

En Logroño, a 19 de junio de 2019, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

**68/19**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> A.G.L, por los daños y perjuicios que entiende causados al ser tratada con corticoides de una afección ótica, con secuelas de osteonecrosis en caderas y piernas; y que valora en 350.646,05 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

1. Mediante escrito de fecha 24 de abril de 2018, registrado de entrada en la Oficina General de Registro el siguiente día 17, se formuló la expresada reclamación de responsabilidad patrimonial, que se fundamenta extractadamente, en los siguientes hechos:

#### **A) AÑO 2015: AFECCIÓN ÓTICA TRATADA CON CORTICOIDES:**

*-La paciente, acudió, al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, el 6 de febrero de 2015, por un dolor de oídos; fue diagnosticada de **hipoacusia, coincide con gripe MO: moco IT. audio.** Y se le recetó (Dra. R.B.G.) prednisona.*

*-El día 17 de febrero de 2015,... según indica el informe: “acudió, hace 12 horas, por artralgiás en rodillas. Enfermedad actual: mujer, de 42 años de edad, quien, hace 12 horas, acudió, al Servicio de Urgencias, por **dolor en ambas rodillas, con irradiación hacia región lumbar, de 4 días de evolución; hoy con intensificación del dolor...** Ahora, acude, nuevamente, por persistencia del dolor”. La impresión clínica fue de: “**lumbalgia mecánica; gonalgia asociada**”.*

*-El 20 de febrero,... acudió nuevamente al Servicio de Urgencias (por)... “dolor con afectación lumbar y gonalgia bilateral. **Se sugiere reacción a prednisona que produce una poliartralgia ...***

-El 11 de marzo de 2015, acudió, al Servicio de Endocrinología (Consulta externa), con el Dr. G.V.G...:

-En febrero de 2015, fue tratada con corticoides, debido a otitis, hasta 90 mg/d. Con el tratamiento, notó hinchazón generalizado... **llama la atención una analítica, de 20 de febrero, con cortisol 30 mg/dL, cuando, el día 6 de febrero, había iniciado prednisona 90x7d, 60x7d, 30x7d...**

-El día 25 de mayo de 2015,... nuevo informe: hipotiroidismo primario; **cortisolemia elevada con nuggent** y cortisoluria normales,...

#### **B) AÑO 2016. NECROSIS DE AMBAS CADERAS:**

-El día 18 de abril de 2016 (casi un año después), el Dr. V. emitió el siguiente informe: **...actualmente refiere cansancio habitual y dolor en EE.II. desde hace 10 días; refiere, desde hace un año, a raíz de tratamiento corticoideo, notarse hinchada y con dificultad para perder peso...** Diagnóstico: hipotiroidismo subclínico en paciente con tiroiditis autoinmune; sobrepeso con aumento de colesterol...

-El día 19 de abril de 2016, se establece, por el Servicio de Salud: "paciente **con posible trocanteritis en muslo derecho**, remitida para descartar vascular..."

-El día 25 de abril de 2016, se solicitó derivación de la paciente: "refiere, desde hace unas semanas, **dolor en cadera derecha** que va en aumento, a pesar de analgesia y, **ahora, también en cadera izquierda...**"

-El día 9 de mayo de 2016, se solicitó derivación nuevamente: "paciente con AP de **truncateritis, derecha en tratamiento, pero, a pesar de ello, sigue con dolor...** citación con (el Servicio de) Traumatología, para el 28 de julio de 2016, con el Dr. B.

