

Dictamen Núm. 77/2020

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 16 de abril de 2020, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de octubre de 2019 -registrada de entrada el día 29 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su familiar que atribuyen al retraso diagnóstico de una meningitis.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de enero de 2019, los interesados -hijos y pareja de la finada- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar.

Exponen que el día 25 de diciembre de 2017 la perjudicada acudió al centro de salud “por llevar cuatro días con malestar general”, limitándose el médico a “explorarle la respiración y (el) abdomen y a tomarle la temperatura

sin llegar a explorarle los oídos”, pautándole “AINEs (Naproxeno)”. Precisan que al día siguiente volvió al centro de salud por “empeoramiento generalizado”, siendo remitida al hospital, donde fallece tres días más tarde por una meningitis neumocócica.

Reseñan que en esa fecha “había en la ciudad de Oviedo un brote de gripe que tenía colapsados los servicios de urgencia de Atención Primaria y los del (Hospital), existiendo una gran carga asistencial que provocó que la paciente fuera escasamente atendida por el médico de Urgencias, que literalmente la vio y no examinó el 25 de diciembre, y posteriormente en el (hospital) donde se le hizo un triaje que no atendía a las graves dolencias que presentaba (...), y que además la tuvo más de tres horas pendiente de atención y sin administración de los antibióticos precisos para atajar la meningitis neumocócica”.

Consideran que el fallecimiento se produjo como consecuencia del “mal funcionamiento del servicio médico (...), por no apreciar de manera diligente que los síntomas que venía presentando (...) eran los propios del principio de una meningitis”, y afirman que la evolución de su familiar “hubiese sido diferente si se la hubiese ingresado a tiempo”.

Solicitan una indemnización de ciento cincuenta mil euros (150.000 € -50.000 € para cada uno de ellos-), “más los intereses legales que procedan”, por el daño moral derivado del fallecimiento de la pareja y madre de los interesados.

Adjuntan diversa documentación médica relativa al proceso de referencia, un informe médico forense elaborado por el Instituto de Medicina Legal de Asturias, el certificado de defunción y el Auto del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo de 29 de agosto de 2018, por el que se decreta el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones, así como una escritura de poder general para pleitos y especial para querrela conferido a favor de la procuradora actuante.

2. Mediante oficio de 31 de enero de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la

reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. El día 12 de febrero de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la representante de los interesados 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.

4. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 9 de abril de 2019 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de las historias clínicas de la paciente obrantes en Atención Primaria y Atención Especializada, así como los informes médicos solicitados (Servicio de Urgencias y Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital y de Atención Primaria).

5. Obra incorporado al expediente el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, con fecha 14 de junio de 2019. En él se concluye que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*, y por lo tanto correspondería desestimar la reclamación”.

6. Concluida la fase de instrucción del procedimiento, el 4 de septiembre de 2019 el Coordinador de Responsabilidad patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Tras examinar el expediente, el 24 de septiembre de 2019 la representante de los interesados presenta un escrito de alegaciones en el que reitera las imputaciones vertidas en la reclamación inicial. Sostiene que “la responsabilidad patrimonial (...) viene determinada desde el inicio por el médico de Atención Primaria, que ni siquiera exploró a la paciente, lo que hubiera sin duda supuesto una expectativa de mejora y un tratamiento para sus graves dolencias que hubieran evitado el fatal desenlace”.

7. Mediante oficio de 30 de septiembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

8. Con fecha 3 de octubre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en las consideraciones médicas expuestas en los informes incorporados al expediente, cuyas conclusiones asume. Afirma que "la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*" y que "el fallecimiento se debió a la gravedad del cuadro".

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de octubre de 2019, 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 Salud, 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.

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, en tanto que pareja e hijos de la fallecida, activamente legitimados 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 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Sin embargo, observamos que los vínculos familiares y afectivos entre la finada y los reclamantes solo pueden deducirse, y ello de manera parcial, de la certificación literal de defunción y del documento de incineración obrantes en el expediente, en los que podemos identificar a uno de los interesados como hijo de aquella. Y si bien la Administración no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesados, ni ha entendido precisa la mejora de la acreditación formal de los vínculos aducidos, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJSP, estimamos que procede analizar el fondo de la cuestión controvertida no sin antes advertir de que, si finalmente se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación, mediante la acreditación formal de la plena identidad de los reclamantes y de su relación con la fallecida.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 23 de enero de 2019, y, si bien los hechos de los que trae causa se remontan al 25 de diciembre de 2017 -fecha de la primera visita al centro de salud-, hemos de tener en cuenta que, tal y como consta en el expediente, los reclamantes presentaron una querrela tras la que se siguieron diligencias ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo que culminaron con el Auto de la Audiencia Provincial de Asturias de 29 de agosto de 2018, por el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones.

