

Expediente Núm. 277/2018  
Dictamen Núm. 25/2019

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de enero de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de octubre de 2018 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su esposo, padre y allegado, respectivamente, que atribuyen a la deficiente atención sanitaria prestada con ocasión del diagnóstico y tratamiento de una meningitis fúngica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 29 de enero de 2018, los interesados -esposa, hijos y allegado, respectivamente, del perjudicado- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su familiar.

Exponen que el paciente falleció el “día 13 de abril de 2017 en el Hospital “X” a consecuencia de una `meningitis aguda fúngica complicada con infartos y

hemorragia subaracnoidea secundaria a vasculitis fúngica´ por la existencia de `incontables colonias de *Aspergillus fumigatus*´ y de `hongo filamentoso´´.

Indican que con antecedentes clínicos de "diabetes mellitus y otitis serosa crónica" acudió en marzo de 2016 al Hospital "Y", colocándosele un "nuevo drenaje transtimpánico" el 11 de mayo de 2016 y objetivándose la "presencia de *Candida*". En julio de 2016 fue derivado a Neurología del Hospital "X", y en agosto de ese mismo año realizó privadamente una RNM y un TAC que pusieron de manifiesto "la existencia de un proceso inflamatorio a nivel de mastoides derecha". Detallan a continuación una consulta en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" -(septiembre de 2016) donde, según señalan, pese a la existencia de una "mastoiditis crónica con ocupación parcial de celdillas mastoideas derechas", descartan "patología a su nivel, solicitando nueva valoración a Neurología"-, un TAC realizado el 14 de octubre de 2016, una atención en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y" el 3 de noviembre de 2016 con traslado e ingreso en el Servicio de Neurología del Hospital "X" y un ingreso en la UVI por "broncoaspiración". Reseñan que fue dado de alta el 19 de diciembre de 2016 "por mejoría parcial" con el diagnóstico de "pseudotumor inflamatorio de base de cráneo, manteniendo el tratamiento con corticoides y cesando el tratamiento con el antimicótico".

Añaden que "al no estar siendo tratado ni diagnosticado correctamente recae" de nuevo, acudiendo en varias ocasiones en febrero de 2017 a la consulta de Otorrinolaringología y que vuelve a quedar ingresado en el Hospital "X", siendo dado de alta el "6 de marzo de 2017 con el referido diagnóstico principal de `pseudotumor inflamatorio de la base del cráneo´´.

Después es asistido en su centro de salud, donde le recetan "tratamiento antibiótico" y ante el fracaso, "con fecha 9 de abril siguiente, es visto nuevamente en Urgencias" del Hospital "X", diagnosticándosele otitis media supurada y "manteniéndose el mismo tratamiento sin éxito hasta la fecha (...), informando el Servicio de Otorrinolaringología (...) que no requería de más seguimiento por el mismo./ Mientras tanto, lo que estaba desarrollando eran varios infartos isquémicos subagudos en territorio de PICA izquierdo", según una RM de control realizada en abril de 2017. Se decide entonces su ingreso en

el Servicio de Neurología del Hospital "X" "por sospecha de meningitis infecciosa en paciente inmunodeprimido (...), realizándosele cultivo (...) con el resultado de: `incontables colonias de *Aspergillus fumigatus* y de hongo filamentoso´, manteniéndose negativos los hemocultivos (...). El 12 de abril de 2017 sufre un empeoramiento progresivo" y fallece en la madrugada del día siguiente.

Consideran que "es palmaria la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria (...) y el fallecimiento (...) debido a que incomprensiblemente no sospecharon y, por tanto, no trataron la infección fúngica padecida" que provocó la muerte al paciente. Reiteran que "incomprensiblemente, pues en él concurrían todos los factores de sospecha de esa infección. A saber:/Trabajador agrícola./ Padecimiento de otitis crónica./ Timpanoplastias./ Diabético./ Inmunodeprimido por toma de corticoides y diabetes mellitus./ Aislamiento de hongos -*Candida*- en cultivos previos y falta de respuesta a tratamiento antibiótico./ Cefaleas intensas./ Mastoiditis./ Evolución de los signos neurológicos de afectación de pares craneales". Afirman que el fallecimiento "bien pudo haberse evitado si los centros hospitalarios hubieran dado una cobertura de organización y medios mínima para solventar una situación de riesgo como la descrita (...). Así, los facultativos que atendieron al paciente (...) ni actuaron con la diligencia exigible ni agotaron los medios disponibles para obtener un diagnóstico de certeza (...), con la consiguiente pérdida de oportunidad sufrida en cualquiera de los casos".