-El 26 de mayo de 2016, el Dr. A.E. exploró (a la paciente) y emitió informe radiológico tras RNM, diagnosticando: "**osteonecrosis femoral bilateral**"; que completó con el emitido el 30 de mayo de 2016: "**paciente con AP de dolor en cadera más acusado en cadera derecha en RMN; el estudio muestra alteración de serial en ambas cabezas femorales, con imágenes serpiginosas de doble línea que delimitan extensos fragmentos osteocondrales que afectan a más del 75 % de la superficie articular de ambas, compatibles con osteocondrosis femoral bilateral. Ambas cabezas conservan su morfología esférica sin colapsos. Se acompaña de derrame articular bilateral y de edema en la médula ósea de los cuellos femorales, mayor en el lado derecho. Como hallazgo incidental, se observa un quiste anexial derecho de 3 cm. la paciente sigue con dolor, a pesar de analgesia, solicito valoración**".

-El 22 de junio de 2016, la paciente ingresó en el Hospital San Pedro, para **intervención (el 23/06/2016) de la implantación de prótesis total de cadera derecha** y, el 27 de junio de 2016, se le concedió el alta hospitalaria, por el Servicio de Traumatología.

-**Posteriormente, fue intervenida para colocación de cadera total izquierda por la necrosis bilateral de las caderas.**

-El 9 de septiembre de 2016, comenzó la rehabilitación.

### **C) AÑO 2017. NECROSIS DE AMBAS RODILLAS:**

*-La paciente comenzó a sufrir también dolores en las rodillas en el año 2017.*

*-El 7 de febrero de 2017,... (se dispone una) RMN, a practicar en mayo. El diagnóstico de presunción fue de necrosis bilateral de rodillas.*

*-El día 22 de febrero de 2017, la paciente ingresó en el Hospital M. (sanidad privada), para... infiltración de plasma rico en plaquetas (PRP), intraóseo y concentrado de células mononucleares.*

*-El 19 de mayo de 2017, se practicó una RMN que informó de: **“RM rodilla derecha: infartos óseos en rótula y ambos cóndilos femorales. Marcado edema óseo en meseta tibial externa. Discretas alteraciones inflamatorias adyacentes a la cintilla iliotibial. RM rodilla izquierda. Diagnóstico: infartos óseos en cóndilo femoral interno y meseta tibial que no han variado respecto al estudio anterior”.***

*-El 25 de julio de 2017, el Servicio de Traumatología del SERIS solicitó rehabilitación de la paciente por la prótesis de ambas caderas.*

*-El 23 de octubre de 2017, el Dr. E.R.F, Psiquiatra del Departamento de Salud Mental del SERIS informó: “persiste limitación y dolor crónico pendiente de posible IQ... no recuperación completa. Peor patrón de sueño...”*

*-La evolución, a 10 de noviembre de 2017, era, según indica el Dr. J.M.I: “clínicamente mejor, ha terminado la RHB; camina sin muletas, aunque persiste dolor residual en ambas rodillas; RMN de rodilla izquierda. Conclusión: infartos óseos en fémur distal, tibia proximal y rótula. Se compara con RM previa del 29/4/2017, sin apreciarse cambios significativos. RMN de rodilla derecha. Conclusión: infartos óseos en fémur distal y. rótulas. Se compara con RM previa del 29/4/2017, sin apreciarse cambios significativos.*

*-El 28 de febrero de 2018, la Psicóloga de la Unidad de Salud Mental, D<sup>a</sup> M.I.C, refirió: “paciente que es derivada por (el Servicio de) Psiquiatría por presentar sintomatología compatible con un trastorno ansioso-depresivo, reactivo a la evolución de la enfermedad física...”*

**2.** La reclamante acompaña buen número de estudios e informes médicos, solicita determinados medios de prueba, entre ellos la pericial del Dr. G.G, cuyo informe es uno de los adjuntados, y solicita una indemnización, por las secuelas descritas, que asciende a 350.646,05 euros.

### **Segundo**

Mediante Resolución de 9 de mayo de 2018, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 2 de mayo y se nombra Instructor del procedimiento.

### **Tercero**

Por carta del siguiente día 10 de mayo, se comunica a la Procuradora de la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando que se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada a la paciente, en los Servicios de Urgencia, Endocrinología, Traumatología y Rehabilitación, del Hospital *San Pedro*, así como en la Unidad de Salud Mental; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, posterior al 6 de febrero de 2015 exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la existencia prestada y situación actual de la reclamante.

