

Dictamen n.º: **562/25**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **29.10.25**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 29 de octubre de 2025, 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 la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario La Paz y el Centro de Especialidades Periférico “José Marvá”, por entender que en vez de un tratamiento farmacológico, tendrían que haberle prescrito una dieta sin gluten.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado el 27 de marzo de 2023, por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

En el formulario de reclamación, únicamente señala el 4 de octubre del 2022 como fecha final del daño psíquico extraordinario con estado ansioso-depresivo que sufrió y de conocimiento del alcance total de los daños y perjuicios que padeció. Cita como lugar principal en el que ocurrieron los hechos la consulta de Medicina Interna-

Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz (en adelante, HULP) y como lugares secundarios, los servicios de Dermatología, Neurología, Neurocirugía y Cardiología de dicho hospital, así como el Servicio de Dermatología del Centro de Especialidades Periférico (en lo sucesivo, CEP) “José Marvá”. Hace referencia a una documentación en la que detalla la reclamación, que no aporta.

Requerida por la Administración, el 18 de julio de 2023 la reclamante presenta un escrito en el que desarrolla sus pretensiones.

En primer lugar, distingue, como perjuicio que dice haber sufrido, un perjuicio personal y un perjuicio patrimonial.

Describe como perjuicio personal el perjuicio físico, psíquico, orgánico y cognitivo por padecer síntomas sistémicos limitantes/incapacitantes, efectos secundarios derivados de los tratamientos crónicos con los fármacos recetados por los médicos especialistas del HULP y consecuencias derivadas de la administración diaria de corticoides así como de su disminución y retirada, que sufrió desde el 12 de mayo de 2016, fecha de inicio de las consultas en el Servicio de Medicina Interna del HULP hasta el día 4 de octubre de 2022, fecha del alta del seguimiento psicológico por el daño psíquico que sufrió; el perjuicio moral por pérdida de la calidad de vida ocasionada por los síntomas sistémicos y por los efectos secundarios de los fármacos, concretado en la pérdida de autonomía, desarrollo personal y de la opción de quedarse embarazada.

Aduce también que la incapacidad para realizar cualquier actividad laboral le ha producido un perjuicio patrimonial, por pérdida de los ingresos derivados del trabajo, de los ahorros y de un depósito de ahorro pignorado al crédito hipotecario que han provocado que tenga que pedir ayuda económica a los Servicios Sociales del ayuntamiento.

Hace una relación detallada de los síntomas sistémicos que ha padecido: tumefacción generalizada y dolorosa, mialgias y artralgias generalizadas, episodios febriles, astenia crónica, dolor torácico con inspiración profunda, fenómeno de Raynaud, dactilitis, varios dermatológicos, pérdida de agudeza visual, xerostomía, sinusitis crónica, reflujo faríngeo-laríngeo, disfagia alta, hernia de hiato incipiente, dispepsia, dolor abdominal de la fosa ilíaca, menstruación irregular, migrañas, síncope vasovagal, disnea de esfuerzo y palpitaciones.

Describe el tratamiento farmacológico que se le pautó, y manifiesta que, como refleja su historia clínica, refería casi continuamente regular o mal control de la sintomatología, a pesar de la medicación, *“cuando con una Dieta Sin Gluten hubieran remitido todos los síntomas sistémicos que padecía, yo estuve en tratamiento farmacológico ininterrumpido, sin posibilidad de descansos ni alternativas y con aumento gradual de las dosis de los fármacos, desde el día 24/04/2017 hasta el día 31/01/2022”*.

Añade que *“el día 31/01/2022, después de casi 5 años de mi vida con farmacoterapia inmunosupresora continuada, abandoné el tratamiento inmunosupresor (Prednisona y Metotrexato) tras meses previos de desescalada gradual de ambos. El resto de la medicación fue interrumpida también en dicha fecha”*.

Asimismo, indica que el día 25 de enero de 2022, en la consulta de la Unidad de Cefaleas, le retiraron el tratamiento con Gabapentina, iniciado el 23 de febrero de 2018, y que tuvo que mantener durante casi cuatro años de su vida.

Señala que en Cardiología le recetaron diltiazem el 27 de abril de 2021, que dejó de tomar en octubre de 2021, y hace un repaso a otra medicación que tomó durante el año 2019.

A continuación, detalla cronológicamente las asistencias médicas recibidas desde el año 2016 hasta el año 2022, comenzado por señalar que, en el año 2005, con 25 años de edad, le realizaron un estudio inmunológico en el Hospital “Gregorio Marañón”, coincidiendo con un episodio de edema, que mostró un resultado positivo en la determinación de inmunocomplejos circulantes y el parámetro C4 bajo.

Reitera en diversas ocasiones a lo largo de su extensa reclamación la afirmación de que *“con una dieta sin Gluten hubieran remitido todos los síntomas sistémicos que padecía...”* y se pregunta cómo pudo ser que, ni los médicos de Medicina Interna, ni los especialistas de los demás servicios a los que les pidió una interconsulta (Inmunología, Dermatología, Neurología, Neurocirugía, Rehabilitación, Unidad del Dolor, Cardiología), reflexionaran sobre la justificación de su empeoramiento y aparición de más síntomas, pues todos le vieron sufrir y empeorar y lo único que hicieron de forma irreflexiva fue aumentar y aumentar las dosis de los medicamentos y añadir más fármacos. Asimismo, no se explica que ningún médico tuviera el interés de repasar su historia clínica completa, ni tuviese el conocimiento de que los síntomas sistémicos que sufría mejoraban e incluso podían desaparecer con una dieta sin gluten.

Solicita, por todo ello, una indemnización de daños y perjuicios sin determinar su importe.

Adjunta con su escrito diversa documentación médica, documentación relativa a su situación laboral, a la ayuda social solicitada y a la discapacidad reconocida, un artículo científico sobre celiaquía, un contrato de prenda y movimientos bancarios relacionados con éste.

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

Se trata de una paciente, nacida en 1980 que, de acuerdo con la historia clínica incorporada al expediente, tiene como antecedentes de interés, prolactinoma que remitió, migrañas desde los veintitrés años que trata con naproxeno, dermatitis seborreica, tres hernias/protrusiones discales lumbares y otras dos hernias cervicales, dolores articulares y sinusitis crónica.

Acude por primera vez a la consulta de Medicina Interna del HULP el 12 de mayo de 2016, remitida por Endocrinología, porque a las tres semanas de suspender Dostinex presentó hinchazón generalizada pero más acusada en cara y extremidades; le duró dos semanas y disminuyó paulatinamente persistiendo hinchazón en muñecas, manos, piernas y tobillos que de vez en cuando se ponía de color violeta (varias horas). En 2005 coincidiendo con otro episodio de hinchazón, se determinó estudio inmunológico (ANA, FR, C, ANTI AML, ALKM) incluido el inhibidor del C1, resultando todo normal. Había sido vista por Cirugía Vascular, por cardiólogo (normal), proteinograma (normal) y proteinuria (negativa). Menstruaciones en ese momento regulares, con hinchazón premenstrual. No tenía intolerancia al frío. De los datos de exploración física se destaca la no existencia de edema en cara y extremidades, la tensión arterial con tendencia baja, siendo el resto normal. Se solicita analítica de sangre (hematimetría, bioquímica, proteínas totales en suero, ACTH y cortisol basal en suero) y analítica de orina 24 horas. No se aprecia una causa precisa que explique los síntomas de la paciente. Podría tratarse de un edema idiopático o cíclico de influencia hormonal. Solicita nuevo estudio inmunológico.

Vuelve a revisión el 21 de julio. Los resultados de los análisis solicitados estaban dentro de los valores de referencia con la excepción de una disminución de los niveles de la fracción 4 del complemento (12,90 mg/dL con valores de referencia entre 14-60). Con idéntico diagnóstico, se recomienda dieta hiposódica, evitar la toma de

ibuprofeno (en su lugar tomar paracetamol de 1 gramo) y vigilar los cambios de peso. Se remite a la consulta externa de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna.