Al respecto, el artículo 37.2 de la LRJSP establece -al igual que disponía el artículo 146, apartado 2, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. El Tribunal Supremo ha declarado (entre otras, Sentencia de 23 de enero de 2001 -ECLI:ES:TS:2001:337-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª) que “la eficacia interruptiva de un proceso penal sobre los mismos hechos determinantes de la responsabilidad administrativa debe reconocerse en aplicación de la doctrina sentada por la jurisprudencia consistente en que el cómputo del plazo para el ejercicio de la responsabilidad patrimonial no puede ejercitarse sino desde el momento en que ello resulta posible por conocerse en sus dimensiones fácticas y jurídicas el alcance de los perjuicios producidos (...), de tal suerte que la pendencia de un proceso penal encaminado a la fijación de los hechos o del alcance de la responsabilidad subsidiaria de la Administración comporta dicha eficacia interruptiva del plazo de prescripción de un año establecido”, añadiendo que su “adecuada interpretación (...) exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

Así las cosas, teniendo presente que las actuaciones penales se iniciaron en virtud de querrela interpuesta el 15 de enero de 2018, y que existe coincidencia en los sujetos intervinientes y en los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, debemos considerar interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal. Por tanto, dada la fecha en la que se dicta el Auto por el que se acuerda el sobreseimiento de la causa -29 de agosto de 2018-, hemos de concluir que en el momento de presentación de la reclamación -23 de enero de 2019- no había transcurrido el 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 del servicio afectado, 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de una

paciente que se atribuye a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de una meningitis.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción en un hospital público, el día 28 de diciembre de 2017, como consecuencia de la mala evolución de una meningitis neumocócica, por lo que cabe presumir que la muerte ha causado en los familiares de la finada un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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*. 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 defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del

carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

Los interesados alegan que existió un retraso en el diagnóstico de la meningitis que padecía la paciente, y que ello implicó una demora en la administración del necesario tratamiento.

En primer lugar, cuestionan la asistencia dispensada a la enferma el día 25 de diciembre de 2017 cuando acude por primera vez al médico de guardia del centro de salud. En concreto, denuncian que no fue debidamente explorada debido al colapso del centro en el mes de diciembre por una epidemia de gripe. La adecuación de la actuación del facultativo de Atención Primaria a la *lex artis* ya fue objeto de examen en las diligencias previas incoadas a instancia de los reclamantes, decretándose el sobreseimiento provisional de la causa al no quedar acreditado con la instrucción practicada que fuera contraria a la *lex artis*, entendiéndose los peritos que "la atención médica dispensada (...) en el centro de salud (...) el día 25-12-2017 se encuadraría dentro del concepto de normopraxis o prototipo de práctica clínico-terapéutica que, por criterios clínicos ortodoxos, cumple el acto clínico-terapéutico". Interesa ahora traer a colación el pormenorizado informe médico forense elaborado por el Instituto de Medicina Legal de Asturias para valorar la praxis asistencial dispensada a la finada el día de autos, a partir de la información disponible en la historia clínica y el testimonio del personal que la había atendido y que se encontraba de guardia en el centro de salud ese día. A los efectos que aquí nos ocupan, el médico que la atendió el 25 de diciembre de 2017 declaró que "el único síntoma que refirió

