

Dictamen Núm. 147/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de julio de 2026, 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 24 de febrero de 2026 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su marido, que atribuye al retraso diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 30 de septiembre de 2024, la interesada presenta a través del Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la “Consejería de Sanidad del Principado de Asturias”- por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria recibida.

Expone que su esposo ingresó varias veces en el Hospital “X”, falleciendo el 7 de enero de 2022 “sin tener un diagnóstico sobre su patología”. Señala que el 22 de julio de 2021 se remitió una muestra al laboratorio de genética

molecular que, según la interesada, nunca llegó, por lo que su marido “no fue tratado debidamente”. Indica que el 6 de octubre de 2023 le fue entregado el resultado del estudio genético de su marido, donde consta que es portador de una mutación genética asociada a “CID-insomnio familiar fatal”. Y manifiesta que se desconoce “la verdadera evolución (...) si se le hubiera efectuado el correcto diagnóstico, así como la esperanza de vida de este, la calidad de vida y los efectos de la enfermedad”.

Añade que “las prionopatías, deben considerarse como un posible diagnóstico, especialmente en casos con antecedentes familiares de demencia rápidamente progresiva. Es crucial reconocer que el diagnóstico inicial de estas enfermedades implica la exclusión clínica y bioquímica, seguida de la confirmación inmunohistoquímica y/o genética”.

Cuantifica el daño sufrido en doscientos cincuenta y siete mil seiscientos cincuenta y cuatro euros con treinta y ocho céntimos (257.654,38 €), cuyos conceptos desglosa.

Por medio de otrosí, solicita que se admita como prueba la documental que acompaña a la reclamación y la testifical del facultativo que le hizo entrega de los resultados de la prueba efectuada en el laboratorio de genética molecular el 6 de octubre de 2023.

Adjunta copia del certificado de defunción, del libro de familia, documentación médica relativa al proceso de referencia y la Resolución de 12 de noviembre de 2021 de reconocimiento del grado de gran invalidez.

2. Mediante oficio de 10 de octubre de 2024, 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 en el referido Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 7 de abril de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria le remite un CD que conteniente los informes médicos obrantes en los Servicios de Neurología, de Neumología y de Genética Molecular, así como una copia de la historia clínica del paciente existente en del Hospital "X".

El responsable del laboratorio de Genética Molecular informa el 16 de febrero de 2025 que, el día 22 de julio de 2021, "se recibe muestra de sangre periférica", siendo la prueba solicitada "extracción ADN envíos y almacenamiento". Explica que "esta prueba es utilizada para el almacenamiento de muestras en las que no existe una clara sospecha diagnóstica o para aquellos casos en que no se ha obtenido el consentimiento informado del paciente o sus familiares", como en este caso, "al no autorizar sus familiares, en aquel momento, la realización de ninguna prueba genética". Añade que la muestra de ADN "fue conservada (...) hasta que el día 20-09-2023, el Servicio de Neurología informa de que se ha obtenido el consentimiento informado para la realización de la prueba genética 'Estudio de enfermedad priónica (CJ)'", cuyo resultado fue informado el 2 de octubre de 2023, "12 días después de su activación".

El autor del informe del Servicio de Neumología, elaborado el 6 de marzo de 2025, describe la evolución del paciente durante su estancia en el referido servicio, destacando que el paciente fue valorado varias veces por el Servicio de Neurología.

El Jefe del Servicio de Neurología suscribe un informe el 3 de abril de 2025 en el que, tras un detallado análisis de la prestación asistencial dispensada a este paciente, explica que "una vez que fuimos conocedores, de manera casual y varios meses después del *exitus letalis* de nuestro paciente, del fallecimiento en el Hospital "Y" de una paciente con síntomas similares y confirmación diagnóstica genética de una enfermedad denominada insomnio familiar letal, procedimos a investigar si había algún tipo de posible relación familiar entre ambos, y pudimos demostrar que así era, siendo ese el momento en el que se recuperó la muestra de sangre que, recogida al efecto, había

quedado depositada” en el laboratorio de Genética Molecular del Hospital “X”, “pendiente de la autorización específica que han de emitir los familiares o responsables legales para poder practicar estos estudios de genética molecular, y fue en ese momento cuando tuvimos el resultado que permitió confirmar el diagnóstico”.

