

Expediente Núm. 277/2017  
Dictamen Núm. 11/2018

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de enero de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 29 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios que atribuye a una desatención en el tratamiento de una esclerosis múltiple.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 30 de septiembre de 2016, una procuradora, en nombre y representación del interesado -tal y como acredita mediante poder notarial que adjunta-, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que entiende causados por una “defectuosa asistencia sanitaria”.

Refiere que su representado fue valorado el 16 de mayo de 2007 en el Servicio de Neurología del Hospital ....., al que había sido derivado por su

médico de Atención Primaria por presentar "cefalea hemicraneal", y precisa que el facultativo que le asistió "recoge en su informe que existe un TAC sin anomalías, y le diagnostica de cefalea hemicraneal crónica y recomienda control por Atención Primaria".

Señala que en octubre de 2007 el interesado "comienza con clínica de polidipsia (muchísima sed) y es derivado por su médico a (...) Medicina Interna. Acude a consulta externa el 12 de diciembre de 2007 y, tras estudio completo que incluía resonancia magnética del cerebro, le diagnosticaron diabetes insípida; posteriormente es derivado al Servicio de Endocrinología para completar estudio y luego (...) al Servicio de Traumatología para valoración de la alteración vertebral". Subraya que "en el estudio solicitado por Medicina Interna se incluía la primera resonancia cerebral del paciente donde se evidencian (...) pequeñas imágenes hiperintensas subcorticales que parecen corresponder con infartos lacunares de escasa entidad y número".

Indica que posteriormente "es ingresado por el Servicio de Endocrinología del 13 al 19 de diciembre de 2007 para completar estudio", reseñando que en el informe de alta se deja constancia de que "se solicitó resonancia cerebral por Medicina Interna en diciembre de 2007 pero sin estudio hipofisario específico. Se solicita resonancia hipofisaria, que se realiza el 9 de enero de 2008, donde se recoge ausencia de señal de la neurohipófisis sin otras alteraciones significativas. En este informe ya se recoge (que) `a nivel supratentorial se observan pequeñas lesiones hiperintensas y puntiformes en sustancia blanca periventricular de naturaleza inespecífica`, con estudio hormonal normal y con un diagnóstico final (de) diabetes insípida neurogénica. El paciente inicia tratamiento con Minurin y se cita para seguimiento y completar estudio, que concluye y (...) mantiene el diagnóstico y tratamiento".

En diciembre de 2009 se le realiza una nueva resonancia magnética en la que se recoge "ausencia de señal de neurohipófisis sin otras alteraciones significativas (...). Lesiones inespecíficas en la sustancia blanca periventricular de ambos hemisferios que permanecen estables (...), dada la evolución del paciente recomendaría espaciar mucho más en el tiempo los controles".

Tras dejar indicado que “continúa con el seguimiento periódico con Endocrinología, estable en cuanto a tratamiento”, señala que el 23 de junio de 2014 se le efectúa una nueva resonancia que se informa como “ausencia de señal de la neurohipófisis sin cambios. Progresión de las hiperintensidades de señal en sustancia blanca supra e infratentorial que por su distribución y morfología sugieren enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple con diseminación en espacio y tiempo y signos de actividad. Se recomienda completar estudio con RNM medular”. Destaca que en esta prueba se apunta “por primera vez al diagnóstico de esclerosis múltiple”.

Así las cosas, el 27 de junio de 2014 el paciente acude a Urgencias del Hospital ..... “por sensación de dificultad en vaciamiento de vejiga, es diagnosticado de prostatitis y se pauta tratamiento antibiótico (...). Regresa posteriormente por cuadro de inestabilidad y se le solicita valoración por Neurología, ingresando (...) por sospecha de enfermedad desmielinizante. Fue diagnosticado de dicha enfermedad y dado de alta, solicitando más estudios y citas de revisión./ En julio de 2014 acude en dos ocasiones a Urgencias por epigastralgia, siendo diagnosticado de epigastralgia, estreñimiento y alteración de los niveles de sodio en una de las ocasiones./ En agosto de 2014 precisa de nuevo ingreso en el Servicio de Neurología por cuadro de tenesmo vesical e inestabilidad compatible con cuadro medular. En la resonancia magnética se observan múltiples lesiones en sustancia blanca de características desmielinizantes y se recoge literalmente ‘ya visibles en resonancias de 2008 y 2009’ (...), dada la alta carga lesional y la importante actividad de estas se programa para inicio de tratamiento de segunda línea con Natalizumab, diagnóstico: enfermedad desmielinizante de tipo esclerosis múltiple”.

