

Dictamen Núm. 109/2022

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de mayo de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre, que atribuye a un retraso diagnóstico de encefalitis herpética.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 3 de agosto de 2021, la hija de una paciente presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre, que considera debido a un diagnóstico tardío de encefalitis herpética.

Expone que “a principios (...) de junio de 2020 la fallecida presentaba una sintomatología con desorientación, discurso incoherente, incontinencia urinaria, no control de esfínteres, que no cuadraba con su estado anterior, ya que hasta una semana antes era una persona independiente, activa y hacía

una vida normal./ Los hijos consultan en varias ocasiones con el médico de Atención Primaria y el 14-06-2020 este decide su traslado al Servicio de Urgencias del (Hospital .....)/ El médico de Urgencias (...) descartó hacer ninguna prueba neurológica y le dio el alta atribuyéndolo a un poco de fiebre de 38º sin foco evidente./ El día 16-06-2020 acuden nuevamente a Urgencias (...) al persistir un deterioro sistémico y neurológico, siendo incapaz de conversar y movilizarse./ El día 17-06-2020 es ingresada en la UCI del hospital y le es diagnosticada encefalitis herpética tras practicar una (...) punción lumbar./ Permanece en la UCI en estado muy grave y fallece el 06-08-2020”.

Señala que “la encefalitis herpética es una grave infección del sistema nervioso central”, siendo “clave el diagnóstico precoz”, y que “en el presente caso los hijos de la fallecida ya el día 14 manifiestan tanto al médico de (Atención) Primaria, que deriva a Urgencias, como al médico de Urgencias del (Hospital .....) (...) los síntomas que presenta su madre, una mujer que hasta hacía escasos días llevaba una vida completamente normal./ Síntomas que se encuadran perfectamente con daños a nivel neurológico, pese a lo cual el médico de Urgencias no le practica ninguna prueba en ese sentido y le da el alta. Con el cuadro que presentaba” debían “habérsele practicado pruebas neurológicas que hubieran permitido un diagnóstico precoz, la aplicación de un tratamiento en ese momento que evitara a la paciente acabar en coma y posteriormente fallecer”.

Concluye que “se ha dado, por tanto, una vulneración de la *lex artis* por el diagnóstico tardío de la enfermedad que fue crucial para el posterior fallecimiento de la paciente”.

Fija el *quantum* indemnizatorio en veinticuatro mil euros (24.000 €).

Acompaña copia del documento nacional de identidad y del Libro de Familia.

**2.** Mediante oficio de 16 de septiembre de 2021 la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de

procedimiento aplicables, el plazo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

**3.** Con fecha 22 de septiembre de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe de los servicios intervinientes (Urgencias del Hospital ..... y Centro de Salud .....) y una copia de las historias clínicas de la paciente de obrantes en Atención Primaria y en Atención Especializada.

**4.** El día 3 de noviembre de 2021, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le traslada una copia de las historias clínicas de la paciente y los informes médicos solicitados.

El Coordinador Médico del Centro de Salud ..... informa, el 25 de octubre de 2021, de que la "paciente fue vista en este centro de salud (...) el 11-6-21 (*sic*) por mareo y náuseas. Sospecha de vértigo, se pautó tratamiento médico y se recomendó avisar si no había mejoría o aparecen nuevos síntomas./ Consulta telefónica el 14-6-21 (*sic*) (...), la hija refiere empeoramiento, desorientación y discurso incoherente. Se remite a Urgencias (del Hospital .....). Fue dada de alta./ Valorada por su médico el 16-6-21 (*sic*), se solicita analítica y se le recomienda que si empeora acuda nuevamente (al Hospital .....). Ese mismo día (16-6-21) (*sic*) es valorada nuevamente por médico de Atención Continuada que la remite a Urgencias".