4. Mediante oficio de 17 de mayo de 2025, la Instructora del procedimiento solicita a la Gerencia del Área Sanitaria copia de los cursos evolutivos del ingreso realizado en el Hospital “X” entre el 29 de mayo y el 25 de julio de 2021.

Consta que el 23 del mes siguiente se da traslado de una copia de la documentación solicitada.

5. Con fecha 19 de agosto de 2025, la Instructora requiere a la Gerencia del Área Sanitaria para que remita un informe del Servicio de Neurología en el que conste “si a fecha de 21-07-2021 se propusieron pruebas genéticas y en caso afirmativo, si la ausencia de consentimiento para las mismas fue la causa de su demora hasta el año 2023”.

El 24 de octubre de 2025 se recibe el informe solicitado, elaborado por el Jefe de Servicio de Neurología del Hospital “X” el 8 de octubre de 2025, por medio del cual confirma que el 21 de julio de 2021 “se planteó la posibilidad de realizar una determinación de rastreo genético de posibles variantes de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, entidad que ya había sido razonablemente descartada mediante determinación de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo, para lo que se precisaba autorización expresa (...) aunque posteriormente se consideró que esa posibilidad era poco plausible y no volvió a contemplarse hasta que, fallecido ya el paciente, de manera casual fuimos conocedores del fallecimiento de otro paciente (...) con una sintomatología similar y logramos demostrar una conexión familiar entre ambos casos, situación que nos permitió recuperar la muestra de sangre que a tal propósito había quedado almacenada”.

6. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial elaborado, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por una especialista en Neurología el 3 de septiembre de 2025. En él, formula una serie de consideraciones médicas sobre las enfermedades priónicas, el insomnio familiar fatal (IFL) y los trastornos neurológicos de origen carencial, para, a continuación, analizar detalladamente el caso de este paciente. Concluye que el insomnio familiar letal “es una enfermedad priónica de pronóstico infausto, que no tiene tratamiento curativo ni un modificador del curso de la enfermedad./ El diagnóstico genético *pre-mortem* del IFL no influye en la evolución de la enfermedad ni en la esperanza de vida, ya que esta no tiene tratamiento específico”. Respecto al tratamiento, indica que su objetivo es “aliviar los síntomas del paciente, empleando hipnóticos para tratar el insomnio, tranquilizantes, antidepresivos y fármacos para aliviar el dolor”, y todos ellos le fueron administrados al paciente durante su ingreso, “por lo que no existe, en ningún caso, ninguna pérdida de oportunidad terapéutica fruto de la demora reclamada del diagnóstico genético”.

7. Concluida la fase de instrucción, el 20 de noviembre de 2025 se comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 1 de diciembre de 2025 se registra de entrada un escrito de alegaciones, por medio del cual manifiesta que el CD que le fue entregado está “dañado” por lo que le ha resultado “imposible acceder a la información” y, en consecuencia, solicita que le sea entregado un CD “válido y legible, interesando la suspensión del plazo de 15 días para formular alegaciones hasta su correcta recepción”.

En respuesta al escrito presentado, el órgano instructor le remite otra copia del expediente, constando la efectiva recepción de la notificación el 2 de enero de 2026, sin que se hayan formulado alegaciones.

8. Con fecha 6 de febrero de 2026, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en lo razonado

por los especialistas que han analizado el caso, y a falta de pericial de parte que la contradiga, concluye que “la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no habiendo objetivado pérdida de oportunidad terapéutica fruto de la demora reclamada del diagnóstico genético”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de febrero de 2026, 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa

del fallecido- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 30 de septiembre de 2024 por los daños derivados del fallecimiento de su esposo, que la interesada atribuye al retraso diagnóstico y pérdida de oportunidad terapéutica. Si bien el óbito del perjudicado tuvo lugar el 7 de enero de 2022, consta en la documentación remitida que el 6 de octubre de 2023 se entrega a la reclamante un informe del laboratorio de Genética Molecular en el que se alude a la mutación genética que produjo la enfermedad del finado -insomnio familiar fatal- y que se diagnostica *post mortem*.