El 7 de septiembre de 2016, vista en la consulta de Enfermedades Autoinmunes, se anota en su historia clínica: mujer de 35 años remitida desde consultas de Medicina Interna para “de edema” (sic). Clínica de más de 10 años de evolución de tumefacción en miembros inferiores (en adelante, MMII) ocasionalmente con fóvea. En 2010 estudiada por amenorrea con episodios aislados de galactorrea, en 2012 con el diagnóstico de hiperprolactinemia inicia tratamiento con cabergolina durante 2 semanas, posteriormente en 2013 con el diagnóstico de microadenoma/prolactinoma. mantiene tratamiento con cabergolina desde 2013 a junio de 2015. Sin presencia de edema con administración de cabergolina y control de clínica asociada consistente en sofocos, amenorrea y galactorrea, tras control en julio de 2015 con RMN se constata remisión prolactinoma. Tras retirada de cabergolina, menstruaciones regulares con persistencia de edema facial y en MMII, no identificado desencadenante. Duración en torno a 48-72h. Además, artralgias/artritis en manos, rodillas con mialgias periarticulares. Eritema fluctuante y episodios febriles de una semana de evolución. Posible fenómeno Raynaud. No disnea ni dolor torácico, no dolor abdominal, no diarrea ni rubefacción con ingesta. No alteraciones genitourinarias. Refiere pérdida de agudeza visual reciente en estudio por Oftalmología. No otra clínica referida. En tratamiento con naproxeno/ibuprofeno ocasional. Tiene una hermana con tiroiditis de Hashimoto. Se realiza exploración física y se anota el resultado. Analítica 2005: C3 N; C4 10,8. FR (-); PCR – C1 esterasa negativo. (En contexto crisis edematosa) Inmunocomplejos Positivos. 2016: Orina 24 horas sin alteraciones. C3 N; C4 12,9; Inmunocomplejos negativo. ANA. AntiScl70; Anticentrómero Negativo; ACTH, Cortisol; TSH, T4 normales.

Se emite como juicio diagnóstico: Edema intermitente a estudio. Artralgias. A descartar Síndrome Carcinoide.

En la revisión de 5 de octubre de 2016 en Enfermedades Autoinmunes, se anota que añade sintomatología dolor torácico con inspiración profunda y astenia. Episodios de dactilitis. AL negativo Ac antocardiopina negativos. ANCA negativos. C3 normal. C4 13.5. Crioglobulinas negativo. BQ: LDHb 194. Resto normal. CK 79. FG: >90ml/min. ColTotal 204. TSH 3,4; t3 1,35; Prolactina 9,96; Cromogranina A normal. VSG 5mm/h. OE: Normal. D 1,007. Orina 24h: 5OH Indolacético 0,2; Ac.VanilMandelico 2,89; Catecolaminas 45,4 (Normales). Anal 14/10/16: Igs, Proteinograma sin alteraciones. ANA, ENA, Anti Jo1M SM, RNP, SCl70; Ro/Labnegativo. Serologías: VI H, VHC, VHB Sfilis(-). R. conori; Coxiella; Borrelia: (-); Rubeola, Varicela, Sarampión, Parotiditis IgG (+) Toxoplasma (-); VHS IgG(+); M.pneumoniae IgM/IgG (-) Chlamydia (-); EBNA, CMV IgG(+). Capilaroscopia: Pendiente. Diagnóstico principal: Edema a estudio. Oligoartritis. A descartar serositis. Posible Dermatomiositis. Revisión en Medicina Interna tras realización de capilaroscopia, radiografía (Rx) tórax y rodillas, pruebas funcionales respiratorias (PFR) y difusión.

El 6 de noviembre de 2016, tras referir los síntomas que padece, se resumen: afectación articular con artralgias, mialgias, Raynaud, con capilaroscopia con tortuosidades sin megacapilares ni ausencia, afectación miopática leve en electromiografía (EMG) sin miositis, y lesiones cutáneas que podrían corresponder a placas de esclerosis sistémica. Preesclerodermia? EMTC? (Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo). Ampliamos estudio con inmunología de patrón de miositis y valorar estudio déficit C4. Valoración en Dermatología. Revisión con resultados.

El 27 de abril de 2017, en Enfermedades Autoinmunes, se refleja que ha acudido a Urgencias el día 24 por dolor. Comenzó el 3 de abril

con dolor intenso muscular proximal izquierdo / neuropático sin mejoría con AINES. No recuerda claramente a episodios de lumbalgia previos. Valorada en Neurocirugía que solicita RM de columna por antecedentes de hernias discales. Ha notado mejoría del dolor muscular y de artralgias, menos tumefacción en manos y mejoría de sensación de esclerosis cutánea. Analítica hace una semana con crioglobulinas negativas. Inmunocomplejos negativos. CK normal. Inició urbasón 40 mg el lunes, prednisona 30 mg 2 días, desde ayer 15 mg al día. Ya no precisa ibuprofeno. Prednisona 15 mg 3-4 días, posteriormente bajar a 10 mg 5-7 días, y luego 7,5 mg una semana, y continuar con 5 mg y revisión en un mes.

El 24 de mayo de 2017, se anota que toleró el descenso de corticoides hasta los 10 mg, al llegar a esta dosis comienza a notar empeoramiento de tumefacción y mialgia que se recrudecen más sobre todo al descender a 7,5 mg por lo que a los dos días escala de nuevo a 10 mg, a pesar de lo cual refiere regular control de síntomas. Refiere febrícula de 37,3 °C. No úlceras orales o genitales, sí refiere sensación de cuerpo extraño en la garganta y necesidad de beber agua a pequeñas cantidades con frecuencia. Sequedad ocular ha empeorado con la desescalada de corticoides. Plan: Aumentar prednisona a 15 mg/día. 15 días tras inicio de la toma de metrotexate disminuir dosis de prednisona a 15 mg a días alternos con 10 mg durante una semana. Pasada esa semana continuar pauta descendente previa. Iniciar metrotexate 2,5 mg 1-0-1 los jueves. Acol 1 comprimido los viernes por la noche. Iniciar suplementación de calcio + vitamina D. Revisión en 1 mes. Revisar informe de Inmuno.

En la revisión de 12 de julio de 2017, se hace constar que el 25 de mayo comenzó con metotrexato con mejoría franca a los pocos días. Sin mialgias ni fasciculaciones, así como de la tumefacción. Sólo reapareció la clínica al disminuir a 7,5 mg la prednisona, de forma leve, y algo más acusada con 5 mg. El estudio inmunológico realizado es normal en

todos los aspectos estudiados. Mantener metotrexato 2,5 mg cada 12 horas los jueves. Prednisona 7,5 mg por la mañana, que podrá aumentar a 10 mg los días que se encuentre peor. Revisión en septiembre (citar antes si empeoramiento clínico) para evaluación clínica.

El 26 de julio de 2017 acude a consulta de Endocrinología en el CEP “José Marvá”. El juicio clínico/diagnóstico es de Hipotiroidismo subclínico. Buen estado general. Reglas regulares. No deseo gestacional. Posible esclerosis sistémica en seguimiento por Medicina Interna. En tratamiento con metotrexato y prednisona 10 mg. recomendaciones terapéuticas: Resto de medicación según Atención Primaria y resto de especialistas. Revisión en un año con analítica.

Vuelve a Enfermedades Autoinmunes el 20 de septiembre de 2017: Paciente en seguimiento por probable preesclerodermia vs enfermedad mixta del tejido conectivo por afectación articular con artralgias, mialgias, Raynaud, con capilaroscopia con tortuosidades sin megacapilares ni ausencias, afectación miopática leve en EMG sin miositis, y lesiones cutáneas que podrían corresponder a placas de esclerosis sistémica. Refiere empeoramiento clínico de las mialgias y fasciculaciones a los 4 días de haber bajado dosis de prednisona a 7.5mg/24h; con imposibilidad para bajar a 5mg; por lo que volvió a dosis de prednisona 10mg/24h desde el 20 de julio de 2017, con la que continúa. Refiere sensación de cuerpo extraño alta, con dudosa disfagia, que mejoró al aumentar la dosis de prednisona. Anotó el control analítico de julio. Estudio de Inmunología: normal. Plan: Aumentar metotrexato a 2.5mg cada 12 horas los jueves y 2.5mg en desayuno los viernes. Ácido fólico a las 24 horas. Prednisona 10mg un comprimido diario, alternando con 7.5mg; intentando bajar a 7.5mg o dosis mínima tolerada hasta próxima revisión. Continuar con Natecal

D. Solicita tránsito EED (esofagogastroduodenal). Revisión en diciembre con analítica.

El 24 de enero de 2018, en Enfermedades Autoinmunes, se reseña la valoración de Otorrinolaringología: exploración dentro de la normalidad con degluciones eficaces y coordinación muscular perfecta. Se planteó tratamiento con omeprazol a 40mg/día durante 3 meses ya que presenta síntomas compatibles con reflujo faringo-laríngeo. TGI (tracto gastro intestinal) pendiente en febrero, pendiente de vigilar hipercolesterolemia. En función de resultados solicitar pHmetría. Revisión 2 meses.

El 21 de marzo de 2018 en la revisión de Enfermedades Autoinmunes se anota que ha sido valorada en Neurología por algia facial de características inespecíficas en paciente con migrañas y alteración sensitiva de distribución inespecífica, iniciándose tratamiento con Gabapentina y pidiendo RM (resonancia magnética) craneal. No ha precisado aumentar esteroides de nuevo. Valorada en Neurocirugía por hernias discales lumbares y cervical con RX dinámica con signos degenerativos. Analítica hemograma normal, VSG 5 bioquímica general normal, CPK normal, Colesterol 198 LDL 113, PCR normal, Ferritina normal. TGI: Hiato amplio / hernia de hiato incipiente sin RGE (reflujo gastroesofágico) durante la exploración ni signos de esofagitis. Tratamiento: Prednisona 10 mg alterando con 7,5 mg desde octubre. Bajar a 7,5 mg al día un mes, si no complicaciones bajar a 7,5 mg alternando con 5 mg al día un mes. Continuar con 5 mg al día si no complicaciones. Metotrexato a 2.5mg cada 12 horas los jueves y 2.5 mg en desayuno los viernes. Ácido fólico a las 24 horas. Natecal D. Gabapentina. Omeprazol 40 mg al día, si mejora dispepsia y reflujo intentar reducir a 20 mg al día. Levantar el cabecero de la cama 5 cm. Revisión con analítica + vitamina D en 4 meses.

El 11 de abril de 2018, acude a Urgencias del HULP por síncope y después de realizarle numerosas pruebas, se le da el alta con el juicio clínico de síncope vasovagal sin signos de alarma. Vuelve el día 14 con contractura muscular paravertebral cervical y contusión de rodilla Enantyum 25 mg cada 8 horas, alterno con Paracetamol 1g/8 horas si más dolor. Omeprazol 20mg un comprimido antes del desayuno mientras tome Enantyum de manera regular. Diazepam 2.5 mg antes de dormir durante 5 días, si precisa.

El 4 de mayo de 2018, en la revisión de Neurología se hace constar la valoración en ese momento y, con el diagnóstico de algia facial de características inespecíficas (con signos trigéminoautonómicos) en paciente con antecedentes de migraña-hipoestesia de distribución inespecífica (posible neuropatía v1 izquierda), se mantiene Gabapentina 300 mg 1-1-1. Citar en Unidad de Cefaleas para valoración y revisión según evolución.

El 4 de mayo de 2018, en la revisión de Endocrinología en el CEP “José Marvá”, con el juicio clínico de hipotiroidismo subclínico, se mantiene la medicación y se le cita para el año siguiente.

El 31 de mayo de 2018, acude sin cita programada a Enfermedades Autoinmunes por empeoramiento de sintomatología, por lo que se ajusta dosis de tratamiento inmunosupresor con prednisona 10 mg dos semanas, y reducción posterior.

El 19 de junio de 2018 acude a consulta de Cefaleas. Refiere mejoría y empeoramiento en relación con subidas o bajadas con corticoides. El inicio del dolor es a nivel de Punto de Arnold Izquierdo irradiado hacia adelante hasta la hemifacies izquierda sobre todo a nivel 1ª y 2ª rama en zona V Par Izquierdo. La intensidad era muy alta, pero ha tenido una respuesta excelente a Gabapentina 300 mg: 1-1-1, sin dolor o algún episodio leve. Además, mejoró de la migraña teniendo sólo

1 ataque/mes leve, también que cede con Ibuprofeno (nunca ha necesitado tomar Triptanes). Dolor a la Palpación a nivel de Punto de Arnold Izquierdo. RM cerebral: sin hallazgos significativos. Diagnóstico: Migraña Episódica Infrecuente. Probable Neuralgia de Arnold Izquierda. Tratamiento: Se realiza infiltración a nivel de Punto de Arnold Izquierdo con Trigón y Lidocaina. Si cefalea, Ibuprofeno 600 mg. Mantener Gabapentina 300 mg 1-1-1, si empeoramiento subir a Gabapentina 400mg: 1-1-1. Hacer diario de dolor. Revisión 3 meses.

El 11 de julio de 2018, en Enfermedades Autoinmunes: Mejoría tras aumentar MTX (metrotexato). Recoge la valoración de Neurología. Además, dos hernias cervicales, valorado por Neurocirugía sin indicación neuroquirúrgica. Leve dactilitis en alguna ocasión. Amenorrea de 3 meses sin diplopia, galactorrea ni otra sintomatología sugestiva de prolactinoma (dada de alta de Endocrinología tras descartarlo). Refleja el resultado de la analítica. EMG: se observan datos de miopatía difusa crónica de grado leve, sin signos de lesión aguda-inflamatoria (no miositis). Con respecto al estudio previo (febrero-17) no se observan cambios significativos, aunque en la presente exploración se definen más claramente los signos de miopatía. No hay evidencia de polineuropatía. Tratamiento: Metrotexato 10 mg semanal (repartido en desayuno, cena y siguiente desayuno) sólo un día a la semana. Acfol 5 mg al día siguiente. Prednisona 10 mg alternando con 7,5 mg al día. En agosto si mantiene mejoría bajar a 7,5 mg al día un mes, en septiembre bajar a 7,5 mg alternado con 5 mg al día. Natecal D un comprimido al día Omeprazol 20 mg en desayuno. Gabapentina 300 mg en desayuno, comida y cena. Revisión en octubre con DMSO (densidad mineral ósea).

En la revisión de 20 de septiembre de 2018, en la Unidad de Cefaleas: mejoría tras la infiltración durante unas 2 semanas. Posteriormente, en relación con su enfermedad de base y bajada de corticoides aumentaron crisis de migraña (en general moderadas) en julio y al subirle corticoides en agosto y ahora en septiembre bastante

mejoría aún con bajada de corticoides (en este mes sólo 1 episodio). Gabapentina bien tolerada. Buena respuesta a Ibuprofeno. Tratamiento: si Cefalea Ibuprofeno 600 mg. Mantener Gabapentina 300 mg 1-1-1, si empeoramiento subir a Gabapentina 400mg: 1-1-1. Hacer Diario de dolor. Revisión 3 meses.

El 28 de noviembre de 2018, tras evaluar a la paciente, en Enfermedades Autoinmunes se modifica la pauta de la medicación: Metrotexato 10 mg semanal (repartido en desayuno, cena y siguiente desayuno) sólo un día a la semana. Acfol 5 mg al día siguiente. Prednisona 7.5mg un comprimido en desayuno. En mediados de diciembre disminuir a 5mg alternando con 7.5mg durante un mes. Tras ello 5mg al día hasta revisión. Natecal D un comprimido al día. Omeprazol 20 mg en desayuno. Gabapentina 300 mg en desayuno, comida y cena.

El 22 de abril de 2019, es valorada en Dermatología. Moderado número de nevus melanocíticos sin atipia relevante. Presenta alguna QS. No esclerodactilia ni datos de esclerosis sistémica. No telangiectasias llamativas. Diagnóstico principal: Nevus melanocíticos.