Solicitan una indemnización por importe total de trescientos diez mil euros (310.000 €), de los cuales 200.000 € corresponderían a la viuda 40.000 € a cada uno de los dos hijos y 30.000 € al allegado.

Como prueba, solicitan que se incorpore al expediente la historia clínica del paciente obrante en los dos hospitales en los que fue atendido y en su centro de salud. También instan a que "se abra un periodo probatorio" para "en su caso, practicar una prueba pericial médica".

Junto con la reclamación aportan un total de 99 fotocopias de episodios de la historia clínica del perjudicado que obtuvieron a través del Servicio de Atención al Paciente.

**2.** Mediante oficio de 2 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

**3.** Con fecha 16 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les requiere para que en el plazo de diez días quienes se dicen familiares acrediten su parentesco con el perjudicado y quien afirma ser allegado acredite "un interés legítimo para ser parte interesada en este procedimiento".

**4.** Mediante escritos de 16 de febrero de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y VI un informe de los servicios intervinientes "en relación con el contenido de la reclamación", así como una copia de la historia clínica.

**5.** El día 1 de marzo de 2018, los reclamantes responden al requerimiento efectuado. Los tres primeros afirman ser la esposa e hijos del perjudicado fallecido y aportan una copia del Libro de Familia, y el último firmante del escrito de reclamación señala que convive desde el 1 de mayo de 1996 en el domicilio familiar como "sobrino político del mismo" y que dada la "estrecha relación que mantenía" con el perjudicado "figura en su esquila como un hijo más". En prueba de ello aportan certificados de empadronamiento, declaración firmada por su tía -también reclamante- y esquila del perjudicado fallecido en la que se constata que efectivamente figura como hijo suyo.

**6.** Mediante oficio de 7 de marzo de 2018, el Gerente del Área Sanitaria VI remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, en soporte

digital, una copia de los estudios radiológicos efectuados, un escrito de la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano, las historias clínicas de Atención Especializada y de Atención Primaria y el informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "Y".

En este último, suscrito el 26 de febrero de 2018 por una Facultativa Especialista de Área de Otorrinolaringología, se expone con detalle el curso asistencial del perjudicado, que se inicia el 8 de mayo de 2013 por otitis serosa de oído derecho. Indica que ante la mala evolución el 23 de octubre de ese año se le coloca un drenaje transtimpánico que es retirado en enero de 2015 al encontrarse obstruido, colocándose uno nuevo en mayo de 2016, y pone de manifiesto que un cultivo realizado el 15 de junio de 2016 resulta "positivo para *Candida albicans*", y que tras la medicación fúngica aplicada a partir del 22 de junio de 2016 "se toma muestra para cultivo de exudado ótico, siendo negativo". Añade que tras nueva clínica dolorosa "en la región temporal, con fotofobia, lagrimeo (...), se solicita interconsulta al Servicio de Medicina Interna". El 16 de agosto de 2016 "se revisa RM que realizó en la sanidad privada, así como TC realizado en el (Hospital "Y") (...), donde le remitió el 10-08-2016 su (médico de Atención Primaria) y fue valorado por Neurología y (Otorrinolaringología), y se le pautó tratamiento corticoideo en pauta descendiente. Dichas pruebas de imagen son compatibles con la ocupación de la mastoides por secreción mucosa, sin signos de infección en la exploración directa, en el contexto de una otitis serosa crónica./ El 13-09-2016 se toma nueva muestra de exudado ótico para cultivo, siendo negativo, y se solicita TC de control (...). El TC se revisa con el radiólogo y se compara con el realizado en el (Hospital "Y") (...), y de acuerdo con el Servicio de Medicina Interna se solicita interconsulta a la Unidad del Dolor, así como nueva valoración con carácter preferente a Neurología./ El 05-10-2016 la exploración del OD no ha sufrido cambios y persiste el dolor (...). En el TC de control no hay cambios apreciables (ocupación de celdillas mastoideas derechas, sin destrucción ósea) y el 2-11-2016 nos ponemos en contacto telefónicamente con la familia que comenta que el neurólogo (...) le pautó Tryptizol con mejoría del dolor y mareo leve, por lo que se le da revisión en 3 meses (...) (adelantará la cita si hay

alguna incidencia)./ El 03-11-2016 acude al Servicio de Urgencias” del Hospital “Y”, donde es valorado por Otorrinolaringología y Medicina Interna “por disfagia rápidamente progresiva (...). Se decide traslado urgente al Servicio de Neurología” del Hospital “X”.