Como hemos señalado en otras ocasiones (entre otros, Dictamen Núm. 224/2015 y 261/2017), debemos recordar que en la aplicación del instituto de la prescripción opera el principio de la *actio nata*, según el cual para fijar el *dies a quo* del cómputo de la prescripción hay que tener presente que “la acción solo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad” (entre otras, Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de febrero de 2014 -ECLI:ES:TS:2014:324-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª). Es decir, el cómputo del plazo no se inicia hasta que no constan perfectamente determinadas las consideraciones, tanto fácticas como jurídicas, que posibilitan el ejercicio de la acción.

Pues bien, en el presente caso, dado que dicha patología no había sido diagnosticada durante la vida del paciente y solo pudo ser identificada mediante el estudio genético realizado con posterioridad a su fallecimiento, en atención a la doctrina de la *actio nata*, el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción se corresponde con la fecha del informe del laboratorio de Genética Molecular del Hospital “X” de 6 de octubre de 2023, en el que se informa de los resultados del estudio genético. En efecto, hasta ese momento la reclamante no pudo conocer de manera cierta la etiología del proceso padecido por su esposo ni disponer de los elementos fácticos necesarios para valorar la eventual existencia de un retraso diagnóstico o de una omisión de las pruebas diagnósticas que ahora reprocha al servicio sanitario. Por ello, aun cuando el daño definitivo -el fallecimiento- se produjo el 7 de enero de 2022, la posible antijuridicidad del mismo y su eventual conexión con la actuación sanitaria no pudieron ser razonablemente apreciadas hasta la comunicación del referido informe genético, momento en el que quedaron suficientemente determinados los presupuestos fácticos que permitían el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial.

En suma, presentada la reclamación el 30 de septiembre de 2024, es claro que fue 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.

Ahora bien, observamos que la reclamante propone como medios de prueba testifical del facultativo que le hizo entrega de los resultados de la prueba efectuada en el laboratorio de Genética Molecular el 6 de octubre de

2023, sin que dicha petición haya sido atendida. Ello supone una inadmisión tácita de este medio probatorio y un incumplimiento de las exigencias de lo dispuesto en el artículo 78 de la LPAC; sin embargo, vista la suficiencia de los datos obrantes en el expediente remitido, no estimamos necesaria la retroacción de las actuaciones.

Por último, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se ha 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 interesada reclama ser indemnizada por el fallecimiento de su esposo, el cual imputa al retraso diagnóstico de la enfermedad neurodegenerativa que padecía, con la consiguiente privación de acceso a un tratamiento adecuado.

Acreditada la realidad del óbito y el vínculo familiar entre quien ejerce la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se pretende.

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, automáticamente, 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. 80/2020), 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 directamente 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 la reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- 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 necesarias 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 la

mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, 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, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, en el presente caso la reclamante se limita a formular unas imputaciones desprovistas de cualquier soporte pericial, de modo que nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos aportados por la Administración y su compañía aseguradora.

En el caso analizado, nos encontramos con un paciente de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial, asma y obesidad, que en diciembre de 2018 se sometió a cirugía bariátrica en una clínica privada y había sufrido diversas complicaciones digestivas graves durante 2020, incluyendo una resección intestinal y un cuadro de desnutrición severa que requirió varios ingresos hospitalarios y seguimiento especializado. A partir de agosto de 2020 comenzaron a aparecer síntomas neuropsiquiátricos progresivos, destacando insomnio, ansiedad, ánimo depresivo, miedos, alteraciones cognitivas y trastornos visuales. En el mes siguiente fue valorado por el Servicio de

Neurología por deterioro cognitivo, pérdida de visión y alteraciones de la coordinación, objetivándose un deterioro cognitivo leve y signos neurológicos compatibles, inicialmente, con las consecuencias de la grave desnutrición que padecía. Durante los meses siguientes se produjo un empeoramiento progresivo, con aumento del deterioro cognitivo, visión doble, ataxia, dolor neuropático y aparición de mioclonías. En mayo de 2021 ingresó nuevamente por desnutrición severa, permaneciendo hospitalizado durante meses debido a múltiples complicaciones médicas. En julio de 2021, tras conocerse antecedentes familiares sugestivos de enfermedad priónica, se planteó esta posibilidad diagnóstica y se realizaron estudios específicos. No obstante, la resonancia magnética cerebral, el electroencefalograma y el análisis del líquido cefalorraquídeo no mostraron hallazgos compatibles con una enfermedad priónica. Aun así, se obtuvo una muestra sanguínea para estudio genético. La evolución posterior fue de deterioro progresivo hasta su fallecimiento el 7 de enero de 2022. Posteriormente, en octubre de 2023, el análisis genético confirmó que era portador de una mutación patogénica D178N en el gen PRNP, estableciéndose el diagnóstico de insomnio familiar letal.