En la historia clínica de Atención Primaria consta anotado, el 11 de junio de 2020, que la paciente presenta vómitos y mareos, indicando "mareo posicional acompañado de náuseas desde hace 2 (días) (...). La febrícula, no veo foco aparente. Aviso para que controle temperatura y si no cede o aparecen nuevos síntomas, avisar"; el 14 de junio, "desorientación + síndrome febril", seguido de "Urgencias Generales-Urgencias", reseñándose "consulta telefónica./ Valorada hace 3 días por VPP. La hija refiere empeoramiento (...), que está desorientada, con discurso incoherente. En el día de hoy gran dificultad para la bipedestación y relajación de ambos esfínteres. Deposiciones diarreicas en los últimos días. Náuseas. Se trata de una paciente previamente

independiente./ Glc 420. Afebril./ Se decide traslado al Servicio Urgencias”; el 16 de junio, se reflejan pruebas de laboratorio y que, por teléfono, “refiere la hija que fue derivada a Urgencias (...) ayer por cuadro de desorientación y fiebre, valorada con analítica descartaron COVID, (electrocardiograma) y Rx tórax sin hallazgos agudos, salvo leve leucocitosis e hiperglucemia./ La hija dice que ha bajado en picado, que ha perdido mucho peso en los últimos meses (20 kg?), que está con diarrea, que a veces no la conoce (...), muy postrada. En Urgencias le comentaron todo en referencia a cuadro febril. Tiene pendientes hemocultivos (...). Solicito analítica de control para 2-3 días con perfil renal, hepático, TSH anemia, iones, urocultivo. Ver evolución, si empeoramiento acudir a Urgencias (...) para valoración”; con la misma fecha, “persiste desorientación, ayer pasó la noche agitada, vómito durante el día, anorexia, hoy no vómito porque le administraron Primperan. Refiere zoonopsias, 36,4 y 36,2 °C, pérdida de peso, a veces no reconoce a su hija, incontinencia de esfínteres, varias caídas desde hace 2 semanas por pérdida de equilibrio, contusión a nivel de ceja izda.”; el 17 de junio, por teléfono “me comenta hija que ayer vista por SAC es derivada a Urgencias por cuadro de empeoramiento. Le han diagnosticado posible meningitis (?)”.

El informe de resultados de pruebas de imagen emitido por el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital ..... el 16 de junio de 2020 concluye como diagnóstico “ventriculomegalia periventricular”.

El Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias informa que la paciente “fue atendida en dos ocasiones (...) relacionadas con la reclamación presentada. El 14 de junio de 2020 acudió por primera vez a nuestro Servicio, describiéndose a su ingreso un cuadro de fiebre y quebrantamiento del estado general acompañados de sintomatología neurológica central que, según figura en su historia, mejoran llamativamente tras tratamiento sintomático con antipiréticos. El médico responsable de su atención interpreta el cuadro como secundario a un proceso febril sin foco aparente ni signos de alarma. Tras conversación telefónica con la hija decide dar el alta iniciando tratamiento antibiótico y observación domiciliaria./ La paciente reingresó el 16 de junio, apenas 48 horas después, ante el empeoramiento general y la aparición de

nuevo de sintomatología neurológica central. Permaneció en Urgencias unas horas, en las que se solicitó consulta urgente a Medicina Interna y Neurología y se realizaron todas las pruebas diagnósticas necesarias e indicadas ante la persistencia del síndrome febril sin foco aparente con síntomas de afectación neurológica, incluida la punción lumbar para estudio del líquido cefalorraquídeo que fue determinante para su diagnóstico./ Tras alcanzar un diagnóstico (...) fue ingresada en planta la madrugada del 17 de junio y sufrió una mala evolución de su enfermedad que requirió su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos el 21 de junio. Desgraciadamente (...) presentó diversas complicaciones que le hicieron imposible superar la enfermedad y (...) falleció el 6 de agosto de 2020”.

**5.** Con fecha 13 de enero de 2022, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se aclara que “la paciente consulta por un cuadro larvado de fiebre no elevada, cefalea, desorientación intermitente, que no cumple las características típicas de una encefalitis (...). En Urgencias se procede de forma adecuada, explorando (...) a la paciente y repitiendo los signos que podrían orientar a la infección del sistema nervioso central (meningitis encefalitis), que son negativos (...). En las exploraciones complementarias realizadas no hay datos que sugieran un proceso infeccioso de gravedad en curso (...). No hay una sospecha fundada para realizar una punción lumbar, técnica no exenta de riesgo de complicaciones potencialmente graves (...). Haber hecho un TAC craneal en la primera visita a Urgencias no hubiera cambiado el curso de la enfermedad (...). Ante el deterioro neurológico posterior, 48 horas más tarde, se realiza punción lumbar (indicada en este momento, con signos meníngeos positivos) y se inicia tratamiento antiviral con Aciclovir antes de tener la confirmación diagnóstica, como recomiendan las guías de actuación (...). La encefalitis herpética tiene mal pronóstico tanto vital (mortalidad con tratamiento correcto del 30 %) como funcional (supervivientes sin secuelas 14 %), independientemente de recibir tratamiento correcto”, por

lo que "no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el fallecimiento".

