultado de la ecografía renal realizada el 9 de julio de 2021, “*riñones son de tamaño y situación normal, patrón ecogénico normal sin observar imágenes de litiasis ni dilatación de vía excretora. Quistes hilio sinusales bilaterales en ambos riñones*”. Tras el análisis de las pruebas de laboratorio, el diagnóstico es de glomerulonefritis aguda IgA versus vasculitis p-ANCA. Se pauta revisión en 6 meses “*con rutina + estudio de anemia + Igs + complemento + ANCA+ EEFs/o*”.

La reclamante acude a revisión del Servicio de Nefrología el 4 de enero de 2022. Se observa un deterioro importante de la función renal (Cr. 2,38 mg/dl, urea 103 mg/dl), microhematuria (5-10/c) y proteinuria 2g/día, p-ANCA 55, por lo que se programa para biopsia renal. El diagnóstico es de deterioro agudo de función renal pendiente de filiar (glomerulonefritis IgA vs vasculitis).

El 13 de enero de 2022, se realiza analítica previa a la biopsia con bioquímica en suero: urea 84 mg/dl, creatinina 2,44 mg/dl y filtrado glomerular estimado (CKDEPI) 21,16 ml/min/1,73 m2.

El procedimiento se lleva a cabo ese mismo día, 13 de enero de 2022, de forma ecoguiada, sin incidencias. En las 24 horas siguientes, la interesada presenta hematuria sin coágulos y pico febril en la noche de hasta 38°C, que remite con paracetamol, sin signos de infección en zona de punción. Hemograma de control con amenización leve. Tras 24 horas de reposo absoluto, comenta malestar y dolor torácico punzante, así como se objetiva hipotensión de 90/70. Se realiza TAC abdominalopélvico con contraste añadiendo nefroprotección, que descarta hematoma perirrenal u otras alteraciones significativas.

El 14 de enero de 2022, se anota el diagnóstico de glomerulonefritis con semilunas pauciinmunitaria, asociada a ANCA.

El 27 de enero de 2022, se inicia tratamiento con Prednisona 60 mg, quedando pendiente la administración de Rituximab 1 gr cada 14 días (2 dosis). Se pauta revisión el 14 de febrero de 2022, con analítica urgente, para vigilar evolución.

El 8 de febrero, se administra la primera dosis de Rituximab.

La reclamante acude a revisión el 14 de febrero de 2022. Se anota mejoría de la función renal (Cr 1,9mg/dl, F.G. 28ml/min.), iones bien, leucocitosis leve, Hb 12. Estable clínicamente. Niega clínica infecciosa. Niega clínica miccional o alteraciones del aspecto de la orina. Refiere peso estable. Sin edemas en miembros inferiores. Se pauta segunda dosis de Rituximab para el 22 de febrero de 2022 y revisión en un mes.

La interesada continúa con revisiones por el Servicio de Nefrología los días 15 de marzo, 4 de mayo y 29 de junio de 2022. En esta última consulta, se anota la falta de respuesta al tratamiento con Rituximab. Se ha mantenido la dosis de Prednisona 60 mg/día sin cambios desde hace 5 meses. Se pauta revisión con recuento de linfocitos B CD20 y rutina, en 1 mes, de cara a valorar otro ciclo de Rituximab.

En la revisión de 27 de julio de 2022, la reclamante se encuentra asintomática, sin problemas intercurrentes. Se explica la situación actual: enfermedad renal crónica residual después de recibir tratamiento con Rituximab. Reducción de la proteinuria con la introducción del I.E.C.A. y corrección del perfil lipídico con VYTORIN, y tras disminución progresiva de la dosis de Prednisona. Ausencia de datos de actividad de la vasculitis en ese momento y persistencia de la depleción de los CD20. Por lo tanto, no hay criterios de recibir otro ciclo de Rituximab. Se comentará el caso de la paciente en sesión clínica de cara a valorar realización de una segunda biopsia renal. La

paciente rechaza de momento la realización de una nueva biopsia renal. Se pauta cita en octubre “*con rutina + c-ANCA y p-ANCA*”.

En la consulta de 19 de octubre de 2022, la reclamante manifiesta dolores óseos generalizados post-terapia con glucocorticoides a altas dosis. Se pauta interconsulta a Reumatología para valorar dolores óseos persistentes. Se pauta revisión en 6 meses “*con rutina + cinética de hierro + P.T.H. + 25 OH Vit. D*”.

La reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el 26 de noviembre de 2022 por dolor dorsal sin relación con caídas ni traumatismos. Refiere que ha tenido episodios similares previos. Se realiza radiografía de columna dorsal en la que se aprecia fractura aplastamiento vertebral a nivel D6-D7 aproximadamente.

La interesada es vista en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, el 20 de febrero de 2023. Se anota que padece fractura atraumática, asociada a osteoporosis metaesteroidea por insuficiencia renal. Acude portando Jewett, sigue con dolor, pero parece ir poco a poco a menos. Pasea por la calle con andador para tener más estabilidad. Le han iniciado tratamiento antiosteoporótico (Denosumab) por Rehabilitación.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, y del Hospital Universitario 12 de Octubre, cuya actuación no es objeto de reproche (folios 136 a 396 del expediente).

Asimismo, se ha emitido informe, firmado el 13 de enero de 2023, por el jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, que señala que la reclamante fue evaluada por primera vez por la Sección de Nefrología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en junio del año 2021, cuando estaba ingresada a cargo del Servicio de Neumología. En el momento de esta primera evaluación, presentaba una insuficiencia renal, con un filtrado glomerular estimado de 38 ml/min, mínimas alteraciones del sedimento urinario y unos anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos positivos. Fue dada de alta en el mes de julio con un filtrado glomerular estimado de 49 ml/min. En ese momento, y desde el punto de vista nefrológico, se consideraron dos posibilidades diagnósticas, una glomerulonefritis mesangial IgA y una vasculitis con afectación glomerular.

El informe continúa explicando que la paciente fue reevaluada en la consulta de Nefrología el día 4 de agosto de 2021, veintinueve días después del alta. En sendas analíticas realizadas el 12 y el 26 de julio presentaba filtrados glomerulares estimados de 47 y 41 ml/min respectivamente. Es decir, a lo largo de algo más de un mes, los filtrados glomerulares estimados habían sido 38, 49, 47 y 41.

El informe señala que, considerando conjuntamente toda esta información, se concluyó que la paciente presentaba datos compatibles con una glomerulopatía, con un filtrado glomerular estable.

Según explica, las indicaciones absolutas reconocidas de realización de biopsia renal son: síndrome nefrótico, glomerulonefritis rápidamente progresiva, y fracaso renal agudo de etiología incierta. Señala que es cierto que se pueden realizar biopsias renales en otros contextos clínicos, en función de las necesidades de las características clínicas de los pacientes y que la reclamante no presentaba ninguno

de los criterios absolutos para la realización de una biopsia renal. Destaca que es cierto, que los anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos son un marcador de una glomerulonefritis rápidamente progresiva, pero esta entidad se caracteriza por un importante deterioro de la filtración glomerular, en cortos periodos de tiempo, lo que no era el caso de la paciente en este momento. Es más, añade, los anticuerpos del citoplasma de los neutrófilos son relativamente inespecíficos y pueden ser marcadores en enfermedades extrarrenales. Por ello, se decidió vigilar a la paciente y, cuando 4 meses después, el filtrado glomerular disminuyó a 21 ml/min se decidió la realización de la biopsia renal.

Por lo dicho, el informe concluye que el manejo de la paciente se realizó según los estándares clínicos renales, sin que haya habido retrasos en la implementación de medidas diagnósticas y terapéuticas.

El 18 de marzo de 2024, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y el informe emitido en el curso del procedimiento, y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que “*en la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias a (...), desde la hospitalización por Infección Respiratoria Aguda en junio/2021, los equipos sanitarios de NEUMOLOGÍA y NEFROLOGÍA procedieron con estrategias diagnóstica y terapéutica ajustadas a las guías clínicas actualizadas para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica secundaria a glomerulopatía de origen autoinmune. Pero se aprecia un retraso en la instauración del Protocolo de Prevención de Osteoporosis indicado con la aplicación de tratamiento corticoide a dosis alta por tiempo prolongado, con un alto riesgo previsible y modifiable de osteoporosis y fracturas patológicas, aunque el referido protocolo no debe considerarse condición sine qua non capaz de evitar la aparición del aplastamiento vertebral dorsal diagnosticado a la paciente*

Se ha incorporado al procedimiento un informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud, que indica que, sin analizar la praxis médica, su objeto es “*valorar las consecuencias que, el posible error ha podido provocar*”. Considerando que no se instauró un tratamiento preventivo de la osteoporosis en paciente con tratamiento de altas dosis de corticoides, lo que provocó fractura acuñamiento de T6-T7, valora el daño de la siguiente manera:

1) Lesiones temporales: desde el inicio de los síntomas de dolores óseos secundarios a la osteoporosis el 19 de octubre de 2022, hasta que se diagnostican las fracturas el 26 de noviembre de 2022, estos se consideran días de perjuicio personal básico. Posteriormente desde que se pauta el corset, hasta la última revisión en trauma el 22 de febrero de 2023, se consideran moderados. 5.063,60 euros.

2) Secuelas:

03010 III - Sistema músculo esquelético: fractura acuñamiento/aplastamiento. se considerará globalmente todo el segmento afectado de columna cervical, dorsal o lumbar. Menos de 50% de altura vertebral, 3 puntos. 2.440,92 euros.

Total, 7.504,52 euros.

El 11 de septiembre de 2024, se notifica a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia. No consta que la interesada formulara alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 13 de noviembre de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que, en base a lo informado por la Inspección Sanitaria y el informe de valoración del daño emitido en el curso del procedimiento, se interesa estimar parcialmente la

reclamación de responsabilidad patrimonial por un importe de 7.504,52 euros.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de noviembre de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 781/24, a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 12 de diciembre de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de

Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro sanitario integrado en la red sanitaria del SERMAS.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC “*el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. 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*”. En el presente caso, la reclamación se formula el 27 de diciembre de 2022, reprochándose el error de diagnóstico o diagnóstico tardío de una glomerulonefritis, diagnóstico que se alcanzó el 14 de enero de 2022, por lo que no cabe duda que la reclamación se habría formulado en plazo legal, sin necesidad de atender a la

asistencia sanitaria posterior y con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia prestada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, esto es, el Servicio de Nefrología del citado centro hospitalario. Además, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante, y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria en los términos anteriormente expuestos. Además, se ha conferido trámite de audiencia a la interesada que no formuló alegaciones, como hemos indicado en los antecedentes. Finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido estimatorio parcial de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas

que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor; y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid

de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6^a Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las

atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, al considerar que hubo mala praxis al no realizar las pruebas diagnósticas oportunas, tras la primera

sospecha establecida durante el primer ingreso en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias en junio de 2021, lo que en su opinión habría permitido un diagnóstico más temprano de la glomerulonefritis secundaria a vasculitis que padece, y a lo que imputa las secuelas que sufre.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias fuera contraria a la *lex artis ad hoc*. Por ello habrá que estar a lo informado en el procedimiento, en particular, por la Inspección Sanitaria, en atención a la especial relevancia que solemos otorgar a su informe por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras].

En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la Inspección Sanitaria ha concluido en su informe que los equipos

sanitarios de Neumología y Nefrología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias procedieron con estrategias diagnósticas y terapéuticas ajustadas a las guías clínicas actualizadas para el manejo de la enfermedad renal crónica secundaria a glomerulopatía de origen autoinmune. No obstante, aprecia un retraso en la instauración del protocolo de prevención de osteoporosis indicado con la aplicación de tratamiento corticoide a dosis alta por tiempo prolongado, con un alto riesgo previsible y modificable de osteoporosis y fracturas patológicas.

Así pues, analizando los reproches de la reclamante, a la luz de los informes médicos que obran en el procedimiento contratados con la historia clínica examinada, resulta que la interesada ingresó en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias el 21 de junio de 2021 con el diagnóstico de neumonía en lóbulo inferior izquierdo con FINE III en paciente con asma bronquial de reciente diagnóstico. Durante dicho ingreso, se detectaron alteraciones bioquímicas sugerentes de deterioro de la función renal con elevación de inmunoglobulina A sérica, por lo que el Servicio de Neumología solicitó interconsulta a Nefrología. El deterioro de la función renal fue interpretado inicialmente como secundario al proceso de infección respiratoria aguda y se solicitó estudio de autoinmunidad (con elevación de IgA y p-ANCA), citología en orina y ecografía renal preferente (citada para el 9 de julio de 2021).

Según ha informado en el procedimiento el Servicio de Nefrología, durante el ingreso se manejaron como posibles diagnósticos los de sospecha de vasculitis IgA con afectación glomerular, o glomerulonefritis mesangial IgA, con referencia a valoración de posible biopsia renal en sesión clínica, y revisión en consulta externa citada para el 4 de agosto de 2021.

Para la Inspección Sanitaria, este proceso asistencial con hospitalización concluyó con adecuada orientación diagnóstica de la

patología renal basada en los hallazgos clínicos y analíticos, y continuidad asistencial planificada con seguimiento por consulta externa.

La reclamante considera que desde ese primer momento se debería haber pautado una biopsia renal, criterio que es rechazado por los informes médicos que obran en el procedimiento. En este sentido, el informe del Servicio de Nefrología explica que las indicaciones absolutas reconocidas de realización de biopsia renal son el síndrome nefrótico, glomerulonefritis rápidamente progresiva, y fracaso renal agudo de etiología incierta y que la interesada no presentaba ninguno de ellos. Aclara que, si bien es cierto que los anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos son un marcador de una glomerulonefritis rápidamente progresiva, esta entidad se caracteriza por un importante deterioro de la filtración glomerular, en cortos períodos de tiempo, lo que no era el caso de la paciente en ese momento. Además, los citados anticuerpos son relativamente inespecíficos y pueden ser marcadores en enfermedades extrarrenales. Es por ello que se decidió vigilar a la paciente y cuando 4 meses después el filtrado glomerular disminuyó a 21 ml/min se decidió la realización de la biopsia renal.

En la misma consideración incide la Inspección Sanitaria al indicar que la confirmación diagnóstica a través de biopsia renal fue objeto de análisis en sesión clínica multidisciplinaria, en la que se valoró oportuno diferir el procedimiento en base a criterios de estabilidad clínica, deterioro leve y estable de función renal / poca expresividad de la enfermedad glomerular. En la primera consulta de Nefrología tras el alta hospitalaria, realizada el 4 de agosto de 2021, ante la estabilidad clínica y analítica con persistencia de alteración de los parámetros de función renal en niveles similares a los detectados durante la hospitalización, el equipo sanitario decidió mantener

observación, programando revisión de la paciente en 6 meses. Posteriormente, en la consulta de Nefrología de 4 de enero de 2022, se comprobó deterioro importante de la función renal en indicadores séricos y en orina, por lo que, ante la evidencia de glomerulopatía progresiva, ya estaba indicada la realización de biopsia renal, que se realizó con ingreso hospitalario y sin complicaciones el 13 de enero de 2022, confirmando el diagnóstico de glomerulonefritis pauciinmune con semilunas.

Para la Inspección Sanitaria, en esta etapa del proceso asistencial se aprecia una adecuada valoración de los criterios indicativos de biopsia renal, el procedimiento se realizó con seguridad, incluyendo TAC abdominopélvico con contraste añadiendo nefroprotección, que descartó hematoma perirrenal u otras complicaciones.

Como resulta de la historia clínica examinada, una vez alcanzado el diagnóstico se instauró tratamiento farmacológico inductor de la remisión con la combinación de Prednisona y Rituximab que, en palabras de la Inspección Sanitaria, se trata de un tratamiento acorde a las guías clínicas actualizadas para el manejo de la glomerulonefritis.

Ahora bien, aunque toda la actuación sanitaria hasta ahora analizada, fue ajustada a las guías clínicas actualizadas para el manejo de la enfermedad renal crónica secundaria a glomerulopatía de origen autoinmune, no apreciándose el retraso de diagnóstico que reprocha la reclamante, como hemos adelantado, la Inspección Sanitaria destaca la falta de valoración del riesgo osteoporótico asociado al tratamiento corticoide a altas dosis.

En relación con ello, considera que era procedente haber iniciado tratamiento antiosteoporótico coincidiendo con el inicio del tratamiento con Prednisona en base a la duración prevista del tratamiento superior a 3 meses, con dosis superior a 30 mg/día.

Señala que la primera referencia al inicio de tratamiento farmacológico antiosteoporótico con Denosumab, aparece en la consulta de Traumatología del Hospital Universitario 12 de octubre, de 20 de febrero de 2023, para revisión posterior al aplastamiento vertebral dorsal diagnosticado en el Servicio de Urgencias del propio centro el 26 de noviembre de 2022. Por ello, aunque destaca que el referido protocolo de prevención de osteoporosis, no debe considerarse condición sine qua non capaz de evitar la aparición del aplastamiento vertebral dorsal diagnosticado a la paciente, considera que dicha fractura por aplastamiento vertebral dorsal no traumática, puede interpretarse como expresión de un efecto adverso previsible, no intencionado, dependiente de la alta dosis y duración prolongada del tratamiento con Prednisona, sin valoración del riesgo de osteoporosis ni fracturas patológicas pre-tratamiento, y con inicio del tratamiento farmacológico antiosteoporótico tras el diagnóstico de la lesión.

Por lo expuesto, atendiendo al criterio expuesto por la Inspección Sanitaria, cabe considerar que, si bien el Servicio de Nefrología actuó conforme a la *lex artis* en el diagnóstico de la enfermedad renal de la interesada, y aunque pautó el tratamiento adecuado para la misma mediante corticoides, sin embargo, no valoró adecuadamente el riesgo osteoporótico de dicho tratamiento, lo que ha influido en la evolución posterior de la interesada, por lo que debe ser indemnizada en este concreto aspecto, al constituir un daño antijurídico que no está obligada a soportar.

QUINTA.- Acreditada la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad entre el mismo y el funcionamiento de los servicios públicos según lo dicho en la consideración anterior, procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños que hemos considerado indemnizables según el momento en que se produjeron, de conformidad con el artículo 91.2 de la LPAC.

Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, se ha incorporado al procedimiento un informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud, que como hemos dicho, analiza el daño derivado de la falta de instauración de tratamiento preventivo de la osteoporosis en paciente con tratamiento de altas dosis de corticoides, lo que provocó una fractura acuñamiento de T6-T7, que es el daño que hemos considerado indemnizable.

En atención a dicho informe, y a falta de otro criterio técnico aportado por la interesada, parece razonable indemnizar como perjuicio personal básico, los días transcurridos desde que la reclamante comenzó a presentar dolores óseos generalizados que se constataron en la consulta de 19 de octubre de 2022, hasta que se diagnóstica la fractura aplastamiento vertebral el 26 de noviembre de 2022. El resto de días, tras la pauta de tratamiento y la última revisión en el Servicio de Traumatología el 22 de febrero de 2023, sería días de perjuicio moderado. Por lesiones temporales, le correspondería una indemnización de 5.063,60 euros.

A dicha cantidad, debe sumarse la indemnización por secuelas, que consisten en la fractura acuñamiento/aplastamiento, que el informe de valoración del daño, califica con 3 puntos, lo que supone una indemnización de 2.440,92 euros por este concepto.

Así las cosas, cabe reconocer la indemnización fijado en el citado informe de valoración por un importe de 7.504,52 euros, cantidad que acoge la propuesta de resolución y que deberá actualizarse a la fecha que ponga fin al procedimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la interesada una indemnización de 7.504,52 euros, que deberá actualizarse a la fecha que ponga fin al procedimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 12 de diciembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 778/24

Excmo. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid