

Expediente Núm. 25/2007  
Dictamen Núm. 115/2007

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Bastida Freijedo, Francisco*  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada los días 27 y 28 de septiembre de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 24 de enero de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don ..... y doña ..... y don ....., viudo e hijos, respectivamente, de doña ....., como consecuencia de lo que califican de inadecuada asistencia sanitaria recibida y del posterior fallecimiento de la perjudicada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de marzo de 2006, don ..... y doña ..... y don ..... presentan, en las oficinas de Correos de ....., una reclamación de responsabilidad patrimonial

en relación con la asistencia sanitaria recibida y el posterior fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, en el Hospital "X".

Inician su escrito relatando que el día 27 de diciembre de 2004 la perjudicada, "con ocasión de padecer un fuerte cólico abdominal, se dirigió al Servicio de Urgencias del (X), donde le fue diagnosticado que padecía piedras en la vesícula biliar, que precisaban de una intervención llamada prueba CPR". En ese momento el hospital carecía de especialista en la materia, y no fue hasta el día 3 de enero de 2005 cuando "volvió a ingresar en el citado centro hospitalario, siendo trasladada desde el mismo hasta el Hospital Y, toda vez que a esa fecha el primero (...) seguía no teniendo disponible cirujano cualificado para la práctica de la reseñada intervención (...). Tras la realización de la CPR, la cual duró una hora aproximadamente, sobre las 16:30 horas del día 3 de enero del año 2005 (...), comoquiera que la planta de recuperación se hallaba saturada, fue trasladada a otra dependencia del hospital que se hallaban habilitando en ese momento, permaneciendo en la misma unas dos horas".

Pese a las molestias que presentaba la perjudicada, continúan diciendo, "fue trasladada esa misma noche en ambulancia al Hospital X (...), presentando aún fuertes dolores y vómitos". El día 4 de enero de 2005, el médico de la planta les comunica que la perjudicada "padecía una pancreatitis grave", observando los reclamantes en los días posteriores "que aquella se encontraba cada día con más dolores y muy hinchada, indicándoselo al referido facultativo, quien se limitó a afirmar que ese tipo de dolencias son muy pesadas y ha de tenerse con ellas mucha paciencia, no siendo hasta dos semanas después que comenta la conveniencia de su traslado a la UCI". Al empeorar el estado de salud día a día de una manera ostensible y no adoptarse ninguna medida, los reclamantes fueron a visitar al Jefe de la UCI, "quien manifestó que la paciente no precisaba cuidados intensivos, y que además dicha planta se hallaba totalmente saturada en ese instante".

El día 24 de enero de 2005, "cuando la paciente tenía ya grandes dificultades para respirar, fue trasladada a la UCI, donde fue entubada y sedada". La doctora encargada de la paciente les informó "que la misma había

cogido dentro del hospital candidas, y que deberían ser tratados con antibióticos, teniendo que estar entubada, remitiendo dicha primera infección, pero volviendo a aparecerle seguidamente unos nuevos hongos, que motivaron el mantenimiento de la medida de entubamiento”.

Continúan indicando que, tras permanecer entubada durante unos 21 ó 22 días, se le practicó una traqueotomía, que “se demoró un día, de la fecha inicialmente prevista, porque en aquella no había quirófano disponible”. El día 18 de febrero de 2005, al llegar al hospital fueron informados por uno de los facultativos de la UCI de que la perjudicada “había sufrido una parada respiratoria y cardíaca, de 8 a 10 minutos, al haberse producido un error en el cambio de la cánula que lleva el respirador de la traqueotomía, sufriendo la paciente daños cerebrales, aún pendientes de evaluar”. Dicen, a este respecto, que “el hecho efectivamente acontecido, fue que sobre las 11 de la mañana del viernes día 18 de febrero, la enfermera que se encargó de realizar el cambio de cánula, por error (...) introdujo dicha cánula lateralmente fuera de la traquea, lo que produjo un paro respiratorio y subsiguientemente cardíaco de ocho a diez minutos; demora que aconteció tanto por la impericia de la enfermera para darse cuenta del terrible fallo cometido, como por el extremo de que en ese instante no había ningún doctor en la planta, dado que coincidía con la hora del desayuno”. Finalmente la perjudicada “falleció a las 19:00 del día 22 de febrero”.