Obra, asimismo, en el expediente, un escrito de la Correduría de Seguros, de 14 de mayo de 2018, comunicando haber dado traslado de la reclamación a la Compañía aseguradora del SERIS.

### **Cuarto**

Mediante escrito de 12 de noviembre de 2018, la Dirección del Área de Salud remitió, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica y los informes aportados por los Dres. G.V.G, P.C.C, J.M.I.B. y M.I.M.T.

### **Quinto**

Con fecha 8 de noviembre de 2018, el Instructor remitió el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

### **Sexto**

El 14 de enero de 2019, se remitió el informe de Inspección médica, de la misma fecha, de cuya discusión científico-técnica entresacamos y ordenamos lo siguiente:

#### ***1/ (Planteamiento).***

- *“La reclamación... comenta:* «El resultado final del proceso descrito, es que la paciente, en términos no clínicos, perdió las dos caderas y las dos rodillas como consecuencia de la falta de atención y

diligencia debidas por parte del Médico que atendió (a la paciente) por una infección de oídos, con las inevitables y dramáticas consecuencias que esto tiene para una mujer joven que ha perdido la movilidad, la capacidad para hacer deporte y sus posibilidades laborales y ha visto gravemente afectada su vida afectiva, sexual, familiar y social».

*-Cabe, pues, en el análisis de este caso, preguntarnos: i) ¿hubo mala praxis, de la especialista en ORL que le atendió de la otitis en febrero de 2015?; ii) ¿hay una relación causa-efecto entre el uso de corticoides y las lesiones osteocondiales que posteriormente desarrolló la paciente y que hizo preciso la colocación de las prótesis en ambas caderas, además de la gonalgia bilateral que presenta?; y iii) ¿era esperable este efecto secundario por el uso de corticoides, y qué información se le suministró a la paciente al respecto? Veamos:*

## **2/ ¿Hubo mala praxis?**

*-Los hechos, nos dicen que: la paciente es vista, el 06/02/2015, en la consulta (del Servicio de Otorrinolaringología, ORL) por la Dra. B, Especialista en ORL; que se le realiza una audiometría, que manifiesta una hipoacusia y que coincide con un episodio de gripe. Se anota la presencia de moco intratimpánico, lo que también puede calificarse como una otitis serosa aguda. En este contexto, y sin alergias conocidas, el uso de corticoides no puede calificarse como de inapropiado.*

*-La actual Jefa de Sección de ORL, Dra. I.M.T, así lo señala, cuando, en su escrito, dice que la utilización de corticoides en la práctica diaria sigue estando recomendada para el tipo de patología que presenta la paciente.*

*-En la literatura científica a la que he accedido, no hay unanimidad en la utilización del uso de corticoides como tratamiento de primera elección, en parte porque hay que considerar, no sólo la edad del paciente, no es lo mismo, su utilización-en niños que en adultos; y, por otro lado, las circunstancias fisiopatológicas que conducen a esta otitis.*

*-Al parecer, el hecho clave en el desarrollo de una otitis serosa es la disfunción de la trompa de Eustaquio. La función principal de la trompa consiste en equilibrar la presión del oído medio a la presión atmosférica, además del drenaje de la secreción, de la mucosa del oído medio y la protección del oído medio. La mucosa de la trompa puede ser objeto de: una inflamación por afectación directa de un proceso-alérgico o infeccioso, tanto vírico como bacteriano, o por contigüidad de un proceso inflamatorio de vecindad en respuesta a estos mismos agentes.*

*-En la edad adulta suele presentarse en el seno de una infección de vía respiratoria, superior, en especial la rinosinusitis, o como persistencia de contenido seromucoso tras la resolución de una otitis media aguda”:*