Indica que en los meses siguientes “presenta mala evolución; así, el 10 de febrero de 2015 en informe de seguimiento de consultas externas de Neurología, que recoge ‘(...) esclerosis múltiple remitente-recurrente (...), actividad llamativamente marcada (...), a pesar del tratamiento el paciente presenta un brote medular severo en el segundo mes de tratamiento con recuperación incompleta (...), sintomatología multifocal, fundamentalmente medular y troncoencefálica, apareciendo además problemas de deambulación

(...), disfagia con mal manejo de las secreciones respiratorias (...), anticuerpos anti-Natizumab positivos', se solicita tratamiento con Alemtuzumab, ingresa para completar estudio previo al tratamiento en el que se evidencia enfisema pulmonar centrolobulillar de predominio en lóbulos inferiores./ En mayo de 2015 ingresa para tratamiento con Alemtuzumab, como único efecto secundario presenta rash cutáneo que cede con Polaramine./ El 9 de julio de 2015 acude a Urgencias por estreñimiento y retención urinaria, cursándose ingreso en Neurología del día 10 al 27 de julio de 2015 por nuevo brote, `se precisa realizar sondaje urinario permanente con recambios cada 3-4 s., en la resonancia se evidencia la aparición de nuevas lesiones desmielinizantes medulares en región dorsal baja y cono medular' (...). Se concluye que existen signos de diseminación temporal. Se inicia tratamiento con corticoides intravenosos, además presenta un cuadro de sobredosificación de Desmopresina”.

A continuación describe el estado del paciente a fecha 16 de junio de 2016, en que acude a la consulta de un especialista en Medicina Legal y Forense que elabora un informe el 28 de septiembre de 2016, cuya copia adjunta. En él se indica que el paciente presenta una “muy severa afectación neurológica motriz global por enfermedad desmielinizante que le supone no solamente dependencia absoluta de tercera persona para todas las actividades de su vida, con falta de control de esfínteres urinario y fecal, con necesidad de enemas y urgencia con incontinencia ocasional. Utiliza pañales./ Desplazamiento en silla de ruedas, con supervisión y ayuda constante./ Mantiene funciones cognitivas correctas./ Su afectación es muy severa y le desencadena también dificultad respiratoria por afectación de la musculatura inspiratoria, precisando dormir con la cama con el respaldo incorporado 45°. Afirma que con mucha frecuencia se empapiza al comer y beber”.

En relación con la existencia de un posible retraso en el diagnóstico de la esclerosis múltiple finalmente objetivada en el verano de 2014, afirma dicho especialista que “el diagnóstico de esclerosis múltiple es complejo en ocasiones, para lo cual, y con el objetivo de obtener un diagnóstico lo más temprano posible, en 2001 surgieron criterios diagnósticos de MC Donald, que

se revisaron en 2005 y posteriormente en 2010. En esencia determinan que se precisa de dos eventos (lesiones de sustancia blanca y/o clínica) distintos en el espacio (...) y eventos distintos en el tiempo (...) para el diagnóstico./ Para ser considerados (eventos distintos en el espacio) es preciso determinar (...) una lesión en sustancia blanca en T2 en por lo menos dos de las 4 áreas del (sistema nervioso central) (periventricular, yuxtacortical infratentorial y médula espinal), no siendo necesario que las lesiones capten contraste con gadolinio. Si un paciente tiene un síndrome medular o de tronco encefálico las lesiones sintomáticas quedan excluidas de los criterios y no contribuyen a alcanzar el número requerido de lesiones en T2 (no era el caso)./ El grupo de expertos concluyó que los pacientes con un evento inicial típico asociado a una RNM que muestre (eventos distintos en el espacio) con al menos una lesión asintomática como evidencia de (eventos distintos en el tiempo) sería suficiente para el diagnóstico de (esclerosis múltiple) (...). El síndrome radiológico aislado (...) consiste en la visualización en estudios de resonancia magnética (...) encefálica o medular de lesiones hiperseñales en T2 con o sin captación de gadolinio, morfológicamente compatibles con una enfermedad desmielinizante, pero con ausencia de clínica sugestiva de dicha enfermedad y con la RM hecha ante situaciones clínicas muy diversas. Por lo tanto, los hallazgos son casuales, insospechados y, a veces, hasta sorprendentes para el clínico. Aproximadamente un 66 % de los casos de síndrome radiológico aislado presenta progresión por RM y un 33 % por clínica (brote) en el seguimiento a 5 años”.

Tras esta exposición, y a la vista de los resultados de la primera resonancia que se le realizó al paciente el 5 de diciembre de 2007, en la que las lesiones que presentaba en sustancia blanca “fueron consideradas inespecíficas” y descritas como “pequeñas imágenes hipertensas subcorticales que parecen corresponder con infartos lacunares de escasa entidad y número”, señala que “dada la evolución posterior del cuadro habría que valorar realmente si eran tan inespecíficas, siendo primordial poder comparar las imágenes de la resonancia realizada con posterioridad con esta inicial; hecho que fue imposible desde el inicio, ya que se extraviaron las imágenes no