En relación con estos hechos, manifiestan los interesados que “se incoaron las correspondientes diligencias penales”, en el curso de los cuales el médico forense, en su informe de autopsia, emitió las siguientes conclusiones: a “la vista de los datos encontrados en el examen externo, pero sobre todo en la historia clínica, se puede concluir como puntos de interés médico-legal:/ 1° Que la causa inmediata y última del fallecimiento fue por parada cardiorrespiratoria originada por hipoxemia refractaria./ 2° Que la causa intermedia fue el síndrome de distrés respiratorio (el componente mecánico del mismo en relación con el colapso pulmonar del neumotórax). Tanto neumotórax como enfisema subcutáneo relacionado con la falsa vía originada en el cambio de cánula./ 3° Las causas lejanas y concausas hay que buscarlas en la situación

anterior y que la condujo a la UCI, las principales fueron la complicación de pancreatitis y la infección por hongos./ 4º Aunque se trataba de una paciente con un problema muy grave, y de mortalidad muy elevada, es evidente la relación de causa a efecto de la falsa vía con la muerte, ya que es a partir de ese preciso momento cuando la enferma entra en barrena y ya no llega a recuperar”.

Las diligencias penales concluyeron mediante Auto de sobreseimiento libre, de fecha 4 de octubre de 2005, según dicen los interesados, “sin perjuicio de las acciones que correspondieran a los perjudicados, y ello por estimar que el hecho denunciado no revestía caracteres de infracción criminal, pero sí podría revestirlos de otra índole”.

Por todo lo expuesto, consideran los reclamantes “que existió una clara negligencia por parte de los Servicios del SESPA, quienes prestaron de forma manifiesta y notoria tal y como se ha descrito una inasistencia absolutamente inadecuada; primero dando el alta a la paciente por no contar con los servicios necesarios para su atención en el Hospital “X”; después trasladándola como si de un mueble se tratara de un centro hospitalario a otro, y ello con demoras; para seguidamente no facilitarle la atención precisa a fin de diagnosticarle debidamente la dolencia padecida; llegando incluso a verse afectada de infecciones de hongos cogidas dentro del propio hospital; para a continuación y tras no habersele prestado ni toda la atención ni todos los medios posibles, demorando su ingreso en la UCI durante más de tres semanas; en el colmo de los despropósitos por la impericia y negligencia del personal de enfermería que la atendía, llegar a originársele debido a la incorrecta maniobra de cambio de cánula, una parada respiratorio-cardíaca, y por si lo anterior no fuera ya de por sí suficiente, debido a la dilación en la prestación de la atención causársele daños cerebrales irreversibles que desencadenaron su muerte”.

Después de fundamentar en derecho su reclamación, fijan la cuantía de la indemnización solicitada en la cantidad de trescientos mil euros (300.000 €), en “concepto de indemnización por las lesiones, secuelas, daños morales y perjuicios irrogados a los reclamantes”. Previamente, señalan los reclamantes que “el fallecimiento de su esposa y madre respectivamente, ha supuesto un

duro golpe para los abajo firmantes y el resto de la familia (nietos y hermanos), muy especialmente para su esposo, quien ha caído en una profunda depresión, máxime cuando por sufrir una minusvalía, el mismo dependía directamente de los cuidados y atenciones que le impartía la fallecida, debiendo “añadir igualmente que el cónyuge viudo como resultas del fallecimiento de su esposa, ha visto mermados sensiblemente los ingresos con que afrontaba su vida, ya que sus necesidades son ahora aún más notorias, ya que ha de contarse con la contratación de terceras personas para que le atiendan, y sin embargo no dispone de la pensión” aportada por su esposa.

Solicitan, por último, los reclamantes a través de otrosí “que se admitan a trámite y se proceda como medio de acreditación de los hechos expresados, la unión de documental” que acompañan. Asimismo, solicitan “se tengan por efectuadas las manifestaciones precedentes, procediendo a acordarse la práctica de las diligencias probatorias propuestas”.

Acompañan la reclamación de los siguientes documentos:

a) Testimonio expedido por el Juzgado de Instrucción N° ..... de ....., en relación a las Diligencias Previas número ....., del que forman parte integrante, entre otros: el informe de autopsia, ya transcrito, fechado el 23 de febrero de 2005; certificación literal de defunción de la perjudicada, de 28 de febrero de 2005; diversos informes clínicos remitidos al Juzgado de Instrucción N° ..... de ..... por el Gerente del “X” el día 6 de abril de 2005; copia del Libro de Familia de la perjudicada; Auto de sobreseimiento libre y archivo de las diligencias, de 4 de octubre de 2005, e informe de una enfermera de la UCI del “X”, fechado el día 11 de marzo de 2005, en el que señala que, “sobre las 10 horas a.m. del día 18 de febrero de 2005, como enfermera responsable de dicha paciente en la UCI, durante el turno de la mañana, en el Box n° 2 donde se ubicaba la misma, en situación de aislamiento estricto, procedí tras su aseo habitual a realizar el cambio de cánula, con el personal y material necesario según dicho protocolo, ya que no había ninguna orden verbal ni escrita de que no se procediera a dicho cambio por la enfermera responsable, que era yo, en dicho turno. En ese momento se encontraba, al menos, un médico de la UCI en la Unidad./ Tras retirar la cánula de traqueotomía Shiley n° 6 sin dificultad, procedí a cambiarla