*-Así lo exponen los Dres. E. S.F, T.T. L.P. y E. R.G.B, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid También en su artículo exponen la siguiente tabla relativa al tratamiento de la otitis serosa: Tabla 5: Opciones de tratamiento. Tratamiento de la otitis serosa: i) **efectividad probada**: abstención terapéutica, miringotomía con o sin colocación de tubos de drenaje, adenoidectomía, antibióticos, corticoides sistémicos o tópicos, tratamiento, de enfermedades desencadenantes; ii) **efectividad dudosa/nula**: descongestionantes nasales, antihistamínicos, mucolíticos, amigdalectomía.*

*-De aquí, cabe deducir que no puede considerarse como mala praxis, el uso de corticoides para tratar el proceso inflamatorio de oído media que presentaba la paciente con la hipoacusia como síntoma más significativo, y, todo ello, en el contexto de un proceso gripal.*

### **3/ ¿Relación causa-efecto?**

*-Por lo expuesto y visto en el contenido de este expediente, considero que es evidente el nexo causal entre el uso de corticoides y las consecuencias de afectación en las necrosis de las cabezas femorales de sus caderas.*

*-En efecto; La paciente antes de febrero 2015, entre sus antecedentes clínicos personales no figura patología osteo-articular alguna, y, a los pocos días de tratarse con corticoides, empieza a manifestarse los primeros síntomas que le obligan a acudir varias veces (al Servicio de) Urgencias, aquejando dolor en ambas rodillas con irradiación hacia muslos así como mal estado general.*

*-Esta situación, lamentablemente se va agravando y se suceden los diagnósticos de trocanteritis y osteonecrosis de cabezas femorales y la necesidad de colocación de prótesis en ambas caderas.*

*-En menos de un mes, es vista en Consulta (externa, del Servicio de) Endocrinología, detectándose una cortisolemia (elevación de cortisol en sangre), estando en tratamiento con prednisona por posible reacción cruzada, y descartándose la presencia de patología de hiperfunción suprarrenal.*

*-Por otro lado, es cierto que está descrito en la literatura médica la necrosis avascular ósea como una complicación o efecto secundario al uso de corticoides, aunque es cierto que con muy baja incidencia.*

*-También abunda en esta tesis el Dr. G.V.G, Especialista en Endocrinología, que venía tratando a la paciente, desde varios años antes, concretamente desde 2002, por la presencia de un hipotiroidismo.*

*-Por tanto, todos los elementos considerados en este expediente, inclinan claramente a la percepción de que la patología ósea de necrosis que padece la paciente, lo más probable, es que sea como consecuencia del uso de corticoides.*

### **4/ ¿Era esperable?**

*-La osteonecrosis de cabeza femoral, es una enfermedad isquémica que afecta tanto al tejido óseo como a la médula ósea y, en sus fases avanzadas, también al cartílago articular, produciendo una destrucción de la articulación coxo-femoral.*

*-Se clasifican, según su etiología, en dos grandes grupos: las de origen traumático, que son las más frecuentes, y las no traumáticas. Dentro de estas últimas, podemos encontrar, como causante, la corticoterapia prolongada, el alcoholismo, las hemoglobinopatías, pancreatitis y otras.*

*-El mecanismo fisiopatológico de estas necrosis no traumáticas, no se conoce con claridad, existiendo múltiples teorías, con la toma de corticoides (por lo general más frecuente en tratamientos prolongados) el abuso de alcohol, etc.*

*-En cuanto al uso de corticoides, cabe decir, que sólo un porcentaje pequeño de los que han sido tratados con estos productos desarrollan osteonecrosis, desconociendo las dosis necesarias para*

producirlo. En general, se habla de un riesgo más elevado cuanto mayor es la dosis diaria media, así como la duración del tratamiento.

-También se señala que el periodo que suele transcurrir entre el inicio del tratamiento y el diagnóstico de enfermedad de osteonecrosis, suele ser bastante largo.