El 29 de mayo de 2019, en Enfermedades Autoinmunes: Mal control tras intentar bajar esteroides desde abril a 7,5 mg alterando con 5 mg. Dolor costal a punto de dedo en arco costal anterior derecho que refiere desde enero de 2018, sin claro antecedente traumático. Nota palpitaciones rápidas con FC 99-106 con sensación de disnea y dolor opresivo reciente desde hace unos días 3-4 veces al día. Auscultación pulmonar normal. Sat basal normal Fc 90 lpm. Ecocardiograma y espirometría sin alteraciones. Analítica con VCM 100, perfil renal y hepático normales. Sedimento de orina normal BNP normal. Tratamiento: Metrotexato 15 mg semanal (repartido en desayuno, cena y siguiente desayuno) sólo un día a la semana. Acfol 5 mg al día siguiente. Prednisona alternando con 5 mg al día. Natecal D un

comprimido al día Omeprazol 20 mg en desayuno. Gabapentina 300 mg en desayuno, comida y cena. Complidermol 2 pastillas al día 2-3 meses. Solicita ECG Holter, TSH, T4 radiografía costal derecha. Gammagrafía ósea. Se solicitan análisis con las siguientes observaciones: “*celiaca en familiar*”. Se solicitó anticuerpos de celiaca.

En la revisión en Neurología el 6 de junio de 2019: Permaneció estable (1-2 crisis leves/mes) hasta hace 2 semanas que fue bajando los corticoides (los toma por esclerosis sistémica), sobre todo con dolor a nivel de zona NOM Izquierdo. Alguna migraña de intensidad moderada en relación falta de sueño. Dolor a nivel de Punto de NOM Izquierdo(+). Tratamiento: Si Cefalea Ibuprofeno 600 mg. Se infiltra Mepivacaina a nivel NOM Izquierdo. Mantener Gabapentina 300 mg 1-1-1, si empeoramiento subir a Gabapentina 400mg: 1-1-1. Hacer Diario de dolor. Revisión 3 meses.

El 1 de agosto de 2019 acude a Urgencias por exacerbación, hasta impedir el movimiento, de un dolor lumbar irradiado a miembros inferiores con parestesias asociadas de meses de evolución. Después de hacerle los estudios oportunos, le pautaron Tramadol y Primperán. Lumbociatalgia sin datos de alarma. Acudió nuevamente los días 9 y 10 de agosto y después de realizarle pruebas y pautarle medicación, con el diagnóstico de lumbociática irradiada a MII en paciente con discopatía lumbar, con compromiso radicular, le recomendaron citarse con Neurología y con Urología.

El 14 agosto de 2019, en revisión en Enfermedades Autoinmunes se anota que ha sido valorada en Urgencias, los resultados de las pruebas: RM -resonancia magnética- columna lumbar 10 de agosto de 2019: Protrusión discal posterolateral izqda. L5-S1 con posible irritación radicular. No se visualiza compresión medular o de cola de caballo. RM lumbar previa en 2017 existía protrusión de base ancha sin compromiso radicular a nivel L5-S1. Estudio sin hallazgos

gammagráficos significativos en esqueleto. Registro Holter ECG de 24 horas en ritmo sinusal, con FC mínima 59, promedio 81 y máxima 127 lpm y variabilidad normal. No se observan pausas. Extrasistolia supraventricular y ventricular anecdótica. No otras arritmias. Análisis de 31 de mayo: TSH 3.21  $\mu$ UI/mL (0.55 - 4.78), T4 libre 1.33 ng/dL (0.78 - 1.53), T3 Total 0.99 ng/mL (0.6 - 1.81), Anticuerpos Antiperoxidasa 44.2 U.I./mL (0 - 60), Transglutaminasa IgA 0.5 UA/L (0 - 10). Remite a Urgencias para reevaluar paciente con hernia discal lumbar baja con afectación radicular que refiere clínica sugestiva de afectación síndrome de cola de caballo (incontinencia de esfínteres, hipoestesia en periné o silla de montar) que ha precisado incluso sondaje vesical.

En Urgencias es valorada por Neurocirugía: lumbociática izquierda secundaria a hernia discal que requiere valoración por Neurología que diagnostica lumbociatalgia izquierda por hernia lumbar L5-S1 y seguir recomendaciones de Neurocirugía.

Vista nuevamente por Neurocirugía el 17 de septiembre de 2019, se hizo constar en el informe: *“a nuestra valoración en la RM se aprecia una importante inflamación de la raíz S1 que no consideramos que sea exclusivamente por la protrusión discal. Si bien es real que dicha protrusión contacta con la raíz, no la comprime y no justificaría tal inflamación. Además, paciente tiene patología basal de esclerosis y cuadro comenzó justo con descenso de corticoides. Por ello, ante sospecha de cuadro de neuritis, recomendamos restablecer dosis habitual de corticoides. Revisión por internista habitual, y revisión en consulta en 3 meses”*.

En Enfermedades Autoinmunes, el 2 de octubre de 2019, en seguimiento por Esclerosis sistémica. Está discretamente mejor con menos dolor en MII sugestivo de radiculopatía. Se retiró sonda vesical sin incidencias. Protrusión discal posterolateral izda. L5-S1 con posible

irritación radicular. No se visualiza compresión medular o de cola de caballo. Analítica sin reactantes inflamatorio y CK normal. Aumenta Prednisona a 10 mg (si mejora, reducir) y pauta celestone cronodose 6 mg intramuscular en Hospital de Día. Solicita cita en Unidad del Dolor.

En revisión por Neurocirugía el 29 de octubre de 2019 por lumbocialgia con compromiso radicular: fue reevaluada por Interna y reajuste de tratamiento corticoideo. No ha presentado mejoría ninguna. Piden EMG y mientras tanto la paciente va a recibir rehabilitación. En función de ambos resultados posible intervención si paciente desea a pesar de no garantías absolutas de mejoría.

Derivada a Rehabilitación, el 29 octubre 2019 le pautan tratamiento de fisioterapia, le entregan hoja de ejercicios; le derivan a Neurocirugía para adelantar cita de revisión. Revisión después de tratamiento.

Consulta de Cefaleas el 17 de enero de 2020: Se realiza infiltración de NOM izquierdo y ST izq. con mepivacaína. Si Cefalea, ibuprofeno 600 mg. Mantener Gabapentina 300 mg 1-1-1, si empeoramiento subir a Gabapentina 400mg: 1-1-1. Hacer Diario de dolor. Revisión 3 meses. El 5 de marzo de 2020, revisión telefónica.

El 5 de febrero de 2020, en Enfermedades Autoinmunes, refiere mal control de dolor con radiculopatía, desestimada necesidad de intervención quirúrgica, actualmente con fisioterapia. Ha tenido alguna molestia muscular en diciembre. No dactilitis ni úlceras. Tensión arterial bien controlada. Tratamiento: Metrotexato 15 mg semanal (repartido en desayuno, cena y siguiente desayuno) sólo un día a la semana. Acfol 5 mg al día siguiente. Prednisona 10 mg al día. Si mejoría de dolor reducir prednisona a 7,5 mg al día, y posteriormente 5 mg al día. Natecal D un comprimido al día. Omeprazol 20 mg en desayuno. Gabapentina 300 mg en desayuno, comida y cena. Complidermol 2 pastillas al día 2-3 meses. Iniciar Hidroferol una cápsula al mes los

meses de invierno. Revisión con analítica, ecocardiograma y espirometría.

El 26 de febrero de 2020, en Enfermedades Autoinmunes: valorada ayer en Rehabilitación se ha recomendado remitir a Enfermedad neuromuscular de Neurología para descartar miopatía (vasculitis). Ya se realizó estudio con miopatía leve con elevación de CPK con mejoría analítica y clínica tras tratamiento inmunosupresor, con último EMG reciente sin miopatía y CPK normales. Estudio inmunológico normal. Pendiente capilaroscopia de control.

El 17 de marzo de 2020, Neurocirugía le informa telefónicamente del resultado de la resonancia magnética.

El 7 de mayo de 2020, se anota en la Unidad de Cefalea, que se intenta contactar telefónicamente con la paciente, pero no responde al número de teléfono disponible y solicita nueva consulta.