siguiendo la técnica según protocolo, por otra del mismo calibre, la cual no conseguí introducir por completo, encontrando resistencia, motivo por el cual, llamé rápidamente a una compañera que estaba allí al lado, para que avisara inmediatamente al médico. Retiré la cánula y se volvió a intentar introducirla y en pocos segundos llegó el médico que se encontraba en la Unidad. Dicho doctor tomó las riendas de la situación y a partir de ese instante, fue él quien adoptó las decisiones./ Cuando llegó el médico, habían transcurrido unos 30 segundos desde que se había retirado la cánula por vez primera y la paciente comenzaba a presentar bajada de la saturación de oxígeno y mantenía buena frecuencia cardíaca./ Tras la llegada del médico, yo continué con mi labor de enfermera y conté con la colaboración de otra enfermera de la UCI, pero ya bajo las órdenes del médico que se hizo cargo de la paciente, y que contó a su vez con la colaboración de otro médico de la UCI". Continúa diciendo que "el médico intentó ventilar a la paciente con ambú, primero a través de la cánula de traqueotomía, siendo esta ventilación ineficaz, y produciéndose una progresiva hinchazón en cara, cuello y tórax de la paciente y bajando progresivamente la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca. Después lo intentó a través de un tubo orotraqueal que introdujo por el estoma de la traqueotomía, pero tampoco resultó eficaz la ventilación, motivo por el cual se sugirió que se intentara la intubación orotraqueal por la boca./ La paciente hizo una parada cardiorrespiratoria que remontó tras 8 minutos de reanimación cardiopulmonar avanzada (...). La vía aérea se restableció con nueva cánula de traqueotomía Shiley nº 8 por los otorrinolaringólogos allí presentes".

b) Fotocopia de la Resolución del Consejero de Servicios Sociales, de 27 de febrero de 1998, reconociendo a don ..... la condición de minusválido.

2. Mediante escrito de 14 de marzo de 2006, del que no consta fecha de notificación, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a los interesados la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Con fecha 17 de marzo de 2006, el Gerente del "X" remite al Servicio de

Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, además de la copia íntegra de la historia clínica de la perjudicada obrante en el hospital, una copia de los escritos de solicitud de información a los responsables de los servicios de Medicina Intensiva y de Aparato Digestivo, copia de la documentación obrante en el Servicio de Atención al Paciente, ejemplares del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y una copia del escrito enviado a la compañía de seguros.

Dentro de la historia clínica destacan los siguientes documentos:

a) Consentimiento informado del "X", para la práctica de la colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), de 11 de enero de 2004 (*sic*), en el que, después de describir la intervención, se recogen las posibles complicaciones y su incidencia, distinguiendo entre las de la propia CPRE ("Perforaciones: menos de 1 de cada 1.000./ Infecciones: menos de 1 de cada 100./ Cardiorrespiratorias (...): menos de 2 de cada 1.000./ Hemorragia: menos de 3 de cada 1.000./ Pancreatitis: menos de 2 de cada 100"), y las derivadas de maniobras o técnicas complementarias ("aumentará la probabilidad de las ya descritas: -en conjunto elevan el riesgo hasta un 5-7%-". En el caso de la papilotomía aumenta la frecuencia de hemorragia y de perforación, y puede ser necesaria cirugía de urgencia, pero la utilidad de la misma supera al conjunto de los riesgos./ La probabilidad de muerte es muy rara y suele ser inferior a 1 de cada 1.000").

b) Informe emitido por una doctora de la Unidad de Cuidados Intensivos del "X", con fecha 27 de febrero de 2005, en el que, tras exponer los antecedentes de la paciente y las vicisitudes surgidas desde su ingreso en el hospital el 27 de diciembre de 2004, señala como datos más significativos de su evolución, "infeccioso: cubierta en planta profilácticamente con Imipenen (que se mantiene durante más de tres semanas), antes de una semana de estancia en UCI aparece *Candida albicans* en distintas muestras (orina, aspirado gástrico, aspirado traqueal, vagina) y desarrolla candidiasis cutánea florida, por lo que se trata inicialmente con Fluconazol, seguido de Voriconazol y posteriormente con Anfotericina liposomal. Ante mantenimiento de LPA y SRIS, al empezar a encontrarse estafilococos en aspirados traqueales se inicia

empíricamente, al 22 día de estancia en UCI, Teicoplanina (...). Respiratorio: evolución radiológica gasométrica a SDRA con severo fallo respiratorio que obliga a patrones ventilatorios agresivos, con elevada  $FiO_2$  y llegando incluso a técnicas de rescate como empleo de óxido nítrico y ventilación con flujo continuo de gas intratraqueal, tras una mejoría inicial queda estancada en una situación de lesión pulmonar con patrón intersticio alveolar en la radiografía, complicándose con sobreinfección por *Candida albicans*, SAMR y *Klebsiella*; dada la prolongación del tiempo de intubación traqueal y ventilación mecánica se realiza traqueotomía en UCI el 15-2-05 sin incidencias./ El 18-2-05 al realizar, según protocolo de UCI, el primer cambio de cánula de traqueotomía, se originó una falsa vía con barotrauma secundario (enfisema subcutáneo y neumotórax derecho, que fue posteriormente evacuado mediante drenaje torácico) y desaturación con PCR que remontó tras 8 minutos de RCP. La vía aérea se restableció con nueva cánula de traqueotomía por los otorrinolaringólogos, en estas maniobras sangró una yugular anterior con presumible bronco aspiración de sangre. Tras lo anterior se agravó la situación respiratoria, entrando en hipoxemia refractaria, falleciendo por SDRA severo el 22-2-05".

c) Informe emitido por un doctor del Servicio de Digestivo del "X", con fecha 24 de febrero de 2005, en el que después de exponer los antecedentes médicos de la perjudicada, manifiesta que "ante la evidencia de probable coledocolitiasis con repercusión analítica (...), se solicita realización de colangio pancreatografía endoscópica retrógrada". La CPRE se realiza en el Hospital "Y", presentando la paciente a las 23 horas de ese mismo día "dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho y mesogastrio y posterior diseminación por todo el abdomen siendo valorada por los médicos de guardia y pautando analgesia. El día 12-1-2005 se solicitó analítica y TAC urgente, ante la sospecha de pancreatitis aguda post-esfinterotomía y la posibilidad de perforación en neumoretroperitoneo".

Después de exponer la asistencia posterior hasta la remisión de la paciente a la UVI el día 24 de enero de 2005, señala como impresión diagnóstica "pancreatitis aguda post-esfinterotomía grave. Distrés respiratorio.



Colelitiasis./ Traslado a UVI”.

d) Informe del Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos del “X”, de 31 de marzo de 2005. En él expone que la paciente ingresa en el Servicio el 24 de enero de 2005 con los diagnósticos de: pancreatitis aguda grave post-esfinterotomía, insuficiencia respiratoria aguda, y síndrome de respuesta inflamatoria aguda. Su primer conocimiento con respecto a la misma tuvo lugar el día 17 del mismo mes (sic), a través de los sobrinos de la enferma, con los que subió a visitarla, informándole el médico encargado de la misma, “que había solicitado valoración por nuestra UCI, ya que pensaba que la evolución iba a ser desfavorable, pero que no disponíamos en ese momento de una cama libre, lo cual era extensible a Oviedo y Avilés”. Afirma que ese mismo día, sobre las 13 horas, tuvo una reunión en la que comentó a familiares de la paciente “tanto la situación de saturación de camas de la UCI, de que en ese momento la paciente no requería de nuestros soportes de sistemas orgánicos funcionales (respiratorios, cardiovasculares, renales, metabólicos y/o hematológicos), que el tto. que estaba necesitando se podía realizar en planta de hospitalización beneficiándose además al estar consciente del afecto directo de sus familiares (ya que en la UCI las visitas son restringidas a dos ½ h/día), comprometiéndome personalmente a que seguiría su evolución día a día”. Continúa indicando que “el 23-01 es valorada de nuevo (...) por objetivarse disnea (insuficiencia respiratoria) posiblemente secundaria a inicio de fallo cardiovascular, por lo que ante la falta de camas en UCI, se decide control de diuresis horaria, balance hídrico diario y vigilancia activa, quedándose en que en la 1ª cama libre del Servicio ingresaría, lo cual sucedió el 24-01-05 por la mañana (...). El deterioro de los sistemas orgánicos funcionales continuó en los siguientes días, siendo preciso intubarla e instaurar V.M. (...) e iniciar infusión de drogas vasoactivas e inotrópicas, continuándose con la nutrición parenteral y reposo abdominal”.