-Igualmente se ha comprobado que no todos los pacientes que reciben las mismas dosis controladas de corticoides desarrollan necrosis atraumática de cadera, lo que sugiere la presencia de variaciones individuales y una particular sensibilidad a otros factores de riesgo específicos para el desarrollo de la enfermedad.

-Por tanto, a la luz de los conocimientos actuales, cabe decir, que **no era esperable**, ni mucho menos, que su uso por tiempo limitado, pudiera desencadenar todo el proceso de patología de necrosis osteo-articular que padece la paciente. Sí que era, probable en un porcentaje muy pequeño, tal como hemos comentado.

-Respecto a la información suministrada a la paciente acerca del uso de corticoides para tratarse su proceso y las consecuencias y riesgos que en distinto porcentaje se corría según la literatura científica, desconocemos con objetividad la que la Médico Especialista en ORL, le suministró; Facultativa que, en estos momentos, está jubilada, pero cabe suponer que, al tener amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento de estos procesos otológicos, algo debería haberle comentado de manera oral y que, lógicamente no se refleja de manera escrita en la historia clínica”.

### Séptimo

Figura, a continuación, en el expediente, un dictamen médico de la Consultora médica P, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 31 de enero de 2019, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

“1. (La paciente) acudió al (Servicio de) ORL, con fecha tal 6/2/15, por pérdida de audición, siendo diagnosticada de hipoacusia por moco intratimpánico, en el contexto de infección por gripe e iniciando tratamiento con antibiótico y esteroides durante 3 semanas.

2. El uso de esteroides en dicha patología se utiliza para reducir el periodo de hipoacusia, por lo que el tratamiento utilizado es correcto.

3. Ese tratamiento mejoró su hipoacusia, puesto que no vuelve a consultar por dicho síntoma en ningún momento.

4. Se evidenció datos de hipercortisolismo por el endocrino.

5. Según la historia del (Médico Especialista en Endocrinología), los dolores articulares de la paciente se remontan al 2014 y los relaciona con el aumento de peso tras la utilización de un DIU hormonal. El IMC es elevado y aumenta en la siguiente consulta.

6. El dolor articular comenzó diez días tras el tratamiento con corticoides con localización en columna, caderas y otras articulaciones, según los informes.

7. Hasta la derivación (al Servicio de) Traumatología, pasa un año y hablan de semanas de evolución del dolor. Cuando ve al Traumatólogo, sólo habla de dos meses de dolor en caderas, siendo diagnosticada de trocanteritis.

8. Le infiltran Trigon, otro esteroide, sin empeoramiento ni mejoría.

9. Fue diagnosticada de osteonecrosis de cadera, con fecha mayo 2016, siendo programada para cirugía de cadera con fecha 7/6/2016.

10. No se puede establecer una relación, con certeza, del desarrollo de osteonecrosis inducida por esteroides, dado el corto espacio de tiempo del uso de los mismos, la temporalidad del diagnóstico de caderas y rodillas hasta 2 años después y la evidencia de que 1/3 de los casos de osteonecrosis no tiene causa identificable”.

Este informe pericial termina con la siguiente **conclusión final**:

*“La indicación del tratamiento esteroide durante 10 días es correcta en la patología auditiva. El desarrollo de osteonecrosis 1 y 2 años después del uso recortado de los mismos no se puede relacionar de forma certera con el desarrollo de osteonecrosis, tanto por el tiempo de uso de los mismos, como por la rareza de dicha complicación, que responde a la susceptibilidad y otros factores relacionados con el propio paciente”.*

### **Octavo**

Mediante escrito de 6 de febrero de 2019, notificado el día inmediato siguiente, el Instructor confirió el trámite de audiencia a la Procuradora de la reclamante, la cual presentó, el 28 de febrero, un escrito de alegaciones, fechado el día 25 anterior, en el que insiste en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

### **Noveno**

Con fecha 25 de marzo de 2019, el Instructor del expediente emitió la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Décimo**