La reclamante afirma en su escrito que “las prionopatías deben considerarse como un posible diagnóstico, especialmente en casos con antecedentes familiares de demencia rápidamente progresiva. Es crucial reconocer que el diagnóstico inicial de estas enfermedades implica la exclusión clínica y bioquímica, seguida de la confirmación inmunohistoquímica y/o genética”. Y sostiene que su esposo falleció sin conocer la causa de su enfermedad y que la muestra extraída el 22 de julio de 2021 para estudio genético nunca fue procesada.

Pues bien, revisada la documentación remitida, consta que el día 22 de julio de 2021 se recibió en el laboratorio de Genética Molecular del Hospital “X” una muestra de sangre periférica del paciente, solicitándose “extracción ADN envíos y almacenamiento”. Según informa el responsable del laboratorio, este tipo de procedimiento se utiliza para la conservación de muestras en aquellos

casos en los que no existe una clara sospecha diagnóstica o en los que no se ha obtenido el consentimiento informado para la realización de estudios genéticos.

En el presente caso, la muestra fue conservada sin procesamiento analítico al no haberse autorizado en ese momento por los familiares la realización de pruebas genéticas, constituyendo el consentimiento informado un requisito exigido por el artículo 48 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. La muestra permaneció almacenada hasta el 20 de septiembre de 2023, fecha en la que el Servicio de Neurología comunicó la existencia de la correspondiente autorización, procediéndose entonces a su análisis, cuyo resultado se emitió el 2 de octubre de 2023.

El Servicio de Neurología señala que, en julio de 2021, se llegó a contemplar la posibilidad de una enfermedad priónica hereditaria, aunque dicha hipótesis tenía escaso respaldo clínico porque las pruebas realizadas hasta ese momento (resonancia magnética cerebral, electroencefalograma y proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo) no eran compatibles con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob u otras enfermedades priónicas. Por ello, la sospecha quedó en un segundo plano. Tras el fallecimiento del paciente, el Servicio de Neurología tuvo conocimiento casual de otro caso con síntomas similares y diagnóstico genético confirmado de insomnio familiar letal, comprobándose posteriormente la existencia de relación familiar entre ambos pacientes. Este hallazgo motivó la recuperación de la muestra almacenada y la obtención del consentimiento familiar para realizar el estudio genético. Una vez autorizado, el análisis se activó el 20 de septiembre de 2023 y el resultado estuvo disponible doce días después, confirmando la mutación D178N del gen PRNP compatible con insomnio familiar letal.

A la vista de estos informes, debemos descartar que la muestra se hubiera perdido o extraviado -porque consta que sí llegó al laboratorio y fue conservada-. Por tanto, la primera cuestión que debemos analizar es la relativa a si existían datos clínicos suficientes, en vida del paciente, para haber solicitado antes el consentimiento y haber impulsado de forma más decidida el estudio genético o si, por el contrario, la sospecha diagnóstica era entonces

demasiado débil, dadas las múltiples causas alternativas que podían explicar el cuadro neurológico (desnutrición severa, déficits vitamínicos, complicaciones médicas graves y pruebas complementarias no sugestivas de enfermedad priónica).

Sobre la aparición de los primeros síntomas compatibles con insomnio familiar letal, en el informe del Servicio de Neurología consta que el paciente es visto por primera vez en consulta en el mes de septiembre de 2020 por “alteraciones cognitivas y mareos”, pero el Jefe del Servicio defiende que “se pusieron en aparente relación con situación de desnutrición previa motivada por cirugías bariátricas anteriores, así como por un posible ‘estado post-infección (por) COVID-19’”. Añade que, en esa primera consulta, “en la exploración neurológica únicamente se evidenció una discreta afectación cognitiva (...), hipopalestesia distal en extremidades inferiores, mínima ataxia axial, ligero titubeo en la marcha en tándem y ‘balanceo’ durante la maniobra de Romberg, sin otras asimetrías o déficits focales y en la exploración física general lo más llamativo era una extrema delgadez, compatible también con el estado nutricional previamente referido”. Se solicitaron estudios de neuroimagen craneal mediante resonancia magnética, consulta con el Servicio de Oftalmología, valoración neuropsicológica y electroneuromiografía y potenciales evocados somatosensoriales, cuyos resultados “permitieron descartar, al menos razonablemente, una afectación estructural a nivel encefálico, pero confirmaron la existencia de una polineuropatía de fibra fina que justificaba la sintomatología de ‘dolor cutáneo generalizado’, de características neuropáticas, que el paciente refirió en diferentes ocasiones”. Refiere, igualmente, que en las posteriores revisiones “se constató un lento, pero evidente, empeoramiento de la situación neurológica del paciente”, pautándole tratamiento específico mediante neurolépticos y fármacos anticomiciales, “siendo muy variables las respuestas clínicas a estas terapias”.