pudiendo comparar los radiólogos con esta inicial. Este hecho limita mucho las posibilidades diagnósticas y entendemos que tiene importancia por responsabilidad del centro sanitario en la custodia de las imágenes del paciente". Añade que "la siguiente resonancia se realizó en enero de 2008, pero es una resonancia de hipófisis, no de cerebro. En ella se describen de nuevo lesiones en la sustancia blanca (...) de la siguiente manera `a nivel supratentorial se observan pequeñas lesiones hiperintensas y puntiformes en sustancia blanca periventricular de naturaleza inespecífica´. Para poder valorar si son o no inespecíficas se debería al menos comparar con la anterior para poder apreciar si (se) ha producido un cambio en la distribución de las lesiones en su número o en cualquiera de sus características; hecho que no se produce porque no se dispone de las imágenes anteriores./ En cualquier caso los informes reflejan dos ubicaciones distintas de las lesiones; en el primero se ubican a nivel subcortical y en el segundo periventricular, por lo que ya aparecerían en dos de las cuatro áreas antes descritas para poder considerar distintas lesiones en el espacio".

Tras dejar constancia de la resonancia solicitada en diciembre de 2009 para "control de la diabetes insípida", y a la vista de sus resultados -"lesiones inespecíficas en la sustancia blanca periventricular de ambos hemisferios que permanecen estables"-, el especialista muestra su contrariedad con la recomendación del radiólogo de "espaciar mucho más en el tiempo los controles", en el entendimiento de que la misma se hace tomando como referencia la resonancia realizada en enero de 2008, "obviando cualquier alusión a la necesidad de hacer control radiológico o clínico de estas lesiones de sustancia blanca".

En cuanto a la "periodicidad del seguimiento con resonancia magnética", afirma que "si los estudios iniciales son negativos se recomienda una RM a los 6 meses (o dentro del primer año) y si no demuestra (eventos distintos en el tiempo) repetir a los 24 meses./ Estas recomendaciones son genéricas, si bien se establecieron también los factores predictivos de progresión clínica y radiológica, entre otros: presencia de más de 9 lesiones hipertintensas en T2, lesiones Gd+, lesiones en médula cervical, lesiones

infratentoriales, alta carga lesional inicial, inicio en juventud”, etc. Aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, subraya que “el paciente presentaba múltiples lesiones, entendemos que muy posiblemente más de 9, ya que (...) se hubiera especificado el número concreto si hubiesen sido menos de 10. Desconocemos si captaban gadolinio porque no se realizaron esas técnicas ni los controles que hubieran sido oportunos para detectarlo./ Respecto a la evolución, múltiples autores insisten en que el tratamiento temprano se asocia a una disminución de la tasa de conversión a (esclerosis múltiple clínicamente definida), de la carga lesional o lesiones Gd+ y de la discapacidad”.

Sobre este extremo, concluye el perito que “en el caso que nos ocupa se realizó una primera resonancia que se repitió al mes por incapacidad para poder visualizar las imágenes por extravío, al año se repitió por control de otra enfermedad intercurrente (diabetes insípida) sin haberse hecho ninguna alusión a la necesidad de control de las lesiones de sustancia blanca encontradas, y a los 4 años la siguiente tras la recomendación del radiólogo de espaciar los controles./ Por lo que entendemos que no se han realizado los controles de pruebas de imagen necesarios en cuanto a periodicidad”.

Desde otro punto de vista, y tras citar las “recomendaciones internacionales” relativas a la importancia del diagnóstico temprano de la esclerosis múltiple, sostiene que el retraso habido en el presente caso de este diagnóstico “ha supuesto un peor pronóstico de su enfermedad, lo que conlleva por ende una merma de su esperanza y calidad de vida que dada la situación actual clínica que presenta es muy grave y limitante”.

A la vista de ello, el reclamante manifiesta que “padece una esclerosis múltiple (...). Que (...) ya presentaba imágenes compatibles con dicho diagnóstico en los años 2008 y 2009, tal como se recoge en el informe de la resonancia magnética realizada el 13 de agosto de 2014 (...). Que (...) no fue diagnosticado de esclerosis múltiple hasta junio de 2014 (...). Que dicho retraso en el diagnóstico se produjo fundamentalmente por dos factores:/ Inadecuada custodia por parte del (Hospital .....) de las imágenes de RNM iniciales (diciembre de 2007). Inadecuada periodicidad de pruebas diagnósticas y seguimiento del paciente, con un amplio periodo de tiempo

(años) sin control ni vigilancia médica de las lesiones de sustancia blanca, que no resultaron ser inespecíficas, sino que eran características de una esclerosis múltiple que en este paciente ha sido muy agresiva (...). Que todo ello ha supuesto un peor pronóstico y una merma en la calidad y esperanza de vida (...), al no haber podido acceder con anterioridad a los tratamientos médicos específicos”.

Solicita una indemnización por importe de ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

**2.** El día 19 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la representante del interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previo requerimiento efectuado por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 29 de noviembre de 2016 el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite la historia clínica del paciente relativa al episodio asistencial cuestionado.