El 1 de julio de 2020 acude a la Unidad del Dolor, derivada por Neurocirugía por "Hernia discal L5-S1 ciatalgia sin mal control". Actualmente el dolor es lumbar con irradiación a MII por cara posterior, hasta la planta del pie, en ocasiones con parestesias. Empeora en sedestación, caminando mejora el dolor y en bipedestación estática también tiene dolor. En alguna ocasión "se hincha la pierna y se pone roja". Mejoría con el tratamiento realizado en rehabilitación. EVA basal 6-7/10, EVA máximo 8/10. Con el diagnóstico de Lumbalgia irradiada a MII, se le prescriben ejercicios y el mismo tratamiento farmacológico. Revisión en 8 meses.

El 10 de noviembre de 2020, recibe el alta en Neurología. Mejoró bastante con la infiltración. Ha mejorado también de su problema de columna cervical y consecuentemente de la cefalea. Diagnóstico: migraña episódica infrecuente. Probable neuralgia de Arnold izquierda.

Tratamiento: Si Cefalea Ibuprofeno 600 mg-1200 mg. Disminuir Gabapentina 300 mg 1-0-1, si empeoramiento subir a Gabapentina a 1-1-1 y si no hay mejoría aún aumentar dosis a 400-400-400 mg con control de MAP. Hacer Diario de dolor. Control por MAP y neurólogo de zona. Si empeoramiento o nueva sintomatología, acudir Urgencias.

El 4 de febrero de 2021, consulta telefónica con Enfermedades Autoinmunes: Refiere desde este verano de nuevo episodios de palpitaciones rápidas con sensación de náuseas, con mareo, hipotensión tanto en reposo o con actividad física. Mantiene fenómeno de Raynaud similar. Analítica de 26 de enero, ecocardiograma de agosto de 2020: dentro de los límites de la normalidad. Similar a estudios previos. Espirometría y DLCO 2020 sin alteraciones.

El 5 de febrero de 2021, consulta presencial en Enfermedades Autoinmunes: Ha iniciado dieta sin gluten desde hace un año, con mejoría sintomática con resolución de molestias digestivas que tenía desde la infancia, y resolución de diarrea (tenía algún episodio de diarrea). Ha mejorado también las artralgias, mialgias. No anorexia. Ha bajado peso, pero se encuentra bien, sin anorexia con hábito intestinal normal. Se revisa el tratamiento y solicita TAC y valoración cardiológica.

El 27 de abril de 2021, es valorada por Cardiología. Diagnóstico principal: palpitaciones, sin arritmia documentada. Sin cardiopatía estructural. Añadir diltiazem 60 mg medio comprimido cada 12 h; resto igual; si palpitaciones recurrentes más de 20 minutos, ir a Urgencias para hacer ECG; citar holter y citar con resultados.

El 12 de mayo de 2021, en Enfermedades Autoinmunes: Sigue con dieta sin gluten desde hace un año, con mejoría sintomática. No dactilitis. No úlceras digitales. Valoración cardiológica por palpitaciones frecuentes con ecocardiograma y Holter sin alteraciones, pedido nuevo Holter. TC de tórax sin alteraciones significativas. Se mantiene pauta de retirada progresiva de prednisona. Solicita estudio genético de celiaca.

El 24 de octubre de 2021 acude Urgencias por contusión.

El 26 de octubre de 2021, nueva revisión en Enfermedades Autoinmunes. Sigue con dieta sin gluten desde enero de 2020, con mejoría y resolución de casi todos los síntomas que presentaba. Se han resuelto mialgias, artralgias, sin dactilitis ni úlceras digitales. Ha mejorado también la migraña hasta resolverse, sin repetir episodios desde hace más de un año. Se encuentra bien en general. Ha ido reduciendo tratamiento esteroideo sin presentar sintomatología, por lo que continua reducción de esteroides y metotrexato. Seguimiento previo por probable preesclerodermia vs enfermedad mixta del tejido conectivo por afectación articular con artralgias, mialgias, Raynaud, con capilaroscopia con tortuosidades sin megacapilares ni ausencias, afectación miopática leve en EMG sin miositis, y lesiones cutáneas que podrían corresponder a placas de esclerosis sistémica. Se le baja la dosis de metotrexato y de prednisona. Tiene revisión citada en diciembre con control previo con analítica con serología para SARS. Estudio genético de celiaca. Añade cortisol y ACTH. Deja pedida capilaroscopia.

El 16 de diciembre de 2021, en Enfermedades Autoinmunes se anota, entre otras cuestiones: En general sigue bien, mantiene fenómeno de Raynaud, sin dactilitis, ni pitting, úlceras digitales, microstomía, telangiectasias ni esclerodactilia. Ha ido reduciendo tratamiento esteroideo notando sensación de molestia abdominal inespecífica, que ha mejorado. Ac. Anti Transglutaminasa IgA negativo en 2019. Estudio genético de celiaca pendiente. Vigilar síntomas sugestivos de insuficiencia suprarrenal (náuseas, vómitos, dolor abdominal, hipotensión...). Revisión con cortisol y ACTH. Pendiente de capilaroscopia citada en enero.

El 20 de enero de 2022 es dada de alta en Cardiología.

El 22 de enero, acude Urgencias por cefalea tensional.

El 25 de enero de 2022, recibe el alta en Neurología en el CEP Colmenar Viejo. Tratamiento actual: famotidina 20 mg cada 24 h, prednisona 2.5 mg a días alternos. Ha mejorado tras eliminar el gluten de la dieta. Diagnóstico principal: migraña episódica de baja frecuencia. Otros diagnósticos: Neuralgia de Arnold de baja frecuencia. Intolerancia al gluten/Enfermedad Celiaca. Tratamiento: Naproxeno un comprimido si cefalea. Control y seguimiento por MAP. Si nuevos síntomas neurológicos, aumento de la frecuencia de cefaleas o empeoramiento, volver a remitir.

En Consulta de Dermatología en el CEP “José Marvá”, el 7 de marzo de 2022 se refleja: reciente dxvco (sic) de Celiaquía, refiere remisión de cortejo clínico sistémico tras suspender el gluten. En la actualidad no precisa tratamiento inmunosupresor. Escaso número de nevus sin datos de alarma. Queratosis seborreicas. Xerosis generalizada. Diagnóstico principal: Nevus melanocíticos.

El 24 de marzo de 2022, en Enfermedades Autoinmunes: Recientemente nota poliuria, sin urgencia miccional, polaquiuria, fiebre, acompañado de polifagia. Tras mejorar desde el punto de vista digestivo se mantiene con peso estable. Tras retirada de metotrexato sí ha notado artralgias, pero de predominio en carpos. Mantiene Raynaud similar sin dactilitis, pitting ni úlceras digitales. Tiene xerosis cutánea. No nota disnea de esfuerzo, no disfagia ni atragantamientos. No diarrea. No hiporexia ni anorexia, no dolor abdominal. Valorada en Cardiología por palpitaciones con ecocardiograma y Holter sin alteraciones, recomiendan remitir de nuevo en caso de repetir o documentar arritmia. Auscultación cardiopulmonar normal. No dactilitis telangiectasia, esclerosis cutánea. No flogosis. No nivel sensitivo. No incontinencia urinaria, no dificultad para inicio de la micción, pero sí sensación de urgencia con plenitud. Tuvo un cuadro leve con rinorrea clara antes de

la analítica en el que destaca solo leve leucopenia e hipertransaminasemia. Capilaroscopia 200X de enero de 2022: Buena visibilidad. Densidad capilar levemente disminuida 7-9capilares mm/lineal. Tortuosos. Dilataciones apicales 30 micras, en mano derecha 3er dedo megacapilar 50 micras. No hemorragias ni ramificaciones. Compatible con patrón precoz de Esclerosis sistémica. Se recogen los resultados de la analítica de 21 de marzo y del estudio celiaca:

*“HLA-DQA1 \* 05:01, 01 :01 HLA-DQB1 \* 02:01, 05:01*

*INTERPRETACIÓN HLA-DQ2.5 heterocigoto en cis, asociado a un riesgo ALTO de padecer enfermedad celíaca. (Un resultado positivo en el estudio genético de los alelos HLA-DQB 1 \*02 (HLA-DQ2) y/o HLA-DQB1 \*03:02 (HLA-DQ8) no determina el desarrollo de enfermedad celíaca, ya que el 25-30 % de la población general es portadora del HLA-DQ2 y el 10 % es portadora del HLA-DQ8. Sin embargo, la ausencia de HLA-DQ2 y HLA-DQ8 determina que el diagnóstico de enfermedad celíaca sea muy poco probable (valor predictivo negativo >99 %)”.*

Le cita para analítica con HbA1c al día siguiente con orina e iones. Panel de esclerodermia. Pide cita en Uroneurología para valorar estudio urodinámico (cuadro neurológico con afectación del pudendo en contexto de ciatalgia L5-S 1 con afectación urológica que precisó sondaje, aunque mejoró, ahora sin ciatalgia).

