



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 15 de diciembre de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1 en su propio nombre y en representación de D. yyy2 y de su hija menor de edad yyy3*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 574/2022

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El 19 de octubre de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, en su propio nombre y en representación de D. yyy2 y de su hija menor de edad yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija Dña. yyy4 en el Hospital hhhh de xxxx.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 20 de octubre de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 574/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa su ampliación, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Herrera Campo.

Primero.- El 12 de noviembre de 2019 Dña. yyy1, en su propio nombre y en representación de D. yyy2 y de su hija menor de edad yyy3, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, debido a los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de



su hija Dña. yyy4 el 14 de noviembre de 2018, que achacan a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhh de xxxx los días 13 y 14 de noviembre de 2018.

La reclamante considera que ha habido una serie de negligencias en el diagnóstico y tratamiento de su hija, y una quiebra de la *lex artis*, y solicita una indemnización de 165.576,15 euros (con reserva de la valoración final que haga su perito), en la que incluye el daño moral ocasionado por el fallecimiento.

Aporta informe pericial sobre las circunstancias del caso y de valoración del daño corporal, emitido el 1 de noviembre de 2019 por médico colegiado especialista en valoración de daño corporal.

Segundo.- Constan en el expediente, además de la historia clínica de la paciente, diversos informes del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx; informe emitido por especialista en pediatría del Centro de Salud de xxxx Sureste; informe emitido por médico de atención primaria del Centro de Salud de xxxx Sureste; informe emitido por especialista en medicina intensiva del Hospital hhhh de xxxx; informe de la Inspección Médica; e informe pericial realizado colegiadamente por dos especialistas en medicina interna a instancias de la aseguradora de la Administración.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia el 3 de junio de 2021, se presentan alegaciones el día 24 del mismo mes, en las que la reclamante básicamente se reitera en su reclamación inicial, y además pone de manifiesto que la instructora del procedimiento ha facilitado datos clínicos confidenciales a la compañía aseguradora de la Administración.

Cuarto.- El 7 de octubre de 2022 se formula propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimatoria de la reclamación.

Quinto.- El 11 de octubre de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.



II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en apartado tercero 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (12 de noviembre de 2019) hasta que se formula la propuesta de orden (7 de octubre de 2022). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC. La reclamación se interpone, como ya se ha señalado anteriormente, el 12 de noviembre de 2019, mientras que el fallecimiento de la paciente se produjo el 14 de noviembre de 2018.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, a la que además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se haya presentado antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin



espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

A mayor abundamiento debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia prestada a la hija de la reclamante se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

En el supuesto sometido a consideración se alega fundamentalmente por la reclamante la concurrencia de un error de diagnóstico, puesto que el fallecimiento de la paciente el día 14 de noviembre de 2018 se produjo por un cuadro de meningitis que evolucionó a un shock séptico fulminante, mientras que el día anterior, esto es el 13 de noviembre, dicha paciente había sido diagnosticada de faringoamigdalitis aguda de origen vírico. Por otro lado, también se argumenta que ha existido un error de tratamiento ya que se debería haber administrado a la paciente un tratamiento de tipo antibiótico, conforme al diagnóstico que se acaba de señalar.



A) Respecto de la primera cuestión, la fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso que se efectúan progresivamente. Así pues, es un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas.

Respecto al error de diagnóstico es importante advertir que, para que este sea generador de responsabilidad, es necesario que, atendidas las circunstancias del caso, y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que este, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico -o bien su error o retraso- sea imputable a la Administración y, por ello, que sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno (por todos, dictámenes 449/2019, de 10 de octubre, o 203/2020, de 21 de julio, de este Consejo).

Este Consejo Consultivo, además, ha acogido la doctrina del Consejo de Estado sobre el error de diagnóstico al considerar que la Administración ha de aplicar las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, e incluso un error de diagnóstico no conlleva automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que, la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

En el presente supuesto ha quedado acreditado que la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh a las 19:20 horas del día 13 de noviembre de 2018. En el informe de urgencias figuran las 19:30 como hora de comienzo de atención y las 19:55 como hora del alta. Al ingresar presentaba un cuadro de odinofagia y fiebre de hasta 38.6 °C desde hacía tres días, acompañado de mialgias, congestión nasal y cefalea pulsátil. No presentaba otalgia, ni dolor torácico, ni disnea. Se hace constar la no existencia de ambiente epidemiológico familiar, ni tampoco de otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.