**4.** Con fecha 15 de noviembre de 2016, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital ..... emite informe sobre la asistencia prestada al enfermo. En él señala que “fue atendido por Medicina Interna en el año 2007, concretamente en fecha 15 de noviembre de 2007, cuando contaba 40 años, y el motivo de consulta fue polidipsia. Se practicó un estudio médico en el que se llegó a un diagnóstico, posteriormente contrastado, de diabetes insípida. Como es preceptivo, en ese momento se realizó estudio de resonancia magnética nuclear de cráneo informada de la siguiente manera: `no se observan alteraciones significativas a nivel de fosa posterior y base de cráneo. A nivel de encéfalo se observa con normalidad sistema ventricular, núcleos de base y cuerpo calloso. Pequeñas imágenes hiperintensas subcorticales que parecen corresponder con infartos lacunares de escasa



entidad y número´./ El paciente fue remitido al Servicio de Endocrinología con el diagnóstico de diabetes insípida; el seguimiento posterior no correspondió a nuestra especialidad”.

**5.** El día 26 de noviembre de 2016, y a la vista del informe pericial presentado por el interesado junto con su reclamación, el Jefe de la Sección de Neurología considera “necesario aclarar los siguientes puntos que pueden facilitar la interpretación del caso”, con cita de literatura científica al respecto. Así, señala que “para establecer el diagnóstico de la enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple es preciso que existan síntoma, ya sea en forma de brotes o con empeoramiento progresivo de la capacidad neurológica en las formas progresivas (...). Los pacientes en los que se encuentran lesiones que podrían ser sugerentes de estar en el contexto de una enfermedad desmielinizante pero no han presentado nunca síntomas son clasificados con el término de síndrome radiológico aislado. En (...) 2009 Okuda y cols. establecieron una serie de criterios radiológicos para tipificar a este grupo (...). El riesgo de presentar el primer síntoma de la enfermedad es del 34 % a los 5 años, y entre los que desarrollan síntomas un 9,6 % tendrán una forma primaria progresiva de la enfermedad y por lo tanto no candidatos a terapias (...). Los pacientes con un síndrome radiológico aislado no son subsidiarios de tratamiento, incluso ni siquiera todas las terapias disponibles tienen actualmente indicación en pacientes con un síndrome desmielinizante aislado (es decir, aquellos que debutan con síntomas y no cumplen completamente los criterios diagnósticos de la enfermedad) (...). El principal diagnóstico diferencial de las lesiones desmielinizantes sería con las de origen vascular y su diferenciación es especialmente difícil en pacientes de mayor edad y con factores de riesgo cardiovascular”.

Tras estas aclaraciones, señala que en el caso de este paciente “las primeras imágenes (año 2007) fueron informadas como lesiones inespecíficas de sustancia blanca, e incluso se especulaba sobre una posible etiología vascular -lacunar-, lo que no sería descartable en un paciente con antecedentes de hipertensión y tabaquismo. Todo ello sin que conste

sintomatología neurológica deficitaria./ Es en el año 2014 cuando, de acuerdo con la historia clínica, aparecen los primeros síntomas sugestivos de brote desmielinizante, y es esa sintomatología la que, de acuerdo con la bibliografía aportada y conjuntamente con la neuroimagen obtenida ese año, permite establecer el diagnóstico de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple e iniciar tratamiento específico para dicha afección”.

**6.** Con fecha 1 de diciembre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición y un Médico Adjunto del referido Servicio. En él señalan que se trata de un “paciente en seguimiento en nuestro Servicio desde diciembre-2007, cuando ingresa con sospecha de diabetes insípida remitido desde la consulta del S. de Medicina Interna, adonde había sido remitido previamente por su médico de Atención Primaria en noviembre-2007 por cuadro de 1 mes de evolución de polidipsia de 5-7 litros/día./ Tras realizar estudios, según consta en informe de 19-12-2007 es diagnosticado de diabetes insípida neurogénica y se instaura tratamiento con mejoría progresiva de los síntomas./ Se solicitó una RNM hipofisaria, puesto que el estudio realizado previamente por el S. de Medicina Interna en diciembre era una RNM craneal. Realizada en enero-2008 es informada como ausencia de señal de la neurohipófisis, sin otras alteraciones significativas (pequeñas lesiones hiperintensas y puntiformes en sustancia blanca periventricular de naturaleza inespecífica)./ En el seguimiento realizado en las sucesivas revisiones (enero-2008, marzo-2008, junio-2009, marzo-2010, abril-2011 y enero-2014) el paciente refiere desaparición de la sintomatología de polidipsia y poliuria, sin referir (...) otra clínica de ningún tipo. Se realizan nuevas pruebas de imagen en diciembre-2009, informadas como ausencia de neurohipófisis ya conocida sin otras modificaciones, recomendando espaciar mucho más en el tiempo los controles./ El 23 de junio de 2014 en nueva RNM el informe es ausencia de neurohipófisis sin cambios, progresión de hiperintensidades de señal en sustancia blanca que por su distribución y morfología sugieren enfermedad desmielinizante, recomendando

completar estudio con RM medular. El 29 de junio ingresa en el S. de Neurología con sospecha de enfermedad desmielinizante, confirmándose el diagnóstico con los estudios realizados./ Ha continuado revisiones en nuestro Servicio, la última 10-10-2016, manteniéndose asintomático en tratamiento con Minurin (...). Tiene nueva cita para 9-3-2018”.

**7.** Mediante oficio de 15 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia de todo lo actuado a la correduría de seguros y solicita un informe pericial de la compañía aseguradora.

En este informe, elaborado el 13 de marzo de 2017 por dos especialistas en Neurología, se efectúan diversas consideraciones médicas sobre la patología en presencia -esclerosis múltiple-, con especial detenimiento en el diagnóstico de la enfermedad. Al respecto, manifiestan que “el diagnóstico de esclerosis múltiple se basa en la suma de criterios clínicos y de pruebas complementarias, dado que no existe ninguna exploración complementaria cuyo resultado sea patognomónico. Se basa en la confirmación de la diseminación de las lesiones en el tiempo y en el espacio, y en la exclusión de otras posibles etiologías. De los criterios clínicos se tiene en cuenta la sintomatología neurológica compatible con brotes, y de las pruebas complementarias resulta fundamental la resonancia magnética, protagonista de la última revisión de criterios diagnósticos publicada en 2010. En esta última revisión se simplifican los criterios diagnósticos de forma que en un sujeto con clínica compatible y una RM en la que se objetive una lesión en al menos dos de las localizaciones típicas se puede demostrar la diseminación en espacio de la enfermedad. En lo referente a la diseminación en tiempo, una lesión captante de gadolinio coexistiendo con otras lesiones no captantes (siempre y cuando la captante no se encuentre en tronco del encéfalo o en médula y sea la lesión sintomática) sería suficiente para demostrarlo. Resulta especialmente útil el estudio del líquido cefalorraquídeo para establecer el diagnóstico diferencial y establecer factores pronósticos (marcadores pronósticos). La RM es la exploración complementaria más útil en la actualidad

para el diagnóstico temprano de la (esclerosis múltiple), aunque sus resultados, como hemos señalado previamente, no son patognomónicos”.

Señalan que “la utilización de criterios diagnósticos es la herramienta necesaria para cuantificar de manera consensuada el grado de certidumbre con el que se establece el diagnóstico de la (esclerosis múltiple)./ El diagnóstico diferencial (...) es por tanto muy amplio e incluye todas las enfermedades capaces de producir clínica o lesiones multifocales o recurrentes (...). El diagnóstico de (esclerosis múltiple) puede establecerse si se han descartado los posibles diagnósticos diferenciales que podrían explicar el cuadro clínico del paciente. No existe consenso sobre las exploraciones complementarias mínimas que deben realizarse de rutina en un paciente con sospecha de (esclerosis múltiple. El diagnóstico diferencial de un paciente con una sospecha de (esclerosis múltiple) debe adecuarse a sus características concretas./ Se denomina síndrome radiológico aislado (...) a la presencia de lesiones de apariencia desmielinizante (típicas de esclerosis múltiple) en pacientes que no presentan sintomatología alguna. En general suele tratarse de un hallazgo casual en una exploración realizada por otro motivo. La definición de estas lesiones se establece por Okuda, y ha de cumplir de forma estricta los criterios de Barckoff para ser considerado auténtico síndrome radiológico aislado. En la última revisión de los fenotipos de esclerosis múltiple del grupo de expertos liderado por Fred Lublin (2015) se excluye del espectro de la esclerosis múltiple al síndrome radiológico aislado, ya que, al no presentar síntomas, el diagnóstico basado únicamente en imagen puede dar problemas en el diagnóstico diferencial, y por tanto en el tratamiento. Así mismo no existe indicación ni recomendación específica de tratamiento en estas fases y ha de individualizarse cada paciente./ De igual forma que en los (síndromes clínicos aislados o primer episodio desmielinizante, entidad incluida en el espectro de la esclerosis múltiple) se han determinado algunas variables de resonancia magnética (...) que aumentan el riesgo de conversión a (esclerosis múltiple), existen variables predictoras de conversión de (síndrome radiológico aislado) a (síndrome clínico aislado). En los (síndromes radiológicos aislados) se ha determinado como el factor predictivo más potente de

conversión a (síndrome clínico aislado) la presencia de una lesión de médula espinal, llegando a presentar en un 86 % de los casos con dicha lesión datos clínicos de evento inflamatorio (en el sistema nervioso central) en el seguimiento a 18 meses (...). Otras variables que aumentan el riesgo de conversión son la presencia de lesiones captantes de contraste en cualquiera de las RM de control, así como la presencia de los criterios de Barkhof-Tintoré (...). Por tanto, parece obvio que necesitamos nuevas herramientas que mejoren la caracterización de estos (síndromes radiológicos aislados)".