El 29 de abril de 2022, revisión telefónica con Enfermedades Autoinmunes. Pendiente de inmunología con ANA, Ac células parietales, ac anti LKM y antimúsculo liso negativos. Cortisol normal. Deja pedido control la siguiente semana para vigilar leucopenia y perfil hepático con frotis.

El 6 de mayo de 2022, revisión telefónica, no pudo contactar. Control analítico sin alteraciones relevantes. Normalización de citopenias y perfil hepático. Deja solicitado control analítico y revisión en consulta.

El 6 de julio de 2023 la paciente no acude a la cita. Último control analítico en noviembre de 2022. Le llama por teléfono y al identificarse, cuelga.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC) y se dio traslado a la compañía aseguradora del SERMAS que acusó recibo de dicha comunicación el día 5 de mayo de 2023.

La reclamante fue requerida para que presentara la documentación que decía aportar con su escrito, el relato de los hechos objeto de la reclamación, concretando las lesiones/daños producidos, los centros en los que ha sido atendido y la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público y el momento en que las lesiones/daños efectivamente se produjeron, así como la cuantía económica solicitada o los criterios en base a los cuales pretende sea fijada. Dicho requerimiento fue cumplimentado por la misma, como hemos indicado, sin fijar la cuantía económica de la reclamación.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, los distintos informes de los servicios a los que se imputa el daño.

Se ha incorporado, el informe del Centro de Salud de Tres Cantos (Oficios), que atendió a la reclamante, si bien no es objeto de reproche, registrado el 28 de agosto de 2023, en el que se relata cronológicamente

la atención sanitaria dispensada, acompañado por la historia clínica, en el que se señala:

*“... el 24 de abril de 2017 figura la primera prescripción de Prednisona. El 25/04/2017 aporta informe de Medicina Interna: (...) Su primera prescripción de Metotrexato en el Centro de Salud tiene fecha de 24 de mayo de 2017 junto a Acfol. En la hoja de medicación que se adjunta, aparecen los tratamientos prescritos en los últimos años, siendo relevante que no consta retirada de los fármacos Metotrexato 2,5 mg, Prednisona 5 mg, Acfol 5 mg y resto de medicaciones prescritas desde el 5 de marzo de 2022, salvo el Natecal D que ha sido retirado en Farmacia de forma irregular. En el momento actual la hoja de medicación se encuentra caducada desde el 22 de julio de 2023. Revisada IT-WEB no constan emisión de bajas laborales de la paciente en ningún momento, al menos en el Servicio Público de Salud”.*

Asimismo, figura informe de 29 de agosto de 2023 del Servicio de Cardiología del HULP en el que indica que expone la atención prestada motivada por una interconsulta por parte del Servicio de Medicina Interna por referir palpitaciones y concluye: *“... el estudio cardiológico fue normal, sin arritmias ni cardiopatía estructural. Bajo tratamiento con corticoides e inmunosupresores, en el momento del estudio no se evidenció afectación cardiaca de su patología sistémica de acuerdo a las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de enfermedades del miocardio y pericardio de 2017 (se adjuntan). La evolución cardiológica posterior a la consulta de cardiología se encuentra libre de eventos cardiacos. La Dra. ... prescribió diltiacem 30 mg/12 h el 27 de Abril de 2021, tratamiento que la paciente -según la documentación que ella aporta- abandonó en octubre de ese mismo año”.*

El informe de fecha 6 de septiembre de 2023 del Servicio de Medicina Interna, al que se acompaña el Protocolo para el diagnóstico

precoz de la enfermedad celiaca, describe cronológicamente la asistencia sanitaria. En la prestada el día 14 de agosto de 2019 se indica:

*«...en el control analítico las hormonas tiroideas son normales, anticuerpos antiperoxidasa y antitransglutaminasa son negativos. Según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre el Protocolo para el diagnóstico precoz de la Enfermedad Celiaca <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf>), que también se referencia en la reclamación, la paciente no presenta déficit de IgA (inmunoglobulina A), ni estaba realizando dieta sin gluten (Antes de considerar una serología negativa, debe tenerse en cuenta que algunos pacientes celíacos poseen un déficit de IgA y ello puede condicionar un “falso negativo” en la determinación de anti-TG. Además, los niños menores de dos años pueden padecer una inmunodeficiencia transitoria que condicione también esta situación. Hoy en día, algunos pacientes han suprimido voluntariamente la ingesta de gluten, lo que puede propiciar un falso resultado negativo)».*

Además, en este informe se contesta a dos reproches específicos efectuados por la reclamante y se concluye que, desde el 23 de marzo de 2022, la paciente no ha acudido a las siguientes revisiones programadas.

Constan incorporados al expediente, asimismo, los informes de 8 de septiembre de 2023, del Servicio de Dermatología del HULP y del Servicio de Coordinación de Urgencias de Adultos del HULP en el que se describe la asistencia prestada a la reclamante; el de 27 de septiembre de 2023 del Servicio de Neurología del HULP en el que, además de analizar la atención dispensada entiende *“que las alegaciones que la paciente hace en su reclamación no corresponden ni a los procesos*

*neurológicos (migraña, neuralgia de Arnold, Lumbociática) ni a la atención recibida por parte del Servicio de Neurología, tanto en consultas de Neurología General, consulta de Cefaleas, Urgencias ni en las exploraciones de Neurofisiología Clínica”.*

Remitida la documentación a la Inspección Sanitaria, esta solicita copia de toda la documentación clínica generada como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Medicina Interna a la reclamante desde el 4 de febrero de 2020 hasta el momento actual (8 de julio de 2024) que figura aportada al expediente.

La Inspección Sanitaria emite informe de fecha 27 de noviembre de 2024 en el que, después de examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, afirma que la asistencia sanitaria reclamada es conforme a la *lex artis ad hoc*.

Concluida la instrucción del procedimiento, por oficio de 17 de diciembre de 2024, se concede el preceptivo trámite de audiencia a la reclamante por correo postal, notificación que resulta devuelta por tratarse de una dirección incorrecta. Subsano este aspecto, se intenta nuevamente la notificación por correo postal que consta aceptada por la reclamante el día 26 de febrero de 2025. No figura que haya formulado alegaciones.

Finalmente, con fecha 10 de julio de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 23 de julio de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de

dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. M.<sup>a</sup> del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 29 de octubre de 2025.

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 indeterminada, y a 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 se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad de las administraciones públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo

artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en el HULP y el CEP “José Marvá”, centros sanitarios integrados en la red sanitaria pública.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso, la interesada presenta su reclamación el día 27 de marzo de 2023 y reprocha la atención sanitaria prestada desde 2016 a 31 de enero de 2022 (fecha que indica como de finalización del tratamiento con inmunosupresores y corticoides). Consta en su historia clínica que desde el 24 de marzo de 2022 no acudió a las siguientes revisiones programadas. No obstante, presenta un documento en el que se certifica que *“ha recibido acompañamiento psicológico desde el 8 de marzo al 4 de octubre del año 2022 ... con una frecuencia semanal, en el Centro ..., en su sede de.... El motivo de la intervención es el estado ansioso-depresivo en el que se encontraba a raíz del diagnóstico de su enfermedad”*.

La reclamante afirma en su escrito que, durante el año 2019, tomó la medicación que detalla; en octubre de 2021 dejó de tomar diltiazem; el 25 de enero de 2022 le retiraron el tratamiento con Gabapentina y el 31 de enero de 2022 abandonó el tratamiento inmunosupresor

(Prednisona y Metotrexato) tras meses previos de desescalada gradual de ambos y que el resto de la medicación fue interrumpida también en dicha fecha.