La Secretaria General Técnica, el mismo día 25 de marzo, remitió, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe fue emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 18 de abril de 2019.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito fechado el 23 de abril de 2019, registrado de entrada en este Consejo el inmediato día siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 25 de abril de 2019, registrado de salida y enviado electrónicamente el 26 de abril de 2019, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió en nombre del mismo a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

1. En el presente caso, se reclama una indemnización de 350.646,05 euros, por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11-g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

## **Segundo**

### **Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.**

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

2. Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

3. Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

### **Tercero**

#### **Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso**

1. Pese a la referencia, en algunos puntos de la reclamación, más en concreto en la pericia del Dr. G.G, a una falta de información al paciente y ausencia de consentimiento informado, no creemos que haya de tenerse en cuenta en el presente caso, debiendo limitarnos a enjuiciar la actuación de los Servicios públicos sanitarios a la luz del primeros de los citados parámetros, el de la existencia o no de una mala praxis médica.

En efecto, tratándose de la prescripción de un medicamento, aun cuando sería aconsejable que el Facultativo informara, a la paciente, en especial de las posibles consecuencias adversas, no es lo habitual, máxime cuando, como en el caso que nos ocupa, sólo en un pequeño porcentaje de las personas tratadas con dicho medicamento han desarrollado las graves patologías que aquejaron a la reclamante.

2. En síntesis, la infracción a la *lex artis* que se supone cometida consistió en la prescripción de corticoides para el tratamiento de una hipoacusia en dosis y por tiempo inadecuado, cuya ingesta causó las gravísimas consecuencias que se describen en el escrito de reclamación: Necrosis de ambas caderas y de ambas rodillas, que obligaron a diversas

intervenciones quirúrgicas y prolongados tratamientos determinando, además, un grado de discapacidad del 48% y desarrollando, como consecuencia de todo ello, una sintomatología ansioso depresiva derivada de su proceso orgánico de la que tuvo que ser tratada en la Unidad de Salud Mental.

A) La Propuesta de resolución, con base principalmente en los informes de la Inspección médica y de la Consultora médica P, cuyas discusión científico-técnica y conclusiones hemos recogido en los Antecedentes Sexto y Séptimo del asunto, propone se desestime la reclamación. En esencia, concluye que la exigible relación de causalidad ha quedado plenamente descartada y que falta la nota de antijuridicidad del daño.

B) No podemos, por menos, que mostrar nuestro total desacuerdo. Por lo que se refiere a la relación de causalidad, queda fuera de toda duda que una de las causas de la osteonecrosis puede ser la administración de corticoides.

-En el informe médico del Dr. E.O, que obra a los folios 44 y siguientes del expediente se señala que, dentro de las causas atraumáticas de la necrosis avascular ósea, *“el factor que más frecuentemente aparece estadísticamente como inductor de esta patología es el uso de Glucocorticoides, solos o acompañados de otros quimioterápicos y patologías concomitantes, relacionadas con la alteración de la coagulación”*.

-Añade que todas las publicaciones médicas consultadas, así como los estudios prospectivos realizados, resaltan una relación clara y significativa entre el uso de corticoides, su dosis y la aparición de osteonecrosis.

-Asimismo, el Dr. Y, al informar la RM de rodilla izquierda de la reclamante el 18 de noviembre de 2016, folio 181 del expediente, termina el comentario postdiagnóstico diciendo que *“la existencia de múltiples áreas de osteonecrosis obliga a investigar el origen de las mismas: ingesta de corticoides, alcoholismo, anemia de células falciformes, lupus eritematoso, enfermedad de Gaucher o pancreatitis entre las más frecuentes”*.