En cuanto a la exploración, se indica que la paciente se encontraba colaboradora, consciente y orientada en las tres esferas, normocloreada, bien perfundida e hidratada, así como eupneica. En exploración de cabeza y cuello, presentaba carótidas isopulsátiles, palpo adenopatía paracervical derecha móvil, no dolorosa. En COF: faringe hiperémica en amígdalas incipientes exudados blanquecinos. Y en Tórax: AC: rítmico, "no oigo soplos". AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

Además, presentaba una tensión arterial de 110/57, una temperatura timpánica de 39.1 °C (equivalente a 38.5 °C axilar), frecuencia cardíaca de 140 lpm, y una saturación 96 %.

En cuanto al tratamiento, se prescribió:

- “- Observación domiciliaria.
- »- Hidratación adecuada.
- »- Ibuprofeno 400 mg 1 comprimido cada 8 horas, pudiendo alternar con Paracetamol 1g 1 comprimido cada 8 horas.
- »- Se explican signos y síntomas de alarma.
- »- Control por su Médico de atención primaria”.

Con este cuadro clínico, los facultativos del Servicio de Urgencias, sin apreciar mayores signos de alarma, alcanzaron un diagnóstico, como ya se ha señalado, de faringoamigdalitis aguda de probable etiología vírica. Proceso que los informes médicos consideran compatible con los síntomas presentados y las exploraciones realizadas, tratándose de una conclusión que, como se desprende también de los diversos informes y documentación científica que obra en el expediente, deriva de la utilización de la escala de CENTOR, recomendada por la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Así, el informe de la Inspección Médica de 22 de febrero de 2021 señala lo siguiente:

“Dentro de las escalas de predicción clínica disponibles para diferenciar la posible etiología vírica de la bacteriana, la más utilizada y recomendada por su sencillez es la CENTOR, que valora 4 parámetros: fiebre >38°, exudado o hipertrofia amigdalár, adenopatías latero-cervicales dolorosas y ausencia de tos. En esta escala se suma 1 punto por cada uno de los criterios presentes, oscilando la puntuación global entre 0 y 4 puntos.



»La presencia de los 4 criterios se asocia a una probabilidad de más del 50 % de faringitis bacteriana por EBHGA en adultos, con 3 baja al 32 % y con 1 se sitúa entre el 2-23 %.

»Los criterios de Centor son útiles para identificar pacientes con bajo riesgo de infección estreptocócica si la puntuación es baja (0-2).

»Según figura en la última revisión (2020) de la Guía Clínica de Faringitis Aguda, se recomienda que en los casos de puntuación baja o cuando hay una alta sospecha de origen vírico (rinorrea, tos, úlceras en boca o disfonía) no se realicen pruebas diagnósticas ni se prescriban inicialmente antibióticos”.

Por su parte, el informe de 17 de enero de 2020 del médico adjunto de urgencias hospitalarias hace referencia al Acta Otorrinolaringológica Española, que señala las diferencias entre el proceso viral y el bacteriano:

“Proceso viral: Inicio gradual (tres días). Presencia de fiebre y odinofagia leve, tos, conjuntivitis, rinitis, mialgias y diarrea (estos síntomas pueden estar presentes o ausentes). La faringe presenta eritema y exudado y puede existir presencia de adenopatías. Cuadro que presentó inicialmente la paciente.

»Proceso bacteriano: Inicio brusco, fiebre elevada, odinofagia importante, cefalea, náuseas, vómitos, exantema. Faringe con inflamación e importante exudado. Adenopatías dolorosas de gran tamaño. (Datos de alarma que se informan siempre en caso de faringoamigdalitis para su atención urgente). Todo esto no mencionado en la primera valoración en su primera atención el día 13”.

Tal y como se indica en el informe de la Inspección Médica, la sintomatología descrita anteriormente coincide con un diagnóstico de faringoamigdalitis vírica (es decir, el diagnóstico al que llegó el facultativo de Urgencias el 13 de noviembre de 2018), al existir también en el presente caso:

“inicio gradual ‘desde hacía 3 días’, fiebre de hasta 38,6°, odinofagia, faringe hiperémica (enrojecida) con incipiente exudado, tos, congestión nasal, secreciones, mialgias, adenopatía NO dolorosa y ausencia de ambiente epidemiológico familiar.



»En cuanto a la cefalea, la paciente la describió en la anamnesis únicamente como de carácter pulsátil, y no consta que ello fuera el motivo principal de la consulta en el Triage, ni que presentase las características que se refieren en la Reclamación (‘lo principal era el dolor de cabeza de gran intensidad que presentaba a nivel del cráneo y cuello, insoportable y de características sugestivas de meningitis’).