Reseñan que "el diagnóstico radiológico de las enfermedades de la sustancia blanca sigue constituyendo un reto debido a la gran cantidad de enfermedades que pueden provocar lesiones en la sustancia blanca con una apariencia similar./ El diagnóstico diferencial es muy amplio e incluye enfermedades vasculares (vasculitis, vasculopatías), metabólicas, infecciosas, autoinmunes, traumáticas, tumores, iatrogenia y leucodistrofias hereditarias./ Para diagnosticar la esclerosis múltiple (...) se han establecido una serie de criterios clínicos y de resonancia magnética (...) indicativos de diseminación temporal y espacial del proceso que facilitan su diagnóstico; sin embargo, no existen criterios de RM específicos que permitan caracterizar otros procesos etiológicos que causan, asimismo, afectación a la sustancia blanca. En muchas ocasiones su presentación radiológica es similar a la de la (esclerosis múltiple) y pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con esta".

Señalan que en el presente supuesto estamos ante un paciente "en seguimiento por Neurología en el que se objetivan lesiones inespecíficas en RM craneal realizada por otro motivo que no presentaba clínica alguna compatible con esclerosis múltiple; es decir, un síndrome radiológico aislado. En las RM realizadas *a posteriori* (un año después), 2009, no se objetiva progresión de la clínica. Solo en junio de 2014, cuando (...) inicia clínica compatible con (esclerosis múltiples), las lesiones inician progresión. En este momento, en el que se inicia la clínica, se diagnostica de esclerosis múltiple y se inicia tratamiento de forma precoz con un fármaco potente debido a la gran actividad de la enfermedad (Natalizumab)./ Aunque se hubieran realizado RM intermedias (...) entre 2009 y 2014 la progresión de las mismas, en ausencia

de clínica compatible, no hubiera estado indicado, según los protocolos vigentes, iniciar tratamiento, ya que el diagnóstico hubiera continuado siendo el mismo./ Si bien es cierto que la mayor parte de los fármacos aprobados en (esclerosis múltiple) tienen evidencia retrasando la conversión de (síndrome clínico aislado) a (esclerosis múltiple clínicamente definida), en el caso del (síndrome radiológico aislado) no existen datos al respecto./ Como se señala, en cuanto el paciente comienza a presentar síntomas compatibles con brotes es tratado con Natalizumab, un potente y eficaz fármaco de forma precoz. Ante la no respuesta al fármaco y la formación de anticuerpos anti Natalizumab, se opta por el cambio a otra terapia de alta eficacia, Alemtuzumab./ Hemos de indicar que se trata de un caso desafortunado en el que, a pesar de que las actuaciones se realizaron de forma correcta, la enfermedad se manifestó de forma rápida, imprevisible y agresiva con resultado de una importante discapacidad para el paciente./ En las RM craneales en los años previos a la aparición de la clínica no se objetivaban cambios. No hubo, por tanto, forma de evitar el curso de la enfermedad, ya que, aunque el paciente fue tratado de forma activa y agresiva desde el diagnóstico, continuó progresando independientemente del mismo./ Consideramos que al paciente se le realizó un estudio completo y adecuado en cada caso para intentar alcanzar un diagnóstico y establecer el tratamiento correcto”.

Finalmente, concluyen que “el diagnóstico de esclerosis múltiple se basa en la suma de criterios clínicos y de pruebas complementarias, dado que no existe ninguna exploración complementaria cuyo resultado sea patognomónico (...). El diagnóstico diferencial en la (esclerosis múltiple) es muy amplio e incluye todas las enfermedades capaces de producir clínica o lesiones multifocales o recurrentes. Clásicamente se ha denominado a la enfermedad la gran simuladora porque (...) sus síntomas con frecuencia (son) interpretados como de patologías diversas hasta que se alcanza el diagnóstico definitivo (...). El síndrome radiológico aislado, esto es, la presencia de lesiones de aspecto desmielinizante en ausencia de síntomas, se encuentra excluido en la actualidad del espectro de la esclerosis múltiple y no tiene indicación de

tratamiento (...). El síndrome clínico aislado (...) es la forma de inicio más frecuente de la esclerosis múltiple y consiste en un episodio de disfunción neurológica de etiología desmielinizante (...). Establecido el diagnóstico de esclerosis múltiple tras la aparición de los brotes y en base a los criterios diagnósticos disponibles, se inició tratamiento modificador del curso de la enfermedad de forma temprana y con un fármaco de alta eficacia, sustituyéndose por otro (...) de alta eficacia igualmente tras el fracaso del primero (...). Consideramos que se trata de un caso con una evolución agresiva y desafortunada en el que el inicio de tratamiento en las fases preclínicas (antes del diagnóstico) y en ausencia de progresión radiológica no hubiera estado justificado”.