-Además, que la osteonecrosis pueda ser causada por el tratamiento con corticoides no se niega, ni en el informe de la Inspección médica ni en el aportado por la Aseguradora del SERIS: i) en el primero, se afirma que está descrita en la literatura médica la necrosis avascular ósea como una complicación o efecto secundario al uso de corticoides, aunque es cierto que con muy baja incidencia, y ii) en el segundo, se señala, entre otros, como efecto adverso del tratamiento con corticoides la osteonecrosis aséptica, aunque califica de raro tal efecto; y, en el mismo informe, se añade que: *“los pacientes tratados con dosis elevadas de glucocorticoides durante periodos prolongados de tiempo parece que tienen mucho más riesgo de desarrollar osteonecrosis y, además, estos pacientes a menudo tienen otros múltiples factores de riesgo”*.

-Con referencia, en concreto a la reclamante, en el informe del Dr. E.O, se refiere que, tras la prescripción de la prednisona, en la segunda vista al Servicio de Urgencias, por persistencia y aumento de los dolores, se sugiere una posible reacción a la prednisona, que produce poliartralgias.

-En Consulta externa del Servicio de Endocrinología del día 5 de marzo de 2015, según informe del siguiente día 11 (fol. 168 del expediente), el Dr. V.G. diagnostica: *“cortisolemia elevada estando en tratamiento con prednisona, posible reacción cruzada”*.

-El mismo Facultativo, en el informe que emite a solicitud del Instructor, explica, cómo, ante los elevados niveles de cortisol, para asegurarse que la paciente no tuviera un hipercortisolismo endógeno (patología que produjera exceso de cortisol), le hizo una determinación de cortisol en plasma tras 1 mg de dexametasona y cortisol en orina de 24 horas y *“ambas pruebas -dice- confirmaron que la paciente no tenía patología, es decir, descartan que tuviera hipercortisolismo y confirman que los niveles altos de cortisol eran por la prednisona que había estado tomando”*.

-El Dr. M.I.B, en su informe, obrante al fol. 212 del expediente, refiere haber recibido en consulta a la paciente en junio de 2016, por dolor en ambas caderas de varios meses de evolución y, previo al diagnóstico de necrosis bilateral de caderas y propuesta de realización de artroplastia de ambas, destaca el antecedente de *“tratamiento prolongado -mes y medio- con corticoides a altas dosis año y medio antes”*.

C) Ahora bien, ciertamente no basta la relación de causalidad para que surja, sin más, la responsabilidad de la Administración, pues es preciso que concorra un criterio positivo de imputación de responsabilidad, que no es otro que el de la infracción de la *lex artis ad hoc*, cuya concurrencia determina la antijuricidad del daño.

Pues bien, este Consejo entiende que, de los diversos informes que figuran en el expediente, cabe deducir la existencia de una mala praxis, en cuanto a que la duración y dosis administradas no parecen estar justificadas por la enfermedad diagnosticada que se pretendía tratar. En efecto:

-La enfermedad diagnosticada que se pretendía tratar, era una hipoacusia, coincidente con una gripe, con moco intratimpánico; dolencia que, en principio, no parece revestir especial gravedad; de hecho, ningún informe se manifiesta en tal sentido. Por ello, y ante el grave riesgo, aun siendo remoto y de baja incidencia estadísticamente, que implica la administración de prednisona, no nos explicamos cómo no se intentó en principio otro tratamiento alternativo. En el estudio científico de Especialistas del Hospital *Ramón y Cajal* de Madrid, que cita expresamente el informe de la Inspección médica, se señalan, antes de los corticoides, como tratamientos de efectividad probada, la

miringotomía, la adenoidectomía y los antibióticos. Es más, en la pericia aportada por la Aseguradora del SERIS, se analizan, entre otras cuestiones, las indicaciones de la prednisona, sin que aparezca la otitis, pero llama la atención la gravedad de las patologías para las que está indicada: poliartritis crónica, lupus eritematoso, asma grave, agudizaciones de la EPOC, leucemia, mieloma, linfomas, enfermedad de Crohn, etc.