Concluye que se trata de un paciente “diagnosticado de otitis serosa crónica en OD que precisó colocación de (drenaje transtimpánico) en (...) dos ocasiones, así como tratamiento de las otitis bacterianas y fúngicas intercurrentes, con buena respuesta, que presenta clínica neurológica, con exploración otomicroscópica, fibroscópica (cavum libre) y pruebas de imagen (TC compatible con otitis secretora de OD, sin destrucción ósea) que no la justifican, por lo que fue derivado al Servicio de Neurología del centro de referencia”.

**7.** Con fecha 13 marzo de 2018, la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica en formato electrónico. Los días 21 y 28 del mismo mes, le traslada los informes realizados por los Servicios de Otorrinolaringología y de Neurología del Hospital “X”, respectivamente.

El informe del Servicio de Otorrinolaringología, fechado el 18 de marzo de 2018, reseña que el paciente fue derivado desde el Hospital “Y” por “dolor frontal opresivo con irradiación a región parietal izquierda rebelde a tratamiento”. Analizando los motivos de la reclamación, señala que “al principio (...) se hace referencia `a la importancia de que se hubiese cultivado una *Candida* en el conducto auditivo externo´ (...) El cultivo de una *Candida albicans* en las secreciones del conducto auditivo externo sin acompañarse de una clínica otológica (...) no traduce ninguna patología, ya que la *Candida* es un hongo que existe saprófito (sobre todo en personas inmunocompetentes) en la piel, conducto auditivo externo, mucosas orales y genitales y, en general, en todo el ambiente. Por lo tanto, su aislamiento, aun con un drenaje transtimpánico colocado (...), no lo hace susceptible de ningún tratamiento. En pacientes de alto riesgo -diabéticos, inmunocomprometidos (...)- este hongo puede provocar una otitis externa maligna (...). Ante la ausencia de una causa

evidente y la no mejoría el cuadro clínico del paciente era más compatible con una disfunción tubárica o una alteración en el cavum (...). Además, en al menos 2 gammagrafías óseas, 4 tomografías computarizadas (...), 5 resonancias magnéticas (...) y 18 radiografías simples (...) (de las que tengo acceso), valoradas por múltiples médicos de distintas especialidades, no se consideró el diagnóstico de otitis fúngica maligna en ningún caso”.

Añade que ingresó en el Servicio de Neurología “por lo que en principio se consideró una posible neuralgia del trigémino, pero sobre todo por una parálisis de los pares craneales bajos izquierdos (...); es decir, nervios que salen por la base del cráneo y cuya parálisis altera la deglución (...) pudiendo provocar neumonías aspirativas (...). En dos pruebas de imagen sucesivas (...) se puso de manifiesto la presencia de una inflamación del cavum y la base del cráneo, la cual fue avanzando (...). Así mismo, debido a las aspiraciones (...) desarrolló neumonías aspirativas que precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (...), donde se le administraron múltiples tratamientos antibióticos y antifúngicos”. En ese contexto se “solicita valoración al Servicio de Otorrinolaringología para la realización de una biopsia de base de cráneo” y, pese al “mal estado general del paciente (...), con fecha 29-11-2016 se le realizó una cirugía endoscópica de base de cráneo (...) y se tomaron múltiples biopsias que se enviaron para estudio (...). El resultado fue de `fragmentos de mucosa nasosinusal: inflamación crónica severa´. No creció ningún germen en los cultivos, ni se vieron en el estudio anatomopatológico granulomas, ni hifas, ni hongos (con ello se descartó un proceso neoplásico y una osteomielitis/infección por hongos o bacterias)./ En vista de los resultados de la clínica, exploración y de los estudios radiológicos se diagnosticó al paciente de un pseudotumor de base de cráneo”.

Afirma que el pseudotumor es una entidad muy poco frecuente que suele aparecer en pacientes inmunosuprimidos (...). El tratamiento son corticoides a dosis alta y, si el paciente lo tolera, fármacos inmunosupresores, administrándose en raros casos radioterapia. Los inmunosupresores específicos en pacientes inmunosuprimidos (como es el caso) solo empeoran el cuadro y la radioterapia (...) no se consideró por las posibles secuelas (ceguera, parálisis

pares craneales, lesiones vasculares). Por lo tanto, y como única opción, se comenzó con tratamiento corticoideo a dosis altas (...); sin embargo (...), tuvo que ser modificado debido a la importante descompensación de la diabetes (...). Por lo tanto, se tuvo que bajar (...) hasta una dosis subóptima que permitiese el tratamiento sin alteraciones drásticas en la glucemia". Tras una ligera mejoría "fue dado de alta hospitalaria con seguimiento clínico y radiológico (RM a los 2 meses) en las consultas externas (...). Acudió antes a consultas externas (...) por empeoramiento clínico (27-2-17)". Ingresó ese mismo día y "se realizó otra RM en la que se observó que el pseudotumor había progresado y afectaba el cuerpo del esfenoides (...). Es decir, el pseudotumor había regresado algo en la parte inferior pero se había extendido hacia arriba. Ante este resultado se decide iniciar tratamiento con dosis elevadas de corticoides intravenosos, pero de nuevo una descompensación diabética obligó a bajarlos (...). Se mantuvo el tratamiento corticoideo por vía oral (...), antibióticos y se solicitó una nueva RM (para el día 10-4-17). Sin embargo, el día antes (9-4-17) acudió de nuevo por Urgencias (...). El paciente refirió que seguía empeorando y la RM" informó que "de este modo coexisten tres entidades, la primera un pseudotumor de base de cráneo estable (sin mejoría) (...), la segunda infartos subagudos tardíos en territorio posterior izquierdo y finalmente una otitis derecha con posible meningitis secundaria (...)'./ Ante los hallazgos de la RM el paciente fue ingresado en Neurología y a pesar del tratamiento evolucionó de una forma rápida y fue exitus, posiblemente por los infartos cerebrales y concomitantemente por una meningitis de posible origen otógeno. La punción lumbar solo mostró signos bioquímicos de infección, sin aislar (...) ninguna bacteria ni ningún hongo (...). Los infartos cerebrales (...) posiblemente sean debidos a una afectación por el pseudotumor por el crecimiento que experimentó hacia el seno cavernoso y por estar en el lazo izquierdo (el proceso infeccioso ótico fue derecho)".

En cuanto a la relación de otitis con la evolución tórpida del cuadro clínico, señala que "no se puede descartar que sea un foco de infección, pero el germen aislado en el exudado ótico fue *Aspergillus* (diferente de la *Candida* que se mencionó en el cultivo inicial), el daño del parénquima cerebral estaba sobre



todo en el lado izquierdo (la otitis era derecha) y no se aisló germen alguno en el líquido cefalorraquídeo”.

Concluye que “la causa primaria de su enfermedad” era “un pseudotumor inflamatorio de base de cráneo de predominio izquierdo, con afectación múltiple y progresiva de pares craneales que debido a la inmunosupresión de base, junto con la provocada por la diabetes mellitus y los corticoides, evolucionó con la provocación de infartos cerebrales masivos en el área afecta izquierda y a una meningitis intercurrente”.

Por su parte, el Jefe de la Sección de Neurología del Hospital “X” emite informe el 23 de marzo de 2018. En él, tras relatar el proceso asistencial prestado (coincidente con el descrito por el Servicio de Otorrinolaringología), concluye que “el fallecimiento del paciente está en relación con una meningitis infecciosa aguda secundaria a infección por hongos, probablemente causada por el *Aspergillus fumigatus* presente en el cultivo ótico. Esta es una causa muy infrecuente pero descrita en pacientes con inmunosupresión inducida por la diabetes mellitus y/o tratamiento con esteroides, alcanzándose un diagnóstico en vida en tan solo un 39 % de los casos y una alta tasa de mortalidad, del 83 % de los casos (...). En el caso de nuestro paciente se sospechó una meningitis de origen fúngico a las 24 horas de su ingreso, iniciándose tratamiento antimicótico adecuado, pero sin mejoría./ Ningún otro dato clínico del paciente como: trabajador agrícola, otitis crónica, timpanoplastia, cefalea, afectación de pares craneales, son datos que puedan sugerir el origen específicamente micótico de una meningitis./ La enfermedad crónica que presentaba (...) (pseudotumor inflamatorio de base de cráneo) no se relaciona con agentes infecciosos, sino que es un proceso de causa inmunológica desconocida, como así demostraron todos los estudios realizados al paciente, incluyendo el estudio anatomopatológico de la lesión inflamatoria, con estudios microbiológicos negativos./ Tampoco se puede encontrar una relación entra la meningitis fatal que sufrió (...) y la presencia de un cultivo positivo para *Candida*, otro tipo diferente de hongo, en junio de 2016, que además posteriormente se negativizó tras tratamiento antibiótico adecuado”.

**8.** El día 24 de mayo de 2018, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, emiten informe dos Licenciadas en Medicina y Cirugía, una de ellas especialista en Medicina Legal y Forense y la otra máster en Valoración del Daño Corporal y diplomada en Medicina del Seguro.

Señalan que “en la reclamación se hace referencia a la pérdida de oportunidad por la tardanza en el diagnóstico y tratamiento de la infección fúngica que ocasionó la meningitis y el fallecimiento./ El pseudotumor inflamatorio es un proceso no neoplásico caracterizado por un crecimiento irregular de las células inflamatorias de etiología desconocida (...). En este caso se trata de un paciente diabético con patología otológica en control periódico por el Servicio (de Otorrinolaringología) desde 2013 (...). Siguió diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos con evolución y respuesta variables. Tras el análisis de la documentación, este seguimiento ha sido correcto y ajustado a protocolos, con realización de pruebas complementarias (analíticas, cultivos, escopias, TAC) y tratamientos adecuados (...). Ante la aparición de sintomatología neurológica el paciente fue derivado al (Hospital “X”) para ingreso y estudio, y tras realización de múltiples pruebas de imagen, analíticas, y (...) biopsia de base del cráneo por cirugía endoscópica se diagnosticó de pseudotumor inflamatorio; patología con curso impredecible. Se instauró tratamiento con esteroides a dosis altas que ocasionaron frecuentes descompensaciones diabéticas que obligaron a ajustar el tratamiento./ En ninguna de las múltiples pruebas de imagen y laboratorio que se realizaron (...) se contempló el diagnóstico de otitis fúngica maligna, al no existir resultados compatibles./ La evolución (...) fue tórpida por crecimiento del pseudotumor ante la imposibilidad de administrar altas dosis de corticoides por la diabetes de base y la aparición de una meningitis intercurrente con origen en una otitis derecha, en esta ocasión de etiología fúngica: *Aspergillus spp*, hongo filamentoso”.

Concluyen que “la actuación médica fue correcta en todo momento atendiendo a la clínica y sintomatología del paciente./ No ha existido demora en el diagnóstico y por lo tanto no se ha producido una pérdida de oportunidad”.

**9.** Mediante escrito notificado a los reclamantes el 19 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de 15 días.

**10.** Con fecha 26 de julio de 2018, comparece en las dependencias administrativas un representante de los interesados (que aporta poder notarial al efecto) y se le entrega un CD que contiene una copia del expediente.

El día 7 de agosto siguiente, el representante de los reclamantes presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él afirma que se han “encargado recientemente” informes periciales y, a la vista de las pruebas practicadas -fundamentalmente las historias clínicas- y a la espera de aquellos, reitera que “incomprensiblemente no sospecharon y, por tanto, no trataron la mentada infección ótica que padecía (el perjudicado) y que desgraciadamente (...) le provocó su muerte”. Tras insistir en los “factores de sospecha de esa infección”, afirma que hay “nexo causal entre tal actuación y el fatal desenlace (...) que bien pudo haberse evitado (...). Así, los facultativos que atendieron al paciente (...) ni actuaron con la diligencia exigible ni agotaron los medios disponibles para obtener un diagnóstico (...) con la consiguiente pérdida de oportunidad (...). Reitera que el fallecimiento (...) se produjo a consecuencia de un proceso infeccioso ótico que en ningún momento sospecharon y, consecuentemente, no trataron. De este modo, no puede olvidarse que el paciente era diabético con antecedentes de otitis serosas recurrentes. Pero que acude a consulta por otalgia, es decir, dolor. Por lo que si hay dolor debieron concluir, sin mayor dificultad, que estaba infectado o podía estarlo y, por ello, debieron realizarle un cultivo que no se le hizo hasta el 10 de abril de 2017, 3 días antes de fallecer, a pesar de serle diagnosticado en el mes de agosto de 2016 (...) un proceso inflamatorio a nivel de mastoides derecha”.

**11.** Mediante oficio de 8 de agosto de 2018, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

**12.** El día 17 de septiembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Sobre la base de los informes incorporados al expediente, argumenta que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. No ha existido pérdida de oportunidad. Se trataba de un paciente con una patología grave y compleja. Presentaba un pseudotumor inflamatorio de la base de cráneo de predominio izquierdo, con afectación múltiple y progresiva de pares craneales que debido a la inmunosupresión de base, junto con la provocada por la diabetes mellitus y los corticoides, evolucionó con la provocación de infartos masivos en el área afecta izquierda y una meningitis intercurrente. Cuando el 15-06-2016 se detectó la presencia de *Candida albicans* por cultivo de exudado ótico se pautó el tratamiento oportuno, negativizándose el cultivo posteriormente. La meningitis por *Aspergillus fumigatus* es un cuadro de extrema gravedad en este tipo de pacientes y no era debida a infección por *Candida*, que era el hongo aislado anteriormente. En ninguna de las pruebas de imagen y laboratorio que se realizaron hasta el 31-03-2017 se contempló el diagnóstico de otitis fúngica maligna. La infección fúngica es consecuencia del tratamiento con esteroides, el cual era necesario para la patología que presentaba”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de octubre de 2018, 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, cuya copia adverada adjunta 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de enero de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (el fallecimiento de su familiar) el día 13 de abril de 2017, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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.

Sin embargo, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

**QUINTA.-** 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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Los interesados presentan una reclamación por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de un familiar cercano que atribuyen al diagnóstico tardío de una meningitis fúngica.

No existiendo duda sobre el óbito del paciente ingresado en un establecimiento hospitalario del servicio público sanitario del Principado de Asturias, hemos de presumir la existencia de un daño moral en los reclamantes como consecuencia de la muerte del familiar cercano.

Ahora bien, dando por acreditada la existencia de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y materializado en el curso de la actividad del servicio público sanitario, ello 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 del servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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.



También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este caso los reclamantes no aportan prueba alguna de las imputaciones que sostienen, ni siquiera cuestionan el contenido de los informes médicos incorporados al procedimiento de responsabilidad patrimonial, dado que en el trámite de audiencia, pese a solicitar y obtener una copia íntegra del expediente, se limitan a señalar que se encuentran a la espera del resultado de “informes periciales” privados de reciente encargo y a reiterar los hechos e imputaciones reflejados en su escrito inicial. Tal estrategia -que hemos advertido en otros casos similares- supone construir la reclamación en vía administrativa sobre vagas imputaciones que solo concretarán y tratarán de probar más adelante en un posible pleito y resulta reprobable en cuanto que implica hurtar a la Administración reclamada y también a este Consejo el análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. En consecuencia, este Consejo ha de fundamentar sus conclusiones a la vista de los únicos informes médicos que obran en aquel, todos ellos incorporados por la Administración o por su compañía aseguradora.

De la lectura de la reclamación y de las posteriores alegaciones se puede concluir que los interesados formulan dos reproches sucesivos al funcionamiento del servicio público sanitario: de una parte, sostienen que los facultativos no habrían agotado “los medios disponibles para obtener un diagnóstico” y, en segundo lugar, y en íntima relación con lo anterior, que erraron en el mismo, dado que “no sospecharon y, por tanto, no trataron la infección fúngica padecida” a la que atribuyen la muerte del paciente.

Siguiendo el orden temporal de su argumentación, sostienen que al acudir “a consulta por otalgia, es decir, dolor (...) debieron concluir, sin mayor dificultad, que estaba infectado o podía estarlo y, por ello, debieron realizarle un cultivo”. Sin embargo, no indican en qué momento omitieron los servicios públicos la práctica de ese cultivo, ni -como hemos señalado- aportan prueba pericial que lo determine. No compartimos la afirmación que se hace en la reclamación de que por el mero hecho de padecer “dolor” los especialistas debieron “concluir, sin mayor dificultad”, la posible existencia de una infección.

Este Consejo considera que, desafortunadamente, los profesionales sanitarios se enfrentan con bastante frecuencia a dificultades diagnósticas de mucha mayor entidad; máxime en un caso como el que analizamos, en el que el examen de la historia clínica pone de manifiesto que se trataba de un paciente diabético con importante patología otológica desde 2013, en seguimiento periódico por el Servicio de Otorrinolaringología de su hospital, y que había sido sometido a diferentes tratamientos médicos y quirúrgicos. Por ello, y a falta de prueba pericial médica que así lo corrobore, por la simple alegación genérica no podemos dar por acreditada esa mala praxis médica (la no realización de un cultivo ótico) a la que aluden los reclamantes.

Es más, de la historia clínica se desprende, al contrario, que al paciente se le realizaron varios cultivos. El primero de ellos el 15 de junio de 2016, que resultó "positivo para *Candida albicans*" y que fue tratado con medicación antifúngica aplicada a partir del 22 de junio de 2016. Posteriormente se le efectuó un segundo cultivo el 13 de septiembre de 2016 con resultado negativo.

Además, con ocasión de un empeoramiento clínico posterior, con signos neurológicos (disfagia) no óticos, en noviembre de 2016 fue trasladado de forma urgente al Servicio de Neurología del Hospital "X", donde se le practicó, con fecha 29 de noviembre de 2016, una cirugía endoscópica de base de cráneo. El resultado de las múltiples biopsias realizadas fue de "fragmentos de mucosa nasosinusal: inflamación crónica severa", no observándose en los cultivos ningún germen, y tampoco "se vieron en el estudio anatomopatológico granulomas, ni hifas, ni hongos". Dicho estudio permitió establecer el diagnóstico de "pseudotumor de base de cráneo".

Según el informe del Servicio de Neurología del Hospital "X", la meningitis infecciosa aguda, cuyo diagnóstico en vida solo se alcanza en un 39 % de los casos y con una alta tasa de mortalidad que llega al 83 %, habría sido causada por el *Aspergillus fumigatus*, causa infrecuente descrita en pacientes con inmunosupresión inducida por la diabetes mellitus o por tratamiento con esteroides (como era el caso de este, diabético y a tratamiento del pseudotumor). Afirma que en el caso de este paciente se sospechó una

meningitis de origen fúngico a las 24 horas de su ingreso, por lo que se inició el tratamiento "antimicótico adecuado, pero sin mejoría".

Finalmente, por lo que se refiere a la supuesta falta de agotamiento de los medios disponibles para alcanzar el diagnóstico, el informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" destaca que se realizaron "al menos 2 gammagrafías óseas, 4 tomografías computarizadas (...), 5 resonancias magnéticas (...) y 18 radiografías simples (de las que tengo acceso)", y que ninguno de los "múltiples médicos de distintas especialidades" consideró el diagnóstico de "otitis fúngica maligna en ningún caso".

También resultan coincidentes todos los informes médicos incorporados al expediente al señalar que ningún dato clínico de los indicados en la reclamación (trabajador agrícola, otitis crónica, timpanoplastia, cefalea, afectación de pares craneales, etc.) puede sugerir el origen micótico de una meningitis, y que el proceso crónico que se le había diagnosticado (pseudotumor en la base de cráneo) no se relaciona con agentes infecciosos.

Por otro lado, los mismos informes sostienen que no existe relación alguna entre la presencia de un cultivo positivo para *Candida* (en junio de 2016) tratada y posteriormente negativizada con la meningitis fúngica, en la que se aisló un hongo distinto. En este sentido, el informe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "X" subraya, además, que los infartos cerebrales habrían sido ocasionados por el crecimiento del pseudotumor causando un daño en la paránquima cerebral, "sobre todo en el lazo izquierdo", cuando la otitis era derecha.

En definitiva, los reclamantes no prueban en modo alguno la existencia de la mala praxis que imputan al servicio público, ni en lo que se refiere a la falta de agotamiento de los medios diagnósticos, ni en lo atinente al error diagnóstico consecuente, ni en el tratamiento dispensado al paciente. En cambio, la Administración sanitaria aporta datos e informes que ponen de manifiesto las diversas pruebas diagnósticas realizadas y los tratamientos aplicados en cada momento según la clínica que presentaba el paciente, y que consideramos acordes a la *lex artis* asistencial. Por tanto, no podemos considerar acreditado que el fallecimiento del paciente se encuentre

causalmente relacionado con el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, sino con la tórpida evolución de la importante patología que presentaba, un pseudotumor que no pudo ser tratado como requería (corticoides a dosis altas) por la grave descompensación diabética que le ocasionaba. Todo ello conduce a la desestimación de la reclamación formulada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, 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

LA PRESIDENTA,