**8.** Con fecha 13 de junio de 2017, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que se da cumplimiento a lo solicitado el 10 de julio de 2017.

**9.** Durante la instrucción del procedimiento se incorpora a aquel un escrito de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias de 18 de julio de 2017. En él se llama la atención acerca de la fecha de presentación de la reclamación -30 de septiembre de 2016- y el hecho de que, a tenor de la historia clínica obrante en el expediente, “el paciente conoció el diagnóstico de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple en agosto de 2014. Es más, en dicha fecha se inició tratamiento específico para dicha patología, por lo que resulta difícil alegar que (...) no conocía en esa fecha el diagnóstico por el que en la actualidad reclama a causa de un (...) retraso en el diagnóstico./ Cabe destacar que con posterioridad a dicha fecha no ha aparecido sintomatología diferente que modifique el diagnóstico, ni tampoco hecho o documento que interrumpa el plazo de prescripción”.

Así las cosas, entiende la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias que, "habiendo sido presentada la reclamación el 30 de septiembre de 2016 y fijando agosto de 2014 como *dies a quo*, han transcurrido más de dos años desde dicha fecha; por ende, el reclamante ha dejado transcurrir el plazo legal anual y su acción está prescrita", por lo que procede "inadmitir la reclamación presentada".

Solicita que "se dicte propuesta de resolución desestimatoria por extemporaneidad de la reclamación presentada".

**10.** Mediante escrito notificado al interesado el 27 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 28 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la compañía aseguradora que "ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido".

**11.** Con fecha 15 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que la reclamación es extemporánea.

En cuanto al fondo del asunto, argumenta que "la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No existe ninguna prueba que de forma aislada permita el diagnóstico indubitado de esclerosis múltiple. La simple presencia de lesiones de aspecto desmielinizante sin síntomas no es un criterio diagnóstico de esclerosis múltiple. El síndrome radiológico aislado, en ausencia de síntomas, no justifica el inicio del tratamiento. Tampoco en ausencia de progresión radiológica./ El mal pronóstico no guarda relación con el 'retraso diagnóstico' que se invoca, sino con la agresividad en la expresión de la patología".



**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. .... de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación presentada el 30 de septiembre de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no

impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, y puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**CUARTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el

momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurran, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

**QUINTA.-** Al examinar los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración procede verificar, en primer término, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto; aspecto este en el que la propuesta de resolución sometida a nuestra consideración fundamenta en primer lugar su sentido desestimatorio.

Al respecto, debemos comenzar el análisis de esta cuestión recordando que, tal y como establece el artículo 142.5 de la LRJPAC, “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el asunto que nos ocupa, del relato de hechos que efectúa el interesado, así como de la documentación incorporada al expediente, se desprende que el diagnóstico de la esclerosis múltiple que padece quedó

definido con toda claridad en el mes de agosto de 2014, tal y como él mismo reconoce.

Con posterioridad a esta fecha los contactos del paciente con los servicios públicos sanitarios se han limitado, por lo que se refiere al tratamiento de esta concreta patología, a un cambio del fármaco inicialmente pautado debido a la intolerancia del paciente; hecho que se produjo en el mes de mayo de 2015, seguido de los sucesivos controles.

Así las cosas, nos encontramos con que, tanto tomando en consideración el mes de agosto de 2014 como el mes de mayo de 2015 a los efectos de determinar el *dies a quo* a partir del cual debe ser computado el plazo de un año establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC anteriormente citado, la reclamación formulada el 30 de septiembre de 2016 debe ser desestimada por extemporánea.

En cualquier caso, aunque hiciéramos abstracción de esta conclusión y partiésemos del supuesto de que la acción no hubiera prescrito la reclamación habría de desestimarse igualmente por razones de fondo.

El interesado fundamenta su pretensión indemnizatoria en lo que considera un retraso en el diagnóstico de la esclerosis múltiple que le fue objetivada en el verano de 2014; retraso al que asocia una pérdida de oportunidad terapéutica. Atribuye este supuesto retraso diagnóstico al hecho de que tras una resonancia magnética de hipófisis que se le realizó en diciembre de 2009 se decidiera por parte del radiólogo “espaciar mucho más en el tiempo los controles”, lo que hizo que una prueba similar no se le practicara hasta pasados casi cinco años, y ello a pesar de que tanto en esa resonancia de diciembre de 2009, como en una previa similar informada el 9 de enero de 2008, fueran apreciadas “lesiones en la sustancia blanca” que fueron catalogadas entonces como “inespecíficas”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, el daño alegado se circunscribe al causado por una pérdida de posibilidades terapéuticas durante el tiempo en el que el reclamante entiende que no recibió ni el diagnóstico ni el tratamiento adecuado. Es en este contexto en el que resulta plenamente admisible, a efectos de su estudio, la presencia de un daño cuya evaluación