Añade que el paciente presentó durante su ingreso hospitalario en el Servicio de Endocrinología complicaciones “de aparente origen infeccioso”, por

lo que se decidió su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos para realizar el tratamiento oportuno, “según proceder habitual en estas situaciones”.

Por tanto, aunque se pueda afirmar retrospectivamente que los síntomas que el paciente manifestó durante los sucesivos ingresos hospitalarios eran compatibles con una enfermedad priónica hereditaria, ello no implica automáticamente que fueran reconocibles como tal en ese momento, ya que según explica el Jefe del Servicio de Neurología en su detallado informe, los síntomas del paciente se relacionaron con las otras patologías concomitantes que presentaba en aquel momento, lo que parece razonable considerando las diversas afecciones que presentaba el perjudicado. Así, a lo largo de la historia clínica, se han documentado, entre otros, el padecimiento de desnutrición proteico-calórica severa, síndrome de intestino corto, déficits vitamínicos, múltiples cirugías digestivas tras cirugía bariátrica inicial, dolor crónico, antecedentes recientes de COVID-19 e incluso ansiedad e insomnio reactivos a la enfermedad.

Según consta en la historia clínica y así lo recoge el informe del Servicio de Neurología, en julio de 2021 la familia comunicó por primera vez antecedentes familiares compatibles con una enfermedad priónica, por lo que dicha posibilidad se incorporó al diagnóstico diferencial. A partir de ese momento, se realizaron estudios específicamente dirigidos a filiar la causa de la clínica del paciente, entre ellos un electroencefalograma, varias punciones lumbares con análisis de líquido cefalorraquídeo -incluida la determinación de la proteína 14-3-3 para realizar el despistaje de una posible encefalopatía espongiiforme- y la obtención de una muestra sanguínea para un eventual estudio genético. Sin embargo, la determinación de la proteína 14-3-3 resultó negativa y tampoco la resonancia magnética cerebral ni el electroencefalograma mostraron hallazgos sugestivos de enfermedad priónica. Como señala el Jefe del Servicio de Neurología en su informe complementario, se llegó a plantear “la posibilidad de realizar una determinación de rastreo genético de posibles variantes de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob”, si bien dicha entidad había sido “razonablemente descartada mediante determinación

de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo”, por lo que los resultados obtenidos no respaldaban la sospecha inicial y esta pasó a considerarse “poco plausible”. No fue hasta después del fallecimiento, al conocerse de forma casual la existencia de otro paciente con sintomatología similar y diagnóstico genético confirmado, cuando se recuperó la muestra conservada en el laboratorio y se impulsó la realización del estudio genético que, finalmente, confirmó la mutación D178N del gen PRNP.

De lo anterior, se desprende que la posibilidad de una enfermedad priónica hereditaria no fue ignorada por los facultativos, sino expresamente incorporada al diagnóstico diferencial y objeto de estudio específico. Sin embargo, las pruebas complementarias realizadas no respaldaron dicha sospecha y coexistían múltiples procesos patológicos capaces de explicar razonablemente el cuadro clínico del paciente. En estas circunstancias, no puede afirmarse que existiera una sospecha clínica sólida que impusiera -de forma inexcusable- la realización inmediata del estudio genético, sino únicamente una hipótesis diagnóstica posible cuya viabilidad quedó notablemente debilitada por los resultados obtenidos durante la evolución clínica. Por ello, aunque desde una perspectiva retrospectiva pueda afirmarse que la realización temprana del análisis genético habría permitido alcanzar antes el diagnóstico definitivo de insomnio familiar letal, no puede concluirse que, con los datos clínicos disponibles en aquel momento, existiera una omisión diagnóstica evidente o una actuación contraria a la *lex artis*.