-En cuanto a duración y dosis del tratamiento, se prescribió, en principio 90 mg/día, durante una semana; 60 mg/día, la siguiente semana; y, 30 mg/día, la tercera semana. Pero, como se desprende del repetido informe del Dr. M.I, el tratamiento duró mes y medio por lo menos. Acudimos, de nuevo al dictamen pericial de la Consultora médica P. que, pese a sus conclusiones, en el análisis de la práctica médica, afirma que *“la dosis pautada no debe superar las tres semanas”* y, por lo que se refiere a la posología, que *“la dosis inicial es de 20-60 mg al día y depende del tipo y gravedad de la enfermedad”*. Por tanto, es evidente que el tratamiento prescrito excede de la duración (que duplica) y dosis (de 4,5 a 1,5 veces) recomendadas.

**D)** Sin embargo, aun admitiendo la existencia de una infracción a la *lex artis*, entendemos que, en el presente caso, no es descartable la influencia en la producción del resultado dañoso de los antecedentes personales de la reclamante, hipotiroidismo, obesidad, tabaquismo, bebedora de cervezas 2/24 h y copas ocasionales; en definitiva, lo que se conoce como patología previa e idiosincrasia del paciente. En efecto:

-En el informe que hemos citado del Dr. E.O, se hace referencia a *“patología concomitantes, relacionadas con la alteración de la coagulación”*, como concausa, junto al uso de glucocorticoides, de la necrosis avascular ósea. Y, en el también citado informe del Dr. Y, se cita, entre los posibles orígenes de las múltiples áreas de osteonecrosis, la ingesta de corticoides y el alcoholismo.

-Y es que la idiosincrasia o situación previa del paciente, especialmente su patología previa, es siempre una concausa a estimar, que puede incluso ser la única relevante y exonerar de responsabilidad a la Administración sanitaria, o servir para moderar el quantum de la indemnización. Así lo hemos mantenido en buen número de dictámenes, entre otros, los números 15, 33 y 47 del año 2015.

-En el caso ahora sometido a dictamen, la concurrencia de esa concausa, que hemos calificado como criterio negativo de la responsabilidad patrimonial, no excluye totalmente ésta pero sí ha de producir necesariamente el segundo de los efectos indicados, el de moderar el *quantum* indemnizatorio.

**E)** Procede, por tanto, evaluar el daño resarcible en este caso. A tal efecto, este Consejo entiende que puede acudir, ante la gravedad de las consecuencias y secuelas que

presente la paciente, a la aplicación de doctrinas como la del daño desproporcionado, la culpa virtual o la conocida como *res ipsa aloquitur*, mediante las cuales la doctrina y la jurisprudencia, así como los Altos Órganos Consultivos del Estado y de las Comunidades Autónomas en numerosos dictámenes, han sostenido que en tales casos se produce un desplazamiento de la carga de la prueba, por el que dicha carga recae sobre la Administración sanitaria y no sobre el paciente.

Pues bien, en el expediente dicha Administración no ha efectuado prueba alguna que desvirtúe sustancialmente las afirmaciones de la reclamante; es más, el último de los citados informes, el del Dr. M.I, como hemos visto, califica el tratamiento de “*prolongado -mes y medio-*” y las dosis de “*altas*”.

Por otro lado, es preciso minorar la cuantía reclamada por la paciente, en atención a la concurrencia de la propia idiosincrasia o estado patológico de la misma al que se ha aludido.

De ahí que, teniendo todas las circunstancias que presenta el caso, este Consejo estima que procede valorar el daño a resarcir en 120.000 euros.

## **CONCLUSION**

### **Primera**

Procede estimar parcialmente la reclamación planteada por al existir relación de causa a efecto entre la atención prestada a la reclamante en el Hospital *San Pedro* y el daño cuyo resarcimiento se reclama, concurriendo la idiosincrasia previa de la paciente como criterio de imputación de responsabilidad.

### **Segunda**

En consecuencia, la indemnización que estima procedente en este caso es de 120.000 euros, cantidad debe ser abonada con cargo a la partida que corresponda de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero