



Sr. Madrid López, Presidente  
en funciones

Sr. Estella Hoyos, Consejero  
Sr. Pérez Solano, Consejero  
Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 6 de noviembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de septiembre de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 1 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 874/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** El 20 de diciembre de 2005, D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx,



solicitando una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo hhhhh de xxxxx.

En la reclamación se considera que hubo un deficiente funcionamiento de la Administración Sanitaria, relatando que D. xxxxx fue trasladado por sus familiares al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxxx, en el cual, tras una espera excesiva, deciden remitirlo al Hospital hhhh2 de xxxxx; no obstante, tras una nueva larga espera (más de una hora) les comunican que no puede ser atendido y les recomiendan ir al citado Hospital hhhh2.

El enfermo y sus acompañantes se desplazan al indicado Hospital, en el que se le diagnostica "gripe". Considera la parte reclamante que tal diagnóstico fue erróneo, dado que al día siguiente, al perder la consciencia, lo trasladan de inmediato en ambulancia al Hospital hhhh1 de xxxxx, donde, en esta ocasión, le diagnostican meningitis bacteriana, tipo B, de pronóstico muy grave, ingresando el paciente en la U.C.I.

Cuando salió de la U.C.I., quedó tetrapléjico y con severas secuelas, por lo que fue trasladado al Hospital de hhhh3 de xxxxx3, donde permaneció ingresado desde el 1 de febrero hasta el 25 de junio del 2005.

Según la parte reclamante, "En la actualidad apenas si puede deambular, sufre incontinencia de esfínteres, síndrome de cola de caballo, ha perdido la última falange del quinto dedo del pie izquierdo y se encuentra impedido para toda profesión u oficio y apenas si puede mantenerse en pie, y desplazarse valiéndose de bastones. Sufre también un terrible daño moral y psicológico, que le impide conciliar el sueño, sufre pérdidas de memoria, sufre autoestima, sobre todo por que se trataba de una persona tremendamente activa, militar profesional, muy joven, que de inmediato se ha visto impedido de realizar por sí mismo todas aquellas facultades y funciones motoras que con anterioridad a estos hechos hacía habitualmente, habiéndose truncado así de forma brusca su trayectoria personal y profesional. Su entorno social se ha visto igualmente alterado de una forma igualmente drástica".

Cuantifican la indemnización en 400.000 euros.

**Segundo.-** De los datos que constan en los documentos que integran el expediente administrativo, se puede extraer la siguiente secuencia de hechos:



D. xxxxx, nacido el 13 de diciembre de 1983, acude a la Unidad de Urgencias del Complejo hhhhh de xxxxx, a las 20:15 horas del 30 de diciembre de 2004, figurando como motivo de consulta "gastroenteritis aguda".

Posteriormente acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Hospital hhhh2 de xxxxx, a las 21:20 horas. El motivo de consulta es fiebre de 39 grados y vómitos. A la exploración física presenta buen estado general, los meníngeos son negativos y la piel se describe como normal. La auscultación pulmonar se define como murmullo vesicular conservado y en la exploración faringe y amígdalas hiperémicas sin placas, otoscopia normal. En el abdomen, ruidos hidroaéreos aumentados y no es doloroso a la palpación. La impresión diagnóstica es de gripe.

El 31 de diciembre de 2004 acude al Servicio de Urgencias del Complejo hhhhh de xxxxx, refiriendo que, desde unos días antes, presenta cuadro catarral con artromialgias y fiebre.

La misma tarde del día 31 de diciembre presenta cuadro tónico-clónico generalizado, siendo asistido en el domicilio, donde se aprecia una disminución del nivel de conciencia, hipotensión arterial y múltiples petequias concluyentes generalizadas. A la exploración física se anotan dos tensiones (una de 125/90 y otra de 90/65), la frecuencia cardíaca es normal. Mal estado general, consciente pero con bajo nivel de conciencia, no responde a estímulos, retira al dolor, palidez, múltiples petequias confluentes en tórax y taquipnea. No tiene rigidez de nuca, ni adenopatías y el resto de la exploración física es normal. Se obtienen hemocultivos, radiografía de tórax y TAC craneal, que es informada como normal. Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos.

A su llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos, se repite la anamnesis a los familiares, quienes comentan que lleva tres días con cuadro catarral, habiendo presentado el día anterior fiebre elevada, malestar general y cefalea, por lo que fue valorado y diagnosticado de síndrome gripal. Refieren que la noche anterior y esa misma mañana ha estado con intolerancia y vómitos, así como cefalea. A las 18:00 presenta crisis convulsiva y aparición de lesiones equimóticas en todo el cuerpo. Se recoge que llega a Urgencias en coma y que se inicia tratamiento antibiótico. A su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos se le intuba por bajo nivel de conciencia. En los análisis al



ingreso, presenta trombopenia, coagulopatía, insuficiencia renal y leucocitosis con neutrofilia.

Ingresa en la Unidad con el diagnóstico de sepsis meningocócica asociada a fracaso multiorgánico, que precisó ventilación mecánica, tratamiento con proteína C recombinante, así como anticomiciales por foco irritativo y secundario.

Es dado de alta a la planta de Neurología el 10 de enero de 2005. Los diagnósticos al alta incluyen sepsis meningocócica, con fracaso multiorgánico que ha precisado ventilación mecánica y tratamiento con proteína C recombinante y anticomiciales por foco irritativo secundario. Se indica que las lesiones isquémicas del pie izquierdo quedan pendientes de valoración por cirugía.

En el Servicio de Neurología permanece hasta el 1 de febrero de 2005. En la evolución en este servicio destaca la presencia de fiebre sin foco claro (incluyendo la negatividad de la punción lumbar repetida) para la que se encontró diversas explicaciones y que finalmente desapareció tras una semana de tratamiento.

Desde el punto de vista neurológico, en el informe de alta del Servicio de Neurología se hace constar la presencia de crisis generalizadas tónico-clónicas en la fase aguda del proceso, hemiparesia izquierda en relación con presencia de varias lesiones hipodensas e hipocaptantes a nivel frontal, de cápsula interna y parietal derechas, así como temporal izquierda, visualizadas en el TAC craneal y que ha presentado buena evolución. Así mismo, desde el inicio del ingreso en planta, presenta paraplejia flácida y arrefléxica de ambas extremidades inferiores, secundaria a polineuropatía axional sensitivo- motora severa del paciente crítico. A lo largo del ingreso, presenta mejoría desde el punto de vista motor, habiendo iniciado la movilidad a nivel proximal en extremidades inferiores. También padece el síndrome de la cola de caballo, probablemente en relación con aracnoiditis con anestesia en silla de montar y atonía de esfínter anal. Como otras secuelas neurológicas, presenta: paresia del VI par craneal bilateral de predominio izquierdo y diplopía secundaria, que ha sido valorada por el Servicio de Oftalmología, decidiéndose no actuar terapéuticamente por el momento y ver evolución de las mismas. Presenta además parálisis facial periférica derecha.



Con el diagnóstico de sepsis meningocócica, síndrome febril de probable origen infeccioso, síndrome poliúrico e hiponatremia resueltas, y los problemas neurológicos ya descritos, es trasladado al Hospital de hhhh3 de xxxx3, donde ingresa el 1 de febrero de 2005 y permanece hasta el 25 de junio del mismo año.

Los diagnósticos al alta son: "Secuela de meningococemia central y periférica, polineuropatía L4-L5, infecciones de orina, vejiga neurógena, hipoactiva, con ausencia de relajación de esfínter externo uretral, intestino neurógeno, disfunción eréctil y eyaculatoria de origen neurógeno, orquiepidimitis y necrosis falange del quinto dedo del pie izquierdo".

En julio de 2005 es valorado en el Servicio de Rehabilitación del Complejo hhhhh de xxxxx. Por este Servicio se hace constar que se inició tratamiento rehabilitador el 28 de julio de 2005, con mejoría paulatina del cuadro clínico hasta constatarse su estabilización.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora la historia clínica perteneciente al Complejo hhhhh de xxxxx y al Hospital Nacional de hhhh3 de xxxx3 y, entre otros documentos, los siguientes:

-Informe del Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxxx, de fecha 3 de febrero de 2006, en el que expone: "En ningún sitio consta lo aseverado, acerca de la imposibilidad de atender al paciente referido, dado que no es norma de este Servicio de Urgencias, tal afirmación, pues este Servicio de Urgencias atiende a todas las personas que lo solicitan. Otra cosa es, que dado que venía sin derivación de Atención Primaria, se le advirtiese de la existencia del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, al mismo tiempo que se le pudo indicar, que en nuestro Servicio de Urgencias habría una demora, motivada (...)."

-Informe del Jefe de Sección de Neurología del Hospital hhhh1 de xxxxx, de fecha 6 de febrero de 2006, en el que manifiesta: "El paciente D. xxxxx fue conocido por primera vez por los miembros de la Sección de Neurología, cuando el mismo ya estaba ingresado y diagnosticado y seguido de sepsis meningocócica en la UCI de este Centro. Desde este momento, fue seguido y tratado minuciosamente por nuestra Sección, tanto en la UCI como en nuestra



planta. Tras pasar la fase aguda y curación del proceso infeccioso, el Dr. Tabernero le traslada al Centro Nacional de hhhh3, en xxxx3”.

- Informe de fecha 31 de agosto de 2006, de una facultativa del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Hospital hhhh2 de xxxxx, en el que manifiesta:

“El informe médico que consta en el expediente fue emitido el 30 de diciembre de 2004, sobre las 21:20 horas (...). En el informe mencionado, consta tanto la valoración diagnóstica y exploración que hace referencia a los pródromos inespecíficos de un síndrome febril agudo y con hallazgos en la exploración, tales como el buen estado general del paciente, piel sin exantemas ni petequias, sin signos de irritación meníngea: no rigidez de nuca, signo de Kerning y Brudzinski negativos. Faringe hiperémica sin placas, auscultación pulmonar y abdomen normal. Ante estos signos físicos, la impresión diagnóstica es de un cuadro gripal y el tratamiento inicial recomendado son antitérmicos.

»A mayor detalle, este paciente fue visto en presencia del resto del equipo que ese día conformaba la guardia y se puso en común tanto la exploración-valoración, como la impresión diagnóstica y tratamiento; estando en condiciones de afirmar que en el momento en que este paciente fue valorado no presentaba signo alguno de patología meníngea”.

- Informe de la Inspección Médica de la Gerencia de Salud de xxxxx, el 6 de febrero de 2007, emitido en los siguientes términos:

“En el Servicio de Urgencias del Policlínico se actuó conforme a protocolo establecido y haciendo presunción diagnóstica de gripe, al ser compatible el cuadro que presentaba con un cuadro gripal y no existir datos objetivos que obligaran a derivar al hospital para practicar más pruebas.

»Al día siguiente, acudieron al Hospital, al encontrar al paciente en estado de coma. El cuadro que presentaba es susceptible de evolucionar en la forma que cursó, sin por ello demostrarse que el día anterior tenía que haber dado muestras al médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria de dicho cuadro”.



“No era propiamente una meningitis, sino una sepsis meningocócica que afectó a meninges, así como también a otros órganos del sistema nervioso central y periférico y de otros sistemas, tal es el sistema vascular periférico”.

- Informe médico emitido a instancias de la compañía aseguradora sssss, por un grupo de interdisciplinar de especialistas, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1. D. xxxxx solicitó asistencia en la noche del 30 de diciembre de 2004 por un cuadro febril de corta evolución.

»2. La valoración del paciente fue correcta de acuerdo a los protocolos asistenciales sobre el manejo urgente de la fiebre de corta evolución.

»3. El paciente no presentaba comorbilidades ni datos de alarma en la valoración realizada por lo que la decisión de remitir a domicilio con tratamiento sintomático es correcta.

»4. Esta actitud hubiera sido la misma tanto en el Servicio de Urgencias del Hospital como en el de primaria (donde finalmente es atendido), por lo que el hecho de que al paciente se le dijera o no que había mucha demora y/o que se le derivase o no a atención primaria (hechos que son motivo de controversia entre la versión de los reclamantes y del jefe de urgencias), no tiene ninguna trascendencia para el análisis del caso desde el punto de vista médico.

»5. Casi 24 horas después el paciente consulta nuevamente en el Servicio de Urgencias del Hospital por haber aparecido nuevos síntomas que no se encontraban presentes con anterioridad (crisis convulsivas y lesiones cutáneas equimóticas y/o petequiales).

»6. De la documentación analizada parece evidente que el paciente ha presentado una meningococemia fulminante que ha sido diagnosticada y tratada de forma correcta. Este tipo de cuadros, como su propio nombre indica evolucionan de forma rapidísima



»La mejor constatación de que el manejo del paciente y el tratamiento de la sepsis meningocócica ha sido precoz y correcto, es que pese a la elevadísima mortalidad de este cuadro clínico el paciente ha sobrevivido.

**Cuarto.-** Interpuesto por la parte reclamante recurso contencioso-administrativo, contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad, el día 16 de mayo de 2007, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, en xxxx2, solicita la remisión del expediente administrativo.

**Quinto.-** Mediante oficio de 21 de junio de 2007, se concede trámite de audiencia al reclamante, sin que conste que haya presentado escrito de alegaciones.

**Sexto.-** El 29 de agosto de 2008, el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula la propuesta de orden desestimatoria.

**Séptimo.-** El 5 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen





Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

**3ª.-** Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

No obstante, es preciso destacar que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente, ya que la reclamación se presenta el 20 de diciembre de 2005 y la propuesta de resolución se formula el 29 de agosto de 2008. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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 al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**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 139 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada 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) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico 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) La 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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx.

La parte interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



**6ª.-** En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que a continuación se exponen y analizan.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados; lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Así, en Sentencia de fecha 5 de junio de 1998, entre otras, declara:

“El concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo -y así ocurre en el presente caso- se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada”.

Continúa señalando la sentencia citada que “la doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra



en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de fuerza mayor”.

En el presente caso, el reclamante alega que la asistencia sanitaria recibida ha sido inadecuada y la causante de que se le ocasionen una serie de daños que se concretan en las secuelas que padece. Considera que ha existido un nexo causal entre el retraso inicial en el diagnóstico, el error posterior en el mismo y las graves consecuencias que padece. Por su parte, la Administración considera que no hubo tal retraso y que, aun que si hubiera existido, las desagradables secuelas se hubieran producido de igual modo, dada la gravedad de la enfermedad.

No queda acreditada en el procedimiento la relevancia del retraso producido en la atención médica inicial, hecho que, por otro lado, ha sido negado por el Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxxx, ya que, como señala el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, el diagnóstico al que se habría llegado, caso de haber sido atendido de forma inmediata en el Hospital hhhh1 de xxxxx, habría sido el mismo que el realizado por parte del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, por lo que también hubiera sido equivalente la respuesta: enviar al paciente a su domicilio con tratamiento sintomático.

De modo que la controversia se centra en valorar el error de diagnóstico producido, esto es, si el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, a la vista del cuadro clínico presentado por el paciente, actuó conforme a la *lex artis ad hoc*, o si, por el contrario, debió haber advertido desde el primer momento la existencia de la patología que se manifestó al día siguiente.



En el expediente consta detalladamente que la meningococemia fulminante, con o sin afectación meníngea, se caracteriza por ser una patología que comienza con síntomas inespecíficos que no le permiten ser distinguida de un síndrome gripal común, para, en pocas horas, evolucionar de forma veloz y sumamente agresiva, ocasionando, en más de la mitad de las ocasiones, el fallecimiento (entre un 50 y un 60%). Su detección en la fase inicial puede resultar "imposible", puesto que las infecciones meningocócicas se parecen a cualquier infección sistémica aguda, incluida la gripe, lo cual supone un gran problema a la hora de llegar a un diagnóstico precoz de este proceso infeccioso que desemboca en un cuadro séptico, el cual puede derivar en fallo multiorgánico y, como decimos, con una alta probabilidad, a la muerte.

Como acertadamente hace hincapié la propuesta de resolución, en el presente caso los síntomas que presentaba el paciente -al ser atendido inicialmente en la tarde del 30 de diciembre- eran inespecíficos, "compatibles con un proceso gripal común, tal y como se refleja en la Historia Clínica de la asistencia realizada, incorporada en el folio 41 del expediente. Se refleja que no existían signos meníngeos, que la auscultación pulmonar era normal, con murmullo vesicular conservado, el abdomen no era doloroso a la palpación, la piel estaba en un estado normal y que, puesto que la faringe y amígdalas estaban hiperémicas, sin placas, el juicio diagnóstico fue de gripe".

Reflejo de esa falta de especificidad es que uno de las síntomas específicas del síndrome meningocócico es la existencia de lesiones cutáneas, principalmente de exantemas o petequias, circunstancia que no aparecía en la asistencia producida el 30 de diciembre de 2004 y, sin embargo, sí parecía suceder al día siguiente: petequias en la piel, además del deterioro en el estado de conciencia, que es otro de los síntomas determinantes para orientar el diagnóstico. Tampoco presentaba signos de afectación meníngea, que hubiera sido otro de los factores que podían haber orientado hacia un diagnóstico diferente al del síndrome gripal.

Por lo tanto, la actuación realizada fue correcta y estaba indicada, en virtud de los protocolos médicos acerca del manejo de la fiebre de corta duración en Urgencias.



Por ello, las secuelas sufridas por el reclamante no son consecuencia de la mala atención sanitaria prestada, sino que derivan de un proceso muy agresivo y de rápida evolución, que no se diferencia en las fases iniciales de una simple gripe, por lo que no se pudo prever su existencia; aunque sí se consiguió evitar, en parte, sus efectos, pues, como se señala en la propuesta de resolución, se salva la vida del enfermo, a pesar del alto índice de mortalidad asociado a dicha patología.

En consecuencia, ha de entenderse que el paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el diagnóstico y el tratamiento fueron correctos y las actuaciones seguidas al respecto adecuadas, según la *lex artis ad hoc*.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, ha de ponerse de manifiesto la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, ya que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyy, debido a los



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo hhhhh de xxxxx.

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