económica examinaremos si concurren el resto de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, incluso formulada en términos hipotéticos -como acontece en el presente supuesto-, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A estos efectos, el perjudicado, basándose en el informe emitido a su instancia por un médico privado, considera que el retraso diagnóstico denunciado resulta "evidente"; conclusión a la que llega con el argumento fundamental de que tras la resonancia magnética de hipófisis que se le practicó en diciembre de 2009 esta prueba no fue repetida por decisión de los radiólogos hasta pasados casi cinco años, cuando lo recomendable sería -a juicio del perito del reclamante- si los estudios iniciales son negativos una RM a los 6 meses (o dentro del primer año) y si no se demuestran eventos distintos en el tiempo repetir a los 24 meses, todo ello teniendo en cuenta que tanto en esta resonancia de diciembre de 2009, como en una previa similar informada el 9 de enero de 2008, ya fueron apreciadas "lesiones en la sustancia blanca" que fueron catalogadas como "inespecíficas".

Por el contrario, para la Administración sanitaria la reclamación debe ser desestimada, ya que la asistencia prestada al perjudicado a lo largo de todo el episodio fue correcta y adecuada a la *lex artis*, poniendo especial énfasis en resaltar la inexistencia de prueba alguna que “de forma aislada permita el diagnóstico indubitado de esclerosis múltiple”, y atribuyendo el mal pronóstico a la “agresividad en la expresión de la patología”.

En este sentido, lo primero que hemos de destacar es la coincidencia que se observa en los dos dictámenes médicos que con tal carácter figuran incorporados al expediente, tanto el aportado por el reclamante con su escrito inicial como el elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, acerca de la dificultad de proceder siempre y en todo caso a un correcto diagnóstico de la esclerosis múltiple. Así lo reconoce expresamente el perito del reclamante -“el diagnóstico de esclerosis múltiple es complejo en ocasiones”- y se afirma, de manera mucho más desarrollada, en el informe de los especialista en Neurología elaborado a instancias de la compañía aseguradora, para los cuales “el diagnóstico de esclerosis múltiple se basa en la suma de criterios clínicos y de pruebas complementarias, dado que no existe ninguna exploración complementaria cuyo resultado sea patognomónico. Se basa en la confirmación de la diseminación de lesiones en el tiempo y en el espacio, y en la exclusión de otras posibles etiologías. De los criterios clínicos se tiene en cuenta la sintomatología neurológica compatible con brotes, y de las pruebas complementarias resulta fundamental la resonancia magnética, protagonista de la última revisión de criterios diagnósticos publicada en 2010”.

Dejando constancia de esta coincidencia en la complejidad que en algunos casos presenta el diagnóstico de la patología en presencia, debemos comenzar nuestro análisis poniendo de manifiesto que el interesado hace descansar todo su razonamiento en orden a la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en un único argumento, la no realización durante un espacio de tiempo cercano a los cinco años de una resonancia magnética, cuando en opinión de su perito este intervalo no debería haber superado en ningún caso los dos años.



Pues bien, a juicio de este Consejo, y a la vista de la documentación incorporada al expediente, de este único reproche que se hace al funcionamiento del servicio público sanitario a lo largo del episodio clínico en un periodo que va desde el año 2007 al 2014 no puede deducirse el imprescindible nexo causal entre la asistencia recibida y la grave patología -una esclerosis múltiple- diagnosticada en agosto de 2014, pautándose en ese mismo momento el tratamiento oportuno, hasta el punto de que en la última de las revisiones realizadas en el Servicio de Endocrinología y Nutrición el 10 de octubre de 2016 el paciente se mantenía "asintomático en tratamiento".

Prueba de que la asistencia prestada al paciente fue continuada nos la proporciona el informe del Servicio de Endocrinología y Nutrición de 30 de noviembre de 2016 (folio 53), en el que se deja constancia de que "en el seguimiento realizado en las sucesivas revisiones (enero-2008, marzo-2008, junio-2009, marzo-2010, abril-2011, diciembre-2011 y enero-2014) el paciente refiere desaparición de la sintomatología de polidipsia y poliuria, sin referir (...) otra clínica de ningún tipo".

A la vista de estos informes y de la historia clínica obrante en el expediente cobran plena virtualidad las consideraciones realizadas por los especialistas en Neurología que informan a instancias de la compañía aseguradora, de las que se desprende claramente, teniendo siempre presente la complejidad del diagnóstico de esta patología, que obliga a un cuidadoso diagnóstico diferencial de otras posibles, la imposibilidad de que el diagnóstico de esclerosis múltiple pueda ser alcanzado, ante la ausencia de datos clínicos y sintomatología -tal y como ha ocurrido en el presente caso hasta al menos la primavera de 2014-, como sostiene el reclamante, apoyándose únicamente en una prueba complementaria como es la resonancia magnética.

No apreciando, por lo razonado, insuficiencia de medios diagnósticos empleados en la asistencia prestada al reclamante en el episodio clínico examinado, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no cabe exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo

evidencien con certeza, por lo que la presente reclamación ha de ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.