Concluyen que "no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada".

**6.** Mediante oficio notificado a la interesada el 21 de enero de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

**7.** El día 2 de febrero de 2022, la reclamante presenta en el Registro Electrónico un documento privado en el que autoriza a una letrada para actuar en su nombre y representación en el procedimiento en curso, seguido de un escrito de alegaciones firmado por la propia interesada.

En este último señala que "el dictamen médico pericial obrante en el expediente (...) expone detalladamente los síntomas y las formas de presentación de la encefalitis por virus herpes simple tipo 1 (VHS1) que sufrió la paciente y que determinó su fallecimiento", precisando que "si analizamos objetivamente la historia clínica", el día 14 la paciente "ya presentaba todos los síntomas que el informe pericial detalla inherentes a la patología, razón por la cual en el Servicio de Atención Primaria la derivan al (Hospital .....)/ Pese a ello en el Servicio de Urgencias (...) no consideran 'sospecha clínica de encefalitis' (...). Este Servicio vulneró el protocolo médico de actuación en este caso, ya que a pesar de encontrarse con un paciente que presenta todos los síntomas descritos de encefalitis por virus herpes simple tipo 1 (VHS1) (...) no aplica el protocolo ni realiza ninguna prueba para descartar o confirmar la patología a la que apunta toda la sintomatología".

A continuación reprocha la tardanza en la práctica de la punción lumbar y la aplicación del tratamiento antiviral, al entender que -según lo expuesto en la pericial- debería haberse administrado antes de la seguridad del diagnóstico, denunciando que "el Servicio de Urgencias retrasa dos días el

diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pese a que la sintomatología era evidente, y ello va a (...) determinar las nulas opciones de supervivencia, según lo indicado en el propio informe./ Llama poderosamente la atención que, pese a que todos los síntomas que presentaba la paciente reflejados en su historia clínica (...) coinciden con los descritos en el informe pericial como propios de la encefalitis, y (...) a que el protocolo referido en él es el de practicar la punción lumbar y administrar Aciclovir desde que se tengan sospechas y no dilatar el momento, ya que se dispara un 70 % la mortalidad en esos casos, en sus conclusiones dictaminen que no cumple las características típicas de la encefalitis”.

Concluye que “se ha producido una evidente vulneración de la *lex artis* en este caso al aplicarse a una paciente con todos los síntomas de una encefalitis los protocolos de actuación (...). Ello determinó un retraso de varios días en el diagnóstico y aplicación del tratamiento que derivó en el posterior fallecimiento de la paciente”.

**8.** El día 15 de febrero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Cuando la paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del (Hospital ..... ) no existe focalidad neurológica ni signos de meningismo, siendo (...) explorada de forma detallada y repitiendo los signos que podrían orientar a la infección del sistema nervioso central (...), que son negativos. Es 48 horas más tarde cuando se realiza punción lumbar (indicada en este momento, con signos meníngeos positivos) y se inicia tratamiento antiviral con Aciclovir antes de tener la confirmación diagnóstica, como recomiendan las guías de actuación. El fallecimiento se produjo no por una mala praxis médica sino por la gravedad de la enfermedad que presentaba (mortalidad con tratamiento correcto el 30 %)”.

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de marzo de 2022, 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. 2021/102 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), está la interesada activamente legitimada 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 como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**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 3 de agosto de 2021 y, habiéndose producido el deceso el 6 de agosto de 2020, 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 contenidas 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 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 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 “Solo 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.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la reclamante solicita una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su madre, que achaca a una deficiente actuación sanitaria que concreta en el retraso diagnóstico de una encefalitis herpética.