Como venimos reiterando (por todos, Dictamen Núm. 116/2022), este Consejo entiende 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.

En cualquier caso, un diagnóstico precoz no habría modificado ni el tratamiento ni el pronóstico de la enfermedad. Tal y como se indica en el informe del laboratorio de Genética Molecular que aporta la propia reclamante, esta enfermedad es “incurable, intratable y (su) pronóstico (es) fatal” (folio 9

del expediente). El especialista en Neurología que informa por cuenta de la aseguradora explica que “es una enfermedad priónica de pronóstico infausto, que no tiene tratamiento curativo ni un modificador del curso de la enfermedad./ El diagnóstico genético *pre-mortem* del IFL no influye en la evolución de la enfermedad ni en la esperanza de vida, ya que esta no tiene tratamiento específico”. A la misma conclusión llega el Jefe del Servicio de Neurología del Hospital “X”, que afirma que “no existe ningún tratamiento curativo para esta afección del sistema nervioso central de manera que la evolución clínica hubiera sido la misma, abocando al paciente al fallecimiento tal y como aconteció”.

Cabe señalar, igualmente, que en el informe pericial se indica que la terapia para esta enfermedad se limita a fármacos para aliviar los síntomas del paciente, “empleando hipnóticos para tratar el insomnio, tranquilizantes, antidepresivos y fármacos para aliviar el dolor”; medidas que se instauraron durante su ingreso, “por lo que no existe, en ningún caso, ninguna pérdida de oportunidad terapéutica fruto de la demora reclamada del diagnóstico genético”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Neurología reconoce que el conocimiento temprano de la enfermedad neurodegenerativa que padecía habría permitido limitar el esfuerzo terapéutico y una priorización de las medidas de confort. Sin embargo, en este caso ante la ausencia de un documento de últimas voluntades “se procedió, tal como establece el buen hacer profesional del médico cuando no existe ninguna indicación expresa en contra, intentar salvar la vida del enfermo y solicitar una nueva valoración por parte de la Unidad de Cuidados Intensivos a la que, finalmente, fue trasladado”. Además, en el informe del Área de Gestión Clínica de Pulmón del hospital referido, se recoge que se le planteó varias veces a la esposa “la limitación del esfuerzo terapéutico e inicio de sedación paliativa, sin llegar a un acuerdo en este sentido” hasta que, en los últimos días, sí se llegó a “un acuerdo verbal de limitar medidas en caso de empeoramiento franco”.

Por otra parte, como señalan los informes médicos, los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos y las intervenciones quirúrgicas que se realizaron al paciente estaban motivadas por causas ajenas a su enfermedad neurológica, ya que se debieron a su patología digestiva de base y sus múltiples complicaciones e infecciones de origen respiratorio y digestivo que padeció.

De lo anterior, se colige que no ha quedado acreditada la existencia de una pérdida de oportunidad terapéutica, en la medida en que no se ha demostrado que un diagnóstico genético más precoz hubiera modificado la evolución clínica, el tratamiento aplicado ni el pronóstico vital del paciente, al no existir en la actualidad tratamiento curativo o modificador del curso de la enfermedad.

Consta asimismo que, una vez que el servicio público sanitario fue conocedor de la patología del perjudicado, prestó asesoramiento genético a la familia, dado el carácter hereditario de esta prionopatía.

Finalmente, debe señalarse que la interesada, a quien corresponde la carga de la prueba de los hechos constitutivos de la responsabilidad patrimonial que pretende, no formuló alegaciones ni aportó documentación adicional durante el trámite de audiencia, lo que impide desvirtuar las conclusiones alcanzadas a la vista de la documentación clínica e informes técnicos obrantes en el mismo.

En suma, el paciente tenía una enfermedad neurológica extremadamente rara, de difícil diagnóstico y de evolución rápida y fatal, respecto de la cual no ha quedado acreditado que la realización del estudio genético en una fase anterior hubiera modificado la evolución clínica, el tratamiento aplicado ni el pronóstico vital del paciente, por lo que no se aprecia la existencia de una pérdida de oportunidad asistencial imputable a la actuación del servicio público sanitario.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-