Relata que, ante la “necesidad de prolongar la intubación orotraqueal, se procedió a realizar traqueotomía por el Servicio de Otorrinolaringología el 15-02, de acuerdo con el estado del arte y evidencia actual (...). El 18-02, y actuando según protocolo de cuidados de enfermería al paciente

traqueotomizado se procedió sobre las 10 h de la mañana por su enfermera responsable (...) al cambio de la cánula de traqueotomía, produciéndose la recolocación en falsa vía (tejido subcutáneo), riesgo que como efecto colateral se señala en todas las guías clínicas aunque su porcentaje es muy bajo. En nuestro Servicio es la 1ª vez". En el momento de producirse los hechos descritos "se encontraban en el Servicio 3 facultativos, los 2 de guardia (...) y (uno) en la U. Coronaria contigua (...). Como figura en el informe (...), en unos 30 segundos, se responsabilizó de la situación de la paciente (uno de los doctores de guardia), y a la vez cursando aviso al Servicio de O.R.L., quien tras fracasar con la cánula de traqueotomía procedió a la intubación traqueal a través del estoma con un tubo orotraqueal. El (médico de guardia) estuvo acompañado en todo momento por la (doctora de la U. Coronaria)./ Dada la situación crítica de la paciente desde el p. de v. respiratorio (...), este hecho fue suficiente para producir parada cardíaca por hipoxemia, iniciándose inmediatamente maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada durante unos 8 minutos, siendo imposible realizar una valoración neurológica por estar la paciente sedo-analgesiada./ Una vez recuperado el ritmo cardíaco y las constantes hemodinámicas, se procedió por el Servicio de O.R.L. a la recolocación perfecta de la cánula. Este hecho agravó la situación crítica de la paciente que falleció el 22-02, por síndrome de distrés respiratorio del adulto con hipoxemia refractaria".

Con respecto a la enfermera actuante afirma el informante que "pertenece a la plantilla del hospital desde el 15-5-88 y está adscrita a nuestro Servicio desde el 01-10-96, mostrando en todo momento absoluta dedicación y responsabilidad en los cuidados a los pacientes, desarrollando su labor a entera satisfacción de esta Jefatura", a lo que añade que "en ningún momento mostré indignación con mi equipo, ya que mantenemos un alto estándar de calidad y compañerismo, siendo además esta complicación un riesgo de la técnica. Según lo que comenta en su reclamación doña ....., mis palabras transmitidas a través de una tercera persona, evidentemente fueron mal interpretadas".

4. Previa solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, fechada el 17 de marzo de 2006, el Gerente del Hospital "Y", remite, con fecha 27 de marzo de 2006, una copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en dicho centro.

5. Con fecha 20 de abril de 2006, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, tras recoger los antecedentes del caso, describe la colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), destaca que se trata de una técnica cuya práctica "comporta riesgos y conlleva complicaciones; en bibliografía específica, se recoge que la mortalidad es inferior al 1%, la pancreatitis post-esfinterotomía es de 1,6%, las perforaciones bilioduodenales del 1,4%, 1,6% de sepsis de origen biliar y otras de 17,6%", y refleja que con la CPRE se canalizó "la vía biliar, encontrando en su interior dos cálculos y practicando esfinterotomía endoscópica (sección del esfínter de ODDI), sin complicaciones inmediatas y con extracción de los cálculos con balón de Fogarty".

Analiza, a continuación, las distintas actuaciones médicas de que fue objeto la perjudicada hasta su óbito, de las que extrae las siguientes conclusiones: "La paciente fue ingresada de manera correcta en el ( X ) para estudio de dolor abdominal./ Entre las pruebas solicitadas están las habituales ante este tipo de patologías como la ECO y TAC./ Tras la realización de las mismas y en base a los hallazgos se solicitó de manera correcta una CPRE./ La paciente firmó el documento de CI para la realización de la misma, en el que se detalla de manera clara no sólo en que consiste la técnica, sino sus alternativas y (la) casuística de las complicaciones del procedimiento. Entre las mismas figuran la pancreatitis secundaria a la esfinterotomía./ En el caso estudiado por tanto, se utilizaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y adecuados a la patología que en cada momento presentaba la enferma./ La técnica de cambio de cánula de traqueotomía fue realizada según protocolo confeccionado en el Servicio, fue firmado el consentimiento informado donde se recogían las posibles complicaciones con sus porcentajes de probabilidad./ La

técnica, se matiza, se siguió según protocolo de la UCI, operativo desde la creación de la Unidad en el año 1997, con buenos resultados, así como se constata la eficiencia de la enfermera que ejecutó el cambio, ajeno a este hacer fue la resistencia de los tejidos encontrada, subsanándose en pocos segundos por personal facultativo, aunque el resultado no haya sido bueno./ Hubo continuidad asistencial, aunque con resultado adverso”.