»De haber manifestado cefalea de esas características, u otros síntomas típicos de la Meningitis (rigidez de nuca, náuseas y vómitos o alteración del nivel de conciencia), se habrían anotado sin ninguna duda en la anamnesis, en lugar de ‘no otra sintomatología en la anamnesis por aparatos’ que reflejó el facultativo tras preguntarle por otros síntomas”.

Conviene destacar además que, a diferencia de lo sostenido en la reclamación y en el informe pericial de parte, la atención a la paciente se prolongó en ese momento durante unos 25 minutos, es decir, cuatro veces el tiempo habitual para valoración por estos motivos en las consultas de atención primaria, valor de referencia ya que en urgencias no existe tiempo estimado por consulta. También, en el informe de atención en el servicio de urgencias del Hospital hhhh del día 13 se describe claramente una exploración detallada de la cabeza y cuello, así como del tórax y el abdomen. Y por último, en el informe del facultativo del servicio de urgencias de 17 de enero de 2020 se indica que “en la actualidad el diagnóstico de la faringoamigdalitis es clínico, por lo tanto, ante la ausencia de síntomas de alarma y siempre informando adecuadamente a la paciente la posible evolución de la enfermedad, se actuó en consecuencia”, lo cual es plenamente congruente con la recomendación de la Guía Clínica de Faringitis Aguda, a la que se ha hecho referencia anteriormente, sobre la no realización de pruebas diagnósticas o la prescripción de antibióticos en los casos de sospecha de origen vírico o baja puntuación de dicha dolencia, que es precisamente el caso objeto del presente dictamen.

La fiebre de 39.1 °C a la que se refiere el perito de parte hace referencia a la temperatura timpánica, a la que, como ha quedado reflejado a lo largo del expediente, hay que restar 0,5 °C para obtener la temperatura real, que en este caso sería de 38.6 °C, por lo que no cabría hablar de fiebre alta sino moderada.

Por todo lo anterior, puede concluirse que esta fase de diagnóstico se realizó con plena conformidad a la *lex artis*, puesto que el facultativo siguió en



todo momento las determinaciones técnicas preestablecidas en los protocolos de actuación, que en este caso se señalan en el Acta Otorrinolaringológica Española.

B) En cuanto al error de tratamiento alegado, la reclamante insiste en que lo correcto hubiese sido la administración de antibióticos, a la vista de la sintomatología que presentaba la paciente.

Nuevamente resulta de aplicación a esta fase la escala de CENTOR, y el informe de la Inspección Médica a este respecto señala lo siguiente:

“Según la Escala de Centor, presentaba una puntuación de 1, por la fiebre de $>38^{\circ}$, o incluso de 2 si consideramos que habla incipientes exudados blanquecinos en amígdalas (aunque no claramente purulentos). Los otros dos criterios (adenopatía dolorosa y ausencia de tos) no se cumplían.

»Por tanto, tal como hemos referido anteriormente en la Guía Clínica de Faringitis Aguda, en los casos de puntuación baja (0-2) o cuando hay una alta sospecha de origen vírico (rinorrea, tos, úlceras en boca o disfonía) se recomienda no realizar pruebas diagnósticas ni prescribir inicialmente antibióticos”.

A mayor abundamiento, el informe médico pericial de la aseguradora de la Administración afirma que, incluso en el caso de que el facultativo de urgencias hubiese diagnosticado una faringoamigdalitis de etiología bacteriana y hubiese prescrito un antibiótico, dicho antibiótico habría consistido en amoxicilina simple o asociada a clavulánico, antibiótico al que no es sensible la neisseria meningitidis y que no sólo no hubiera impedido la progresión de la enfermedad, sino que además habría enmascarado los resultados de los cultivos que se practicaron posteriormente.

Por lo anterior, parece correcto afirmar que el tratamiento prescrito se ajustó también escrupulosamente a lo indicado por la literatura científica y los protocolos establecidos.

6º.- Por lo que respecta a la atención sanitaria dispensada el día 14 de noviembre de 2018, día del deceso, se alega por la reclamante una demora en la atención a la paciente; en concreto el informe pericial de parte afirma que “estuvo prácticamente desatendida hasta la irreversibilidad de su cuadro”.



En este sentido, tal y como señala el informe de la Inspección Médica, la paciente ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh a las 11:23 horas del día 14 de noviembre de 2018, y ya la primera atención fue inmediata, puesto que a las 11:30 horas se produjo la hoja de valoración de enfermería de urgencias, y posteriormente se realizaron triajes a las 11:33 h., 11:34 h. y 12:15 h. Pero es que además consta en el registro de la historia clínica electrónica que a las 11:58 h. se habían solicitado con carácter urgente las siguientes analíticas: hemograma, estudio de coagulación, gasometría, determinaciones bioquímicas en suero, determinaciones cualitativas en orina, procalcitonina y proteína C reactiva.

El informe de 9 de enero de 2020 del facultativo del servicio de urgencias que atendió a la paciente ese día 14 de noviembre señala por su parte que: "3. La hora de comienzo de asistencia que figura en la historia clínica entiendo que no es real dado que primero la valoré y exploré y posteriormente solicité las pruebas complementarias que figuran en el 'apartado peticiones' de la historia clínica electrónica y a continuación inicié su escritura en el sistema informático Jimena (y es cuando el paciente pasa de 'estar en rojo en pantalla como no iniciado a negro como iniciado' quedando grabada esa hora como inicio de la atención -en este caso 12:15-) pudiéndose, también, observar en hoja de tratamiento la hora en que solicito pruebas y tratamiento oportuno (documento que debe encontrarse en historia clínica completa, que estará ubicada en el archivo de historias clínicas de este centro dada la monitorización de los procesos que tengo por costumbre realizar) a parte del citado apartado 'peticiones' en el sistema informático 'Jimena' mencionada".

En consecuencia, no puede apreciarse la existencia de una demora injustificada en la atención prestada en el servicio de urgencias el día 14 de noviembre de 2018.

Y finalmente, en relación con la causa del fallecimiento, ya se señaló que la causa del mismo obedeció a un cuadro de meningitis que evolucionó a un shock séptico fulminante.

A este respecto, el informe de la Inspección Médica concluye que "se considera que el cuadro de Meningitis que presentaba en urgencias el día 14-11-2018, y su rápida evolución posterior a shock séptico fulminante, disfunción miocárdica y fracaso multiorgánico al ingresar en la UCI era irrecuperable y mortal en el 80-90 % de los casos, a pesar de los esfuerzos de los médicos intensivistas por salvar la vida" de la paciente.



Por su parte el informe pericial de la aseguradora de la Administración reconoce que incluso el suministro de antibióticos no garantizaría la supervivencia, en concreto señala que "El pronóstico de la meningococemia fulminante es malo. Aproximadamente la mitad de los pacientes que presentan esta forma de enfermedad meningocócica no sobreviven, incluso con la administración inmediata de la terapia antimicrobiana adecuada. La mayoría de las muertes ocurren en las primeras 48 horas. La tasa de mortalidad puede llegar al 70 %. Los supervivientes de meningococemia fulminante pueden tener complicaciones isquémicas.

»Los casos de meningococemia fulminante también pueden asociarse con la complicación de una hemorragia suprarrenal masiva conocida como síndrome de Waterhouse-Friderichsen. En estos casos, la tasa de mortalidad se acerca al 100 %.

»(...) Por tanto, se trató de una enfermedad de desarrollo súbito imposible de prever y cuyo tratamiento correcto muy pocas veces evita la muerte del paciente".

Finalmente, respecto a la sintomatología que pueda presentar la citada patología EMI (enfermedad meningocócica invasiva), se indica en el informe de la Inspección Médica que "Entre el 40-50 % de los casos, a la enfermedad le precede o se acompaña de un o catarro de las vías respiratorias y odinofagia aguda, originando un cuadro de faringoamigdalitis indistinguible clínicamente del producido por otros agentes piógenos.

»(...) Es importante tener en cuenta que el diagnóstico temprano de la EMI es particularmente difícil, ya que a veces durante las primeras horas su sintomatología es inespecífica y puede confundirse con un proceso infeccioso de etiología viral de vías respiratorias altas".

Por ello, a pesar de que la actuación médica este segundo día también fue adecuada a la *lex artis* (tanto por los profesionales de Urgencias como por los de la UCI), de que consta cómo se solicitaron entre otras pruebas de imagen, transfusión de plaquetas, administración de tratamiento endovenoso con suero fisiológico, clk, antibiótico (ceftriaxona) analgésico y bicarbonato, y de que se derivó a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos ante su progresivo empeoramiento, no fue hasta el ingreso en dicha Unidad cuando presentó estado estuporoso con descenso súbito del nivel de conciencia (GCS 3, pupilas medias arreactivas), intensa taquipnea con salida de espuma



rosada por la boca, taquicardia supraventricular (170 lpm), y posterior bradicardia intensa seguida de actividad eléctrica sin pulso, de manera que desgraciadamente el fallo multiorgánico que presentaba la paciente en esos momentos ya era irreversible y mortal en un 80-90 % de las ocasiones.

En virtud de lo expuesto, al considerar que la asistencia sanitaria fue acorde con la *lex artis ad hoc*, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su hija Dña. yyy4.

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