Acreditada la realidad del óbito y la relación de filiación que une a la reclamante con la paciente, cabe presumir la existencia del daño cuya

indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 211/2021), 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 aquel 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 concretos.

Así, para apreciar que el daño alegado por la 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 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 previo estado del paciente 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 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 un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo 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.

Pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, la reclamante no ha desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala praxis asistencial, limitándose a formular su interpretación de la pericial aportada por la compañía aseguradora a instancia de la Administración. En suma, inutiliza el procedimiento administrativo en tanto que, según reiterada jurisprudencia, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica. Tal forma de proceder, como hemos advertido en casos similares (entre otros, Dictamen Núm. 39/2019), resulta reprobable de tratarse de una posposición deliberada de los elementos probatorios, en la medida en que priva tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis contradictorio de los extremos controvertidos y nos obliga, como hemos observado en la Memoria de nuestra actividad correspondiente al año 2019, a señalar que “nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora”.

En el supuesto planteado, la interesada afirma que su madre presentaba en el momento de requerir asistencia sanitaria tanto del Servicio de Atención Primaria como del de Urgencias del Hospital ..... -al que fue

derivada por el anterior el día 14 de junio de 2020- síntomas que se corresponden con daños a nivel neurológico (desorientación, discurso incoherente, incontinencia urinaria, no control de esfínteres) y que no cuadraban con su estado anterior, ya que hasta una semana antes era una persona independiente, activa y hacía una vida normal, sin que se le practicase ninguna prueba neurológica. Tampoco se le efectúa una punción lumbar ni se le administra Aciclovir, a pesar de que la sintomatología que mostraba permitía la sospecha de encefalitis por virus herpes simple tipo 1, concluyendo que el Servicio de Urgencias del Hospital ..... vulnera así el protocolo médico de actuación en este caso. Tras ser dada de alta la paciente reingresa el día 16 de junio, momento en el que -según entiende- el retraso en la realización de las pruebas de diagnóstico e inicio del tratamiento era ya de consecuencias fatales.

Planteada en estos términos la controversia, cabe analizar si una detección más temprana de la encefalitis hubiera permitido la aplicación de un tratamiento y determinado la probabilidad de supervivencia de la enferma. Al abordar el examen de la posible concurrencia de un retraso diagnóstico -por la no realización de pruebas neurológicas de forma más temprana- y de pérdida de oportunidad, debe indicarse que la reclamante pone de relieve que "la encefalitis herpética es una grave infección del sistema nervioso central", siendo "clave el diagnóstico precoz", y que "con el cuadro que presentaba" debían "habérsele practicado pruebas neurológicas que hubieran permitido un diagnóstico precoz, la aplicación de un tratamiento en ese momento que evitara a la paciente acabar en coma y posteriormente fallecer". Sin embargo, esta afirmación no encuentra sustento pericial alguno que contrarreste lo expuesto en los diferentes informes médicos emitidos por los servicios sanitarios durante la instrucción del procedimiento.

Así, frente a lo indicado por la reclamante, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias informa que acudiendo la paciente con un cuadro de fiebre y quebrantamiento del estado general acompañados de sintomatología neurológica central, su estado mejora llamativamente tras tratamiento sintomático con antipiréticos. De ahí que el médico responsable de

su atención haya interpretado el cuadro como secundario a un proceso febril sin foco aparente ni signos de alarma. Sin embargo, apenas 48 horas después, ante el empeoramiento general y la aparición de nuevo de sintomatología neurológica central y nueva asistencia al Servicio de Urgencias, se solicita consulta urgente a Medicina Interna y Neurología y se realizan todas las pruebas diagnósticas necesarias e indicadas ante la persistencia del síndrome febril. Entre las pruebas practicadas, la punción lumbar realizada fue determinante para su diagnóstico y a partir de ese momento la paciente queda ingresada, sufriendo una mala evolución de su enfermedad que finalmente conduciría al fallecimiento.

En la misma línea, los informes emitidos a instancias de la entidad aseguradora, suscritos por un especialista en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, reseñan que en este caso la encefalitis herpética presentaba un cuadro atípico, aclarando que se trata de “un cuadro de inicio habitualmente agudo y de rápida evolución; la paciente presentaba un proceso larvado de unos 15 días de evolución, subagudo, iniciado con mareo, sin focalidad neurológica y con fiebre intermitente, con episodios de diarrea, con temperatura máxima 38 °C (en la encefalitis herpética suele ser elevada)”.