Estima, por todo ello, que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el esposo y los hijos de la fallecida debe ser desestimada.

**6.** Con fecha 25 de abril de 2006, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

**7.** El día 14 de junio de 2006, se notifica a los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándoles la relación de documentos obrantes en él.

**8.** Mediante comparecencia personal efectuada el día 19 de junio de 2006, una de las interesadas toma vista del expediente y solicita una copia de la documentación obrante en el mismo que, en ese momento, se compone de seiscientos doce (612) folios, según se acredita en diligencia extendida al efecto.

**9.** Con fecha 30 de junio de 2006, los interesados presentan en las oficinas de Correos de ..... un escrito de alegaciones en el que reproducen lo ya manifestado en su escrito inicial, si bien refieren nueva jurisprudencia en apoyo de sus pretensiones.

Consideran, además, que es “absolutamente incuestionable que, amén de otras desgraciadas omisiones e inadecuada asistencia de que fue víctima la (perjudicada), (...) su fallecimiento se produjo como consecuencia del error en que incurrió la ATS (...) al realizar la maniobra de cambio de cánula de traqueotomía, al haber introducido la misma por una falsa vía, lo que determinó

la privación de oxígeno al cerebro de la paciente, y dio lugar al síndrome de distrés respiratorio, que a la postre fue la causa desencadenante de su deceso; constituyendo dicha maniobra errónea una clara contravención de la más elemental *lex artis*”.

**10.** Con fecha 3 de julio de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

**11.** Con fecha 8 de enero de 2006 (*sic*), el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución proponiendo “estimar parcialmente la reclamación (...) en la cuantía indemnizatoria de cinco mil euros” (5.000 €).

Comienza por recordar que la CPRE es “una prueba indicada con un fin diagnóstico (confirmar la existencia de coleditiasis) y terapéutico (extraer los cálculos mediante esfinterotomía del esfínter de Oddi), por lo que la actuación del Servicio de Digestivo del Hospital *X* debe considerarse correcta”. Asimismo, entiende que tres cuestiones han de ser aclaradas en relación con la pancreatitis detectada el 12 de enero de 2005: “1. Ésta es un riesgo típico de la CPRE, cuestión que se explica, entre otros en el informe médico de la Inspección de Servicios Sanitarios: “(...) técnica útil y que es un procedimiento consolidado para el drenaje de la vía biliar y pancreática, pero que sin embargo su práctica comporta riesgos y conlleva complicaciones; en bibliografía específica, se recoge que la mortalidad es inferior al 1%, la pancreatitis post-esfinterotomía es de 1,6%, las perforaciones bilioduodenales del 1,4%, 1,6% de sepsis de origen biliar y otras de 17,6%”. 2. Que la paciente fue informada de la misma y consintió a través del respectivo documento de consentimiento informado (...). 3. Que la actuación de los profesionales fue correcta (...), y ello (porque):/ Se realizó sin incidencias (...). En cuanto surgieron los primeros síntomas de la pancreatitis aguda, se pautó tratamiento analgésico y pruebas complementarias para subsanar la agravación de la paciente (...). Se confirma diagnóstico y se inicia tratamiento con sueroterapia, analgesia, heparina de bajo peso molecular, profilaxis antibiótica y

posteriormente nutrición parenteral´´.

Sobre la situación de la paciente antes del cambio de cánula y los riesgos de la maniobra, afirma que “en la maniobra, aunque excepcionalmente, no resulta insólito que se abra una falsa vía, cuestión ésta que se menciona en el documento de consentimiento informado y que la paciente firmó, no obstante tal y como señala el informe médico forense emitido tras la autopsia realizada el 23 de febrero de 2005: “aunque se trataba de una paciente con un problema muy grave y de mortalidad muy elevada es evidente la relación de causa efecto de la falsa vía con la muerte, ya que es a partir de ese preciso momento cuando la enferma entra en barrena y ya no llega a recuperar´´.

En definitiva, considera que “los datos clínicos recogidos por los Servicios mencionados del Hospital `X´ evidencian un estado de la enferma muy grave y de comprometido pronóstico, lo que induce a concluir que si bien la recolocación de la cánula en falsa vía aceleró, lamentablemente, el fallecimiento de la paciente, este hecho era ya próximo y en absoluto ajeno tras haber sufrido una insuficiencia respiratoria grave (distrés respiratorio) en la situación clínica de la paciente (...). Ello implica que si bien hubo un error, éste no incidió en las expectativas de supervivencia respecto de la patología de base desarrollada por la paciente (pancreatitis aguda). Es decir en el caso de considerarse que la colocación de la falsa vía ha afectado a la evolución inmediata de la paciente el daño solamente puede venir referido por una pérdida de oportunidad”.

Entiende que la cuestión se centra en determinar en qué medida la paciente se ha visto privada, en su caso, de la oportunidad de prolongar su supervivencia tras la pancreatitis. Considera con base en diversa jurisprudencia, que “la aplicación de la doctrina de la pérdida de la oportunidad determina, necesariamente, una reducción del quantum indemnizatorio, ya que no podrá estimarse como daño lo que es la evolución lógica de la patología de base de un paciente, sino, tan sólo, el daño que representa que al paciente, como consecuencia del acto médico tardío o incorrecto, se le haya privado de las posibilidades estadísticas que tenía de curación o de que su enfermedad hubiera evolucionado de forma distinta. En tales casos, se debe indemnizar el

perjuicio proporcional a la pérdida de dicha oportunidad”.

La aplicación de dicha doctrina implica, a juicio del Servicio instructor, una reducción del quantum indemnizatorio. En concreto, señala la propuesta de resolución que, en “el presente caso, a la hora de fijar una cantidad indemnizatoria de la responsabilidad en la que incurriera la Administración sanitaria se han tenido en cuenta previamente, dos cuestiones:/ En primer lugar los daños producidos consecuencia del acto médico respecto del que se pide la reparación económica y cuáles son consecuencia de la patología base que previamente concurría en la paciente./ En este sentido al cambio de la cánula se produjo un enfisema subcutáneo con parada cardiorrespiratoria, pero el contexto clínico en el que se produjo vino dado por la evolución que desarrolló la paciente, distrés respiratorio, no imputable a negligencia médica sino complicaciones propias de la pancreatitis./ En segundo lugar, cuál es la expectativa de vida de la paciente, atendiendo a las circunstancias concurrentes en su patología de base./ Que tal y como se ha reseñado, (...) el índice de mortalidad es del 1%, pero la aparición del distrés respiratorio es una complicación que generalmente conduce a la muerte de la paciente”.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de enero de 2007, registrado de entrada el día 29 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 establecido 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 dispuesto 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 presente caso, se presenta la reclamación con fecha 2 de marzo de 2006, y si bien el fallecimiento de la perjudicada tuvo lugar el 22 de febrero de 2005, no fue hasta el día 4 de octubre del año 2005 cuando el Juzgado de Instrucción N° ..... de ..... dictó Auto de sobreseimiento libre con motivo de las diligencias penales ....., tramitadas en relación con los mismos sujetos y hechos, con lo que hemos de concluir que la reclamación fue presentada en plazo.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las



Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se les notifica la recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos del precepto citado, al haberse informado de los extremos requeridos mediante una mera referencia a la normativa de aplicación.

Asimismo, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Registrada la reclamación en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 6 de marzo de 2006 (sin que conste en legal forma su registro en la Consejería instructora), se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 29 de enero de 2007, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado. No obstante, esto no impide la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de

personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Fundan los reclamantes su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento del servicio público sanitario, que habría tenido lugar con motivo de la asistencia sanitaria dispensada a su esposa y madre, respectivamente, y que concluyó con su fallecimiento el día 22 de febrero de 2005. Entienden que los daños padecidos han de ser resarcidos por la Administración, a la que imputan una pluralidad de actuaciones negligentes que, por orden, comenzarían por el alta de la paciente, al no contar con los servicios necesarios para su atención, y seguirían con su traslado “como si de un mueble se tratara de un centro hospitalario a otro, y ello con demoras”; con no facilitarle la atención precisa a fin de diagnosticarle debidamente la dolencia padecida; con la afectación por infecciones de hongos adquiridas en el propio centro hospitalario; con la demora de su ingreso en la UCI durante más de tres semanas, “tras no habersele prestado ni toda la atención ni todos los medios posibles”, y, por último, “en el colmo de los despropósitos por la impericia y negligencia del personal de enfermería que la atendía, llegar a originársele debido a la incorrecta maniobra de cambio de cánula, una parada respiratorio-cardíaca”, que, “debido a la dilación en la prestación de la atención”, le causó “daños cerebrales irreversibles que desencadenaron su muerte”.

A la vista de lo manifestado por los reclamantes y los distintos informes obrantes en el expediente, no nos ofrecen duda alguna ni el fallecimiento de la perjudicada ni su causa última, la parada cardiorrespiratoria originada por hipoxemia refractaria. Ahora bien, concretado el daño, consistente en el fallecimiento de la perjudicada, el hecho de que éste se haya producido en el ámbito del servicio público sanitario no puede determinar, sin más, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que el daño ha de guardar, como ya se ha expuesto en el antecedente anterior, una relación de causalidad jurídicamente relevante con la asistencia sanitaria prestada.

Hemos de comenzar por indicar que, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

Pues bien, como hemos visto, varias son las irregularidades que, a juicio de los interesados, coadyuvaron al fallecimiento de la perjudicada. Esta pluralidad de causas imputadas al servicio público sanitario nos obliga, como primera cuestión, al examen de la capacidad de cada una de ellas para incidir en el resultado final y, en su caso, en la posible imputación de la responsabilidad por su producción a la Administración sanitaria.

Del total de causas esgrimidas por los recurrentes, procede analizar separadamente las referentes a las distintas demoras habidas en la atención sanitaria prestada a la perjudicada, de aquéllas otras derivadas de la propia

asistencia prestada, como son la pancreatitis, la posterior infección hospitalaria y el fallido cambio de cánula efectuado por el personal de enfermería.

El examen del primer grupo de irregularidades nos pone de manifiesto la ausencia de prueba alguna, no sólo acerca de la existencia de las demoras alegadas, sino, sobre todo, acerca de si las mismas pudieron desempeñar algún papel en el desafortunado final de la perjudicada, y ello pese a que a los interesados les incumbe su prueba y su relación causal con los daños que alegan. Los reclamantes se limitan a exponer en su escrito inicial los hechos acaecidos, extrayendo de ellos la consecuencia de la responsabilidad de la Administración, sin aportar prueba alguna y sin que ninguna de las incorporadas durante la tramitación del procedimiento, en particular los informes médicos obrantes en la historia clínica y los realizados con posterioridad, avalen su argumentación con respecto a la responsabilidad patrimonial de la Administración derivada de las distintas demoras imputadas.

Tampoco se pueden considerar probadas las imputaciones de mala praxis médica en lo que respecta a la pancreatitis producida tras la intervención a que fue sometida la perjudicada, pues, en este caso, el examen de la documentación médica que sirve de sustento a la argumentación de los reclamantes no permite, en absoluto, llegar a las conclusiones que ellos pretenden extraer. Todo lo contrario, de la documentación obrante en el expediente, y en particular de los informes emitidos por los distintos Servicios actuantes, corroborados por el informe técnico de evaluación, se desprende que no hubo negligencia alguna en la actuación del personal sanitario.

En efecto, el informe del Servicio de Digestivo pone de manifiesto no sólo la firma del previo documento de consentimiento informado en el que figuraba el riesgo luego materializado, sino que, con posterioridad a la práctica de la CPRE, -ejecutada en realidad el 11 de enero de 2005, y no, como afirman los reclamantes, el día 3-, se atendieron los síntomas presentados por la perjudicada de modo inmediato, es decir, al aparecer "dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho y mesogastrio y posterior diseminación por todo el abdomen siendo valorada por los médicos de guardia y pautando analgesia. El día 12-1-2005 se solicitó analítica y TAC urgente, ante

la sospecha de pancreatitis aguda post-esfinterotomía y la posibilidad de perforación en neumoretroperitoneo”. En idénticos términos se pronuncia el informe técnico de evaluación que, tras afirmar que se solicitó de forma correcta una CPRE, pone de relieve que “la paciente firmó el documento de (consentimiento informado) para la realización de la misma, en el que se detalla de manera clara no sólo en qué consiste la técnica, sino sus alternativas y (la) casuística de las complicaciones del procedimiento. Entre las mismas figuran la pancreatitis secundaria a la esfinterotomía”. Considera por ello que “en el caso estudiado (...), se utilizaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y adecuados a la patología que en cada momento presentaba la enferma”. Nos encontramos, pues, ante la