Indica, en cuanto a los corticoides, que pasó desde octubre-noviembre del año 2021 sufriendo los síntomas de las diferentes formas de síndrome de retirada de corticoides sin la correcta valoración ni el seguimiento apropiado ni el apoyo farmacológico conveniente.

En el informe del Centro de Salud de Tres Cantos (Oficios), registrado el 28 de agosto de 2023 se señala:

*“...el 24 de abril de 2017 figura la primera prescripción de Prednidsona. El 25/04/2017 aporta informe de Medicina Interna: (...) Su primera prescripción de Metotrexato en el Centro de Salud tiene fecha de 24 de mayo de 2017 junto a Acfol. En la hoja de medicación que se adjunta, aparecen los tratamientos prescritos en los últimos años, siendo relevante que no consta retirada de los fármacos Metotrexato 2,5 mg, Prednisona 5 mg, Acfol 5 mg y resto de medicaciones prescritas desde el 5 de marzo de 2022, salvo el Natecal D que ha sido retirado en Farmacia de forma irregular. En el momento actual la hoja de medicación se encuentra caducada desde el 22 de julio de 2023”.*

Por tanto, respecto al tratamiento farmacológico y las consecuencias que dice haber sufrido, la reclamación interpuesta el 27 de marzo de 2023 está prescrita.

En cuanto a la celiaquía, el tratamiento, como señala la Inspección Médica, consiste en una dieta sin gluten. La reclamante inició por sí misma esta dieta progresiva en marzo de 2020 y, señala, a los pocos días su cuerpo empezó a disminuir su inflamación y, tras varias semanas, perdió “una brutal e impresionante inflamación generalizada y dolorosa”. A partir de entonces, y a medida que transcurrieron los

meses, el resto de los síntomas sistémicos que sufría fueron remitiendo poco a poco. Lo comunicó en la revisión de Medicina Interna el 5 de febrero de 2021. El 12 de mayo de 2021 le solicitaron el estudio genético de Enfermedad Celíaca que se realizó el 29 de noviembre de 2021.

El 20 de enero de 2022 recibió el alta del Servicio de Cardiología y el 25 de enero de ese mismo año, el alta de Neurología.

Alega la reclamante que estuvo en tratamiento psicológico del 8 de marzo al 4 de octubre de 2022.

*“Al ser cada vez más consciente de que los síntomas sistémicos que yo padecí durante años de empeoramiento continuo se hubieran resuelto con una Dieta Sin Gluten, y no hubiera sufrido dolor físico y emocional a lo largo de años ni hubiera sufrido por la pérdida personal y patrimonial, el dolor emocional se profundizó y tuve que pedir ayuda psicológica. El día 08/03/2022, comencé a recibir acompañamiento psicológico (Centro ... de Tres Cantos, Madrid) por el estado ansioso-depresivo en el que me encontraba”.*

El 24 de marzo de 2022 le informaron del resultado del estudio genético de la enfermedad celiaca y asevera que, tras leer el resultado, *“expresó entre lágrimas a ambas doctoras el profundo dolor emocional que significaba todo aquello para mí.*

*La reclamante indica que “El día 04/10/2022, recibí el Alta del Centro San Camilo al que acudí por el daño psíquico extraordinario y extremo con estado ansioso-depresivo que sufrí”.*

La acción para exigir responsabilidad patrimonial ha de considerarse prescrita el 24 de marzo de 2023, al año de haber recibido el resultado del estudio de celiaquía, como fecha máxima, teniendo en

cuenta que había dejado la medicación el 31 de enero de 2022. No se puede considerar el periodo en el que recibió asistencia psicológica dentro del proceso asistencial. En este sentido, hemos de citar la Sentencia de 15 de julio de 2025 (recurso de apelación 489/2015) del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco que lo corrobora:

*«La Sala considera que no está acreditado que las sesiones de psicólogo para tratar la situación de estrés que la supuesta mala praxis médica ha causado a la apelante constituyan siquiera un tratamiento destinado a estabilizar una lesión de naturaleza física o psíquica causado por una supuesta mala praxis. (...).*

*Para determinar qué podemos considerar como una lesión psíquica, para cuyo tratamiento resulta indispensable, por haber sido así pautado, las visitas a un psicólogo, no resulta descabellado acudir, como criterio hermenéutico, a los daños de carácter neuropsicológico a que se refiere la Tabla 2.A.1 del baremo del RD Legislativo 8/2004 (trastornos neuróticos, trastornos permanentes del humor (...).*

*Así las cosas, la Sala constata, en primer lugar, que en la documentación clínica no consta la existencia de una lesión psíquica para la que se prescriba a la paciente un tratamiento psicológico, sino que es la paciente quien decir acudir al psicólogo.*

*En segundo lugar, el llamado «informe psicológico» es un documento de dos folios en los que la psicóloga relata que la paciente acude a consulta desde el 13 de diciembre de 2018 (...).*

*Pues bien, dicho informe no es un informe pericial, pues no cumple con las formalidades del artículo 335 LEC. No es un «informe médico psiquiátrico o un informe psicológico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social», ni contiene el juramento o promesa propio de todo informe pericial, ni tiene la estructura de un informe pericial (identificación del autor con*

*sus títulos académicos y experiencia, objeto del informe, metodología seguida, conclusiones, literatura científica empleada, etc.). El valor probatorio del documento es, pues, casi nulo.*

*En tercer lugar, ni siquiera da cuenta de la fecha en que considera desaparecida la ansiedad y curada la depresión, de modo que se pudiera hablar, como secuela, de «miedo a la muerte». No permite identificar, por tanto, un dies a quo.*

*En conclusión, sin que la Sala niegue que la asistencia psicológica pudiera ser conveniente y que haya ayudado a la apelante a sobrellevar sus miedos y angustias, lo cierto es que no supone el tratamiento de una lesión psíquica. La apelante no ha vivido una situación “amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales en la cual se haya visto directamente involucrada”. Mucho más importante es que no existe «diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología clínica de forma continuada», ni se indica haber sido, para su diagnóstico, “los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones”.*

*Por lo tanto, la sentencia de instancia apreció correctamente la prescripción de la reclamación, a lo que cabría añadir la falta de prueba concluyente sobre la existencia de un daño psicológico vinculado causalmente a una mala praxis médica».*

En consecuencia, se puede considerar que la reclamación, presentada el día 27 de marzo de 2023, ha prescrito.

No obstante, lo anterior, se analizará el fondo del asunto de la presente reclamación.

En cuanto al procedimiento, el órgano petionario del dictamen ha seguido en su instrucción los trámites previstos en las leyes aplicables. Así, se ha recabado informe de todos los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante, y también ha emitido informe la Inspección Sanitaria. Posteriormente, se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : 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”.*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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

18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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 le 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 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”*.

**CUARTA.-** La reclamante estima innecesaria y, por lo tanto, errónea, la prescripción farmacológica realizada desde el 24 de abril de 2017 al 31 de enero de 2022 considerando que lo que se le debería haber prescrito era una dieta sin gluten exclusivamente.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como un error de diagnóstico por lo que ha de valorarse si los síntomas que tenía la reclamante y los resultados de las pruebas diagnósticas llevaban a considerar la enfermedad celiaca.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas

que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante quien ha de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento nada que acredite de que la atención sanitaria que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en su escrito de reclamación, en el que responsabiliza del error en el diagnóstico a los facultativos del HULP, sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, todos y cada uno de los informes emitidos por los servicios cuya asistencia sanitaria se cuestiona, reflejan que, en todo caso, fue conforme a la *lex artis*, lo cual resulta avalado por el exhaustivo informe de la Inspección Sanitaria que concluye que “*la asistencia sanitaria reclamada es conforme a la lex artis ad hoc*”.