A falta de otras periciales que contradigan lo expuesto, los datos obrantes en el expediente permiten concluir que la enferma no muestra signos de esta dolencia el día 14 de junio de 2020 cuando es atendida por primera vez en el Servicio de Urgencias, pues presenta enfermedad febril aguda y mantiene buen nivel de consciencia. Frente a esto, los pacientes con encefalitis generalmente “presentan confusión, trastornos conductuales y alteración del nivel de consciencia, junto con indicios de signos y síntomas neurológicos focales o difusos”. Así, a la luz de la sintomatología de la paciente, se procede al tratamiento sintomático de la fiebre con paracetamol, tras lo cual no muestra signos de irritación meníngea, tiene recuperación del nivel de consciencia (lo que le permite mantener una conversación coherente por teléfono con su familia) y no presenta focalidad neurológica ni signos de alarma revelados en las pruebas complementarias realizadas.

Los informes aportados concluyen que no había base objetiva para la sospecha de infección del sistema nervioso central y, por tanto, tampoco indicación para la realización de una punción lumbar en este momento (técnica que no está exenta de riesgos potencialmente graves, cuya práctica debe ser valorada tomando en consideración el balance riesgo-beneficio) ni para efectuar un TAC craneal cuyos resultados, previsiblemente, no hubieran sido reveladores. En definitiva, la paciente consulta por un cuadro que no cumple las características típicas de una encefalitis, sin que las exploraciones complementarias realizadas aporten datos que sugieran un proceso infeccioso de gravedad en curso.

A la vista de la sintomatología que presentaba, la valoración que se lleva a cabo se adecúa al algoritmo propuesto por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias: ante un cuadro de cefalea con fiebre, sin signos meníngeos, se diagnostica cefalea secundaria a proceso febril. Por tanto, la actuación del Servicio de Urgencias del primer día de ingreso de la paciente es conforme a los protocolos aplicables, sin que concurra mala praxis, excluyendo un error de diagnóstico.

Como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible al servicio, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, ya que la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de tales síntomas y signos clínicos, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros, y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”.

Además, como venimos reiterando, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la

fecha del diagnóstico. Por ello, quien persigue ser indemnizado por mala praxis en la fase de diagnóstico debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos en aquel instante de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen enfermedades de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

Por otra parte, debe incidirse en que la encefalitis por VHS1 es una enfermedad grave, que suele ser de rápida aparición, que la pericial califica de “devastadora, con importante morbilidad y mortalidad a pesar de los tratamientos antivirales disponibles en la actualidad”, aclarando que incluso con diagnóstico y tratamiento precoces la mortalidad es elevada, alcanzando el 30 % y presentando los supervivientes secuelas a largo plazo, y que “el 70 % de los pacientes afectados (...), independientemente del tratamiento, presenta evolución desfavorable con deterioro progresivo, tanto neurológico (...) como sistémico”.

En el caso que nos ocupa, de la documentación obrante en el expediente resulta justificado que las pruebas indicadas y el inicio del tratamiento se producen en el momento de surgir la sospecha diagnóstica, incluso antes de tener la confirmación, tal y como recomiendan las guías clínicas, sin que se pueda afirmar que la adopción de estas medidas 48 horas antes, en el instante de acudir por primera vez a Urgencias, hubiera cambiado el curso de la enfermedad y su desenlace.

El fallecimiento se produce, en definitiva, como consecuencia directa de las complicaciones secundarias de la grave patología sufrida, “frecuentes en este tipo de enfermedades que (...) tiene mal pronóstico vital y funcional”. Por ello, no es posible establecer un nexo causal entre la actuación sanitaria y el deceso.

En conclusión, no se objetiva negligencia alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis ad hoc*, sin que conste un retraso diagnóstico ni un abordaje tardío de la enfermedad determinante

del resultado, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por la reclamante, quien ni a lo largo del procedimiento ni en el trámite de audiencia ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias que sustenten su interpretación de los hechos, justificando que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no es, pues, antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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.