la paciente fue dolor de cabeza, solicitando 'algo más fuerte' que lo que tomaba habitualmente./ No presentaba signos clínicos de tener fiebre (...). Le dijo que tenía dolores de cabeza habituales derivados de un latigazo cervical sufrido en el 2009./ No siempre se impone la exploración al paciente y fue este caso, dado que alegaba dolor de cabeza que, según ella, debía de ser crónico./ No acudió con síntomas propios de meningitis, que son muy claros, ni siquiera de gripe./ No consideró pertinente derivarla al (Hospital) (...). En ningún momento la paciente refirió que tuviera vómitos, fiebre u otros síntomas" (folios 36 y 37). Dado que en la historia clínica ese día solo existe una única anotación sobre lo prescrito y nada sobre la exploración, los peritos consideran "muy importante conocer el estado de la paciente en el momento de ser trasladada" al hospital el 26 de diciembre de 2017, y en ese instante -a tenor de la historia clínica- su exploración neurológica era "normal", declarando la doctora que la atendió a su llegada al hospital que por la clínica que presentaba "podría haber sido cualquier otra enfermedad (de tipo respiratorio o de otro tipo)". Por tanto, "si la clínica era inespecífica el día 26 a la entrada de la paciente en Urgencias" del Hospital "(produciéndose la agravación durante su estancia), nada hace pensar que su estadio clínico no fuese como mucho similar al presentado cuando acudió a Urgencias (...) el 25-12-2017". En definitiva, los peritos entienden que el médico de Atención Primaria actuó de acuerdo con el prototipo de práctica clínico-terapéutica.

Revisada la documentación obrante en el expediente, no observamos la existencia de nuevos datos o indicios que acrediten una actuación negligente del facultativo de Atención Primaria. Los interesados afirman que "el día 25 de diciembre de 2017 (...) acudió al Servicio de Urgencias del centro de salud (...) por llevar cuatro días con malestar general: dolores de cabeza, fiebre de hasta 38º, mareos, vómitos, fuertes dolores de oídos, falta de fuerza generalizada, necesidad de estar tumbada por no sostenerse en pie". Sin embargo, este relato contrasta con la información disponible en la historia clínica. Así, en el listado de episodios del centro de salud el día 25 de diciembre de 2017 únicamente figura una anotación relativa a la pauta de medicación (Naproxeno). Tampoco consta que en esa fecha la paciente consultase por

dolor de oídos o malestar general, como denuncian los interesados. No es hasta el día siguiente -26 de diciembre de 2017- cuando se registra que acude nuevamente a Urgencias refiriendo en esta ocasión “cefalea de 4 días de evolución, con gran quebrantamiento de estado general, tuvo algo de fiebre, mareos, vómitos, exudado purulento en ambos oídos”, motivo por el cual fue derivada al hospital.

Por su parte, el facultativo implicado sostiene en el informe elaborado a propósito del análisis de la presente reclamación que dedicó “un generoso tiempo a escuchar su presentación y quejas sobre la cefalea que padecía desde hacía unas horas, que no se acompañaba de ningún otro signo ni síntoma en ese momento, y que había sido tratada infructuosamente con analgésicos OTC (es decir, expedidos por el farmacéutico)”. Añade que continuó la anamnesis “preguntando sobre antecedentes de enfermedad familiares y personales”, pero la paciente “insistía en que se trataba solo de un dolor de cabeza y me pedía que le diera algo diferente de los clásicos paracetamol e ibuprofeno”. Explica que verificó su historial, comprobando que sus contactos con el sistema de salud eran a demanda, limitándose a “unas pocas ocasiones puntuales, directamente a las guardias”. Por tanto, “a falta de más datos y ante la presión por parte de la paciente y de su acompañante en recibir la pronta respuesta terapéutica que demandaba, le hice la prescripción que consideré más segura y eficaz para tratar su dolencia”. En cuanto al colapso del centro, recuerda que fue un día “con una inusualmente moderada afluencia de público, y habiéndole ofrecido dedicarle unos minutos más a investigar su problema rechazó de plano la oportunidad de hacerlo”.

Sentando lo anterior, no podemos sino concluir que la atención dispensada a la familiar de los interesados por el médico de guardia del centro de salud fue la debida, ajustada a la clínica que presentaba, limitada en ese momento a una cefalea sin clínica sugestiva de patología infecciosa que precisara tratamiento antibiótico o cualquier otra enfermedad grave que recomendase su traslado al hospital. Además debemos recordar que, según declaró el facultativo en sede judicial, la paciente refería “dolores de cabeza habituales derivados de un latigazo cervical”, alegando cronicidad del dolor, y

que en su historia no figuraban otros antecedentes de interés. Por otro lado, es cierto que en la fecha referida el centro de salud tuvo una gran afluencia de pacientes, según declaraciones del personal sanitario, pero -como hemos apuntado- ello no tuvo influencia en la atención.

En segundo lugar, debemos analizar la asistencia dispensada a la perjudicada cuando el día 26 de diciembre de 2017 es derivada al hospital, tras acudir nuevamente al Servicio de Urgencias del centro de salud, refiriendo en esta ocasión “gran quebrantamiento de estado general”, con fiebre, mareos, vómitos y exudado purulento en ambos oídos (folio 6 de la historia clínica de Atención Primaria).

Según la familia, el triaje realizado a su llegada al Servicio de Urgencias del hospital fue “incorrecto”. Y denuncian que este Servicio “tardó más de tres horas en comprobar la patología de la fallecida” y “la tuvo casi 3 horas esperando en un box pese al deterioro grave de la paciente”. Al respecto, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias señala que “a su ingreso, y como a todos los pacientes, se le realizó una primera asistencia por parte del personal de enfermería consistente en la clasificación sistemática mediante el método de triaje Manchester, para asignarle una prioridad de atención, que en su caso resultó una prioridad nivel III, por lo que se recomienda que el personal médico realice su primera evaluación antes de 60 minutos”. Precisa que este “método de triaje no pretende diagnosticar ni medir la gravedad de un cuadro clínico, sino que analiza síntomas y signos en un momento concreto de tiempo para determinar una prioridad en la atención. En el momento de su ingreso y con la información disponible en ese instante (aportaba informe del médico de Atención Primaria) la asignación de prioridad fue la correcta”. Estas consideraciones no han sido refutadas por los interesados, que no aportan ninguna prueba o informe que avale su tesis de que con la sintomatología referida por la paciente en ese momento la prioridad de ingreso debió ser otra.

Asimismo debe significarse que, pese a la alta presión asistencial que sufrió el centro ese día, el Director de la Unidad defiende que “los indicadores de actividad del Servicio no tradujeron un empeoramiento de los tiempos asistenciales globales”. Sostiene que la asistencia dispensada a la perjudicada

“no presentó retrasos diagnósticos ni terapéuticos achacables a una disfunción del Servicio”, sino que “los tiempos asistenciales estuvieron en relación con la necesidad de realizar pruebas y técnicas complementarias para alcanzar un diagnóstico definitivo en el contexto de un escenario de alta ocupación”.

Así pues, las conclusiones sobre una demora en la atención y tratamiento de la paciente, a las que sin ninguna evidencia llegan los interesados, contrastan con los datos obrantes en su historia clínica y la explicación de la asistencia recibida en el informe del servicio afectado. En efecto, en la tarjeta de triaje (folio 50) consta que ingresó a las 18:39 horas, y fue valorada a las 20:00 horas, según declaró la residente (folio 41), lo que corrobora el informe clínico de Urgencias, en el que figura que el mismo se realizó a las 19:55 horas. Como indica el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, “la práctica habitual es redactar el informe una vez valorado el paciente”, por lo que a las 19:55 horas, apenas una hora después del triaje, la enferma ya había sido examinada por la médica de guardia. Conviene recordar que la prioridad asignada tras el triaje fue de nivel III, que recomendaba una evaluación médica en un plazo de 60 minutos, lo que demuestra que fue atendida debidamente en un plazo razonable pese a la alta presión asistencial. Respecto al resto del tiempo durante el cual permaneció en el Servicio de Urgencias, el Director de la Unidad explica que “se le realizaron las pruebas complementarias necesarias para alcanzar un diagnóstico (incluyendo prueba de imagen mediante TC y análisis del líquido cefalorraquídeo extraído mediante punción lumbar), se inició tratamiento sintomático, sueroterapia y antibioterapia. Una vez diagnosticada se procedió a solicitar valoración e ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensivos al equipo de guardia del Servicio de Medicina Intensiva”, para “vigilancia y control evolutivo” (folio 57 de la historia Millennium), como recomiendan los protocolos.

En cuanto al posible retraso en el diagnóstico de la enfermedad conviene señalar que, según las consideraciones formuladas en el informe médico forense, la forma de presentación clásica de la meningitis bacteriana es “la triada fiebre, signos de irritación meníngea y signos de disfunción cerebral (confusión, delirio o alteración del nivel de conciencia), pero esta triada la

presentan menos de 2/3 de pacientes (...). Además, ocurren con menor frecuencia náuseas, vómitos, convulsiones y signos de déficit neurológico (...). Finalmente pueden aparecer los signos de hipertensión endocraneal, como hipertensión arterial, bradicardia y coma. Las manifestaciones clínicas clásicas no siempre están presentes, principalmente en adultos mayores, siendo la sospecha más difícil ya que la fiebre y los signos meníngeos pueden estar ausentes, debiendo sospechar el diagnóstico por el compromiso de conciencia (...). Muchas veces el antecedente de infección ótica, sinusal o respiratoria previa puede hacer sospechar la etiología neumocócica”.

Sin embargo, como ya hemos apuntado, esta sintomatología no estaba presente en la paciente cuando acude al hospital el día 26 de diciembre de 2017. Según la declaración de la facultativa que la atendió a su llegada a Urgencias, tenía “malestar general, fiebre, vómitos y cefalea”, y le “dolían los oídos, pero no observó nada en la exploración”. Además, “la exploración neurológica en ese momento era normal y le pareció una infección respiratoria o de otro tipo (...), no había nada alarmante”, por lo que “aplicó el protocolo habitual”; lo que corroboran los datos obrantes en la historia clínica. De hecho, en el informe clínico del Servicio de Urgencias consta que la paciente tenía fiebre, pero se encontraba estable, consciente y orientada, sin signos de alarma en la exploración neurológica, y tampoco figuran antecedentes clínicos que permitieran anticipar el diagnóstico. En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 254/2019), que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza, y que no cabe la valoración retrospectiva de la sintomatología una vez que se conoce el diagnóstico final.

Por otro lado, tampoco ha quedado probado que el lapso de tres horas que transcurre entre el ingreso (18:39 h -folio 51-) y la administración de la primera dosis del antibiótico (21:46 h -folio 36 de la historia Millennium-) haya influido en la evolución de la paciente, toda vez que la supuesta pérdida de oportunidad terapéutica aducida por los interesados carece de cualquier apoyo científico o técnico. Conviene advertir que la meningitis bacteriana aguda “se

asocia a una alta morbimortalidad”, tal y como afirman los peritos que suscriben el informe médico forense. Este documento también recoge que “los *S. pneumoniae* son los agentes etiológicos más frecuentes en inmunocompetente, siendo responsable del 75-80 % de los casos de meningitis bacteriana aguda, con una elevada mortalidad asociada, que puede alcanzar hasta el 37 %”. En términos similares se pronuncia la especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora al indicar que el curso de la enfermedad es “en ocasiones fulminante, es impredecible con alta morbilidad y mortalidad a pesar de medidas correctas de soporte y tratamiento”. En todo caso, considera que “se actuó de manera rápida y siguiendo protocolos y guías clínicas”.

En la misma línea, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias considera que “con la información disponible sería muy atrevido afirmar que la evolución y desenlace fatal del cuadro clínico que presentaba (...) están directamente relacionados con el proceso asistencial seguido durante su estancia en el Servicio de Urgencias”, y la médica del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital -cuya declaración se recoge en el informe forense- señala desconocer “si la evolución hubiese sido diferente de haber ingresado antes”, pues “lo que la mató fue el edema cerebral, la reacción de su cerebro a la meningitis”, y que en cuanto se sospechó la meningitis se le administró el tratamiento antibiótico, pese a lo cual “fue una evolución muy rápida”, produciéndose “el deterioro más importante” durante la noche del 26 al 27 de diciembre.

Por tanto, si bien la situación clínica de la paciente empeoró rápidamente durante su estancia en el Servicio de Urgencias, la causa parece ser la precipitación con la que evoluciona esta enfermedad tan agresiva, y los reclamantes no han demostrado que otra forma de actuar en función de la sintomatología y pruebas practicadas hubiera supuesto una posibilidad de supervivencia de su familiar.

En definitiva, y de acuerdo con la documentación analizada, no es posible afirmar que se haya producido un retraso diagnóstico imputable al servicio público sanitario. Coincidimos con la conclusión alcanzada en la propuesta de resolución sobre la inespecificidad sintomática de la paciente

cuando acude por primera vez al centro de salud, lo que a su vez impide apreciar mala praxis en el médico de Atención Primaria. Asimismo, aunque al día siguiente presentó un agravamiento de su estado general, el triaje realizado a su llegada al Servicio de Urgencias fue adecuado a los síntomas que mostraba y en el plazo establecido según el nivel de prioridad asignado. En todo caso, el empeoramiento durante su estancia en el Servicio de Urgencias determinó que se le hicieran pruebas adicionales, y tan pronto se alcanzó la sospecha diagnóstica de meningitis neumocócica se inició tratamiento antibiótico empírico y medidas de soporte, pese a lo cual la “evolución fulminante” de la enfermedad (folio 46 de la historia Millennium) provocó la aparición de un edema cerebral que dio lugar al fatal desenlace.

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,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.