Así, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones detalla todas las consultas en las que fue valorada la reclamante, realiza consideraciones

médicas en las que expone la enfermedad celíaca y su presentación clínica en el adulto, la esclerosis sistémica o esclerodermia -enfermedad autoinmune crónica del tejido conjuntivo- y sus manifestaciones clínicas. A continuación, realiza un juicio crítico en el que afirma que únicamente existe indicación médica de una dieta libre de gluten ante el diagnóstico de una enfermedad celíaca/intolerancia al gluten; que el uso de los fármacos prescritos reclamados (glucocorticoides y metotrexato) está recogido en la literatura médica para el tratamiento del diagnóstico de presunción realizado (preesclerodermia versus enfermedad mixta del tejido conectivo) y, por tanto, considera que la cuestión a valorar es si existió un error de diagnóstico pues, si el diagnóstico de presunción realizado era correcto, el tratamiento aplicado fue compatible con las recomendaciones de la bibliografía, luego la asistencia sanitaria prestada se consideraría adecuada.

En este punto, cabe recordar que, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023 (recurso 157/2021) y de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

*“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el*

*momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.*

Al respecto, la Inspección Sanitaria analiza la asistencia sanitaria comprendida entre el 7 de septiembre de 2016 (inicio del estudio en la consulta de Enfermedades Autoinmunes) y el 6 de julio de 2023, valora cada una de ellas y concluye que la asistencia sanitaria prestada en cada uno de esas consultas se considera adecuada.

Así, indica que, en el periodo de septiembre de 2016 a marzo de 2017, se realizó el estudio diagnóstico y considera que la asistencia prestada fue adecuada, el diagnóstico de presunción realizado: preesclerodermia versus enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) era el más probable con los datos clínicos de los que se disponía; las pruebas diagnósticas realizadas y las adicionales, conformes con las recomendaciones de la bibliografía. Afirma que no se considera que existieran en ese momento ni datos clínicos ni de laboratorio que hicieran inexcusable la no consideración de la enfermedad celiaca dentro de los diagnósticos diferenciales: no se referían síntomas digestivos ni datos de malabsorción ni estaba incluida en ese momento dentro de un grupo de riesgo para enfermedad celiaca (la tiroiditis autoinmune se considera factor de riesgo de enfermedad celiaca cuando se presenta en el paciente).

En la valoración de las asistencias sanitarias que realiza la Inspección realizadas en las consultas de Enfermedades Autoinmunes los días 27 de abril, 24 de mayo, 12 de julio y 20 de septiembre de 2017; 24 de enero, 21 de marzo, 31 de mayo, 11 de julio y 28 de

noviembre de 2018; 14 de agosto, 2 de octubre de 2019; 5 de febrero de 2020; concluye, en cada una de ellas, que la asistencia sanitaria prestada ese día se considera adecuada a la evolución clínica. En todos los casos *“No se considera que existieran en ese momento ni datos clínicos ni de laboratorio que hicieran inexcusable la no consideración de la enfermedad celiaca dentro de los diagnósticos diferenciales”*.

En la valoración de las asistencias sanitarias en la consulta de Enfermedades Autoinmunes realizadas los días 4 y 5 de febrero, 12 de mayo, 26 de octubre y 16 de diciembre de 2021, considera que todas son adecuadas a la evolución clínica de la paciente, así como la de 29 de mayo de 2019 y 24 de marzo de 2022 en las que realiza una justificación detallada. No puede valorar las de 29 de abril y 6 de mayo de 2022 y la de 6 de julio de 2023 por no contener datos de la evolución de la paciente.

En la valoración de las asistencias sanitarias en las consultas de Neurología de los días 23 de febrero, 4 de mayo de 2018 y en la Unidad de Cefaleas los días 9 de junio y 20 de septiembre de 2018, 6 de junio de 2019, la Inspección considera adecuadas las asistencias sanitarias prestadas cada uno de esos días y en la de Neurocirugía, de 17 de septiembre de 2019 que, tanto diagnóstico realizado como las recomendaciones terapéuticas, se consideran compatibles con la clínica y los hallazgos en la resonancia magnética. Asimismo, considera que todas las asistencias prestadas en Urgencias eran compatibles con las recomendaciones de la bibliografía para el manejo de la enfermedad que se trataba en cada momento.

Las conclusiones que la Inspección deriva de este extenso estudio son las siguientes:

*“Primera. La preesclerodermia/esclerosis sistémica precoz se considera que, con muy alta probabilidad, era una patología que*

*estaba presente basado en tres hechos fundamentales: el mantenimiento del fenómeno de Raynaud durante todo el curso evolutivo, la objetivación de un patrón de esclerosis sistémica precoz en la última capilaroscopia del pliegue ungueal realizada (enero de 2022) y la presencia de síntomas sistémicos descritos muy frecuentemente en esta enfermedad (sobre todo los edemas en dedos, artralgias, miopatías, posibles dactilitis y placas de esclerodermia, neuropatías...).*

*-Segunda. La base fundamental del tratamiento prescrito fue la prednisona y el metotrexato (este por su condición de ahorrador de esteroides). Precisamente la reclamación se fundamenta en el uso de estos fármacos. En todo momento el objetivo terapéutico era la disminución de la dosis del corticoide hasta la dosis mínima eficaz o la supresión total del mismo. Así se indicaba en cada revisión médica en la consulta de enfermedades autoinmunes. Ese objetivo no se podía alcanzar por empeoramiento clínico ante la disminución de la dosis del corticoide. Una vez que la paciente refirió su mejoría clínica (de muchos de los síntomas sistémicos que presentaba) y que relacionaba con la dieta libre de gluten, inmediatamente se prescribió la retirada del corticoide y del metotrexato.*

*Incidir en dos aspectos fundamentales:*

- La respuesta clínica era claramente dependiente de la dosis del corticoide de tal manera que sistemáticamente mejoraban todos los síntomas al subir la dosis y empeoraban al disminuirla.*

- En su condición de fármaco ahorrador de corticoides, es por lo que se introduce el metotrexato, para intentar mantener la respuesta clínica con una dosis menor del glucocorticoide.*

*-Tercera. La dieta libre de gluten tiene también sus efectos adversos y por ello no se prescribe de forma generalizada siendo las únicas*

*indicaciones unánimemente recogidas por la bibliografía la existencia de una enfermedad celiaca o una intolerancia al gluten no celiaca o una alergia al gluten.*

*Desde el comienzo de la asistencia sanitaria reclamada en mayo de 2016 hasta mayo de 2019 (cuando la reclamante comunica el diagnóstico a su hermana de enfermedad celiaca) no se considera que existieran en ese periodo ni datos clínicos ni de laboratorio que hicieran inexcusable la no consideración de la enfermedad celiaca dentro de los diagnósticos diferenciales, y por lo tanto no se consideraría que estuviera indicada la prescripción de una dieta libre de gluten.*

*Una vez comunicado el diagnóstico, se realiza la prueba estándar de diagnóstico por laboratorio utilizada en la clínica y recomendada por la bibliografía para el despistaje de enfermedad celiaca, que no confirma el diagnóstico, por lo que se estaría en las mismas circunstancias descritas en el párrafo anterior.*

*Fue la reclamante, la que por iniciativa propia comenzó una dieta libre de gluten a partir de aproximadamente marzo de 2020, luego, a partir de ese momento, ya no procede valorar si estaba o no indicado la prescripción por parte de los médicos de una dieta libre de gluten.*

*-Cuarta. La paciente fue exhaustivamente revisada periódicamente solicitándose y realizándose numerosos controles analíticos rutinarios y otras pruebas diagnósticas para el control de la evolución clínica. Asimismo, se solicitaron más estudios diagnósticos adicionales y/o derivación a otras especialidades ante la aparición de nuevos síntomas o necesidad de una valoración más específica.*

*-Quinta. Es la paciente, la que, por decisión propia, finaliza el seguimiento de su patología en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario La Paz”.*

Y, como conclusión final considera, como hemos puesto de manifiesto, que la asistencia sanitaria reclamada es conforme a la *lex artis ad hoc*, por lo que, a falta de prueba por parte de la reclamante, a sus consideraciones nos debemos.

En este sentido, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sus sentencias de 18 de septiembre de 2025 (recursos 462/2022, 466/2022 y 51/2023), 17 de julio de 2025 (recurso 521/2023) y 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al haber prescrito y, en todo caso, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la

atención dispensada a la reclamante en el Hospital Universitario La Paz y en el Centro de Especialidades Periférico “José Marvá”.

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 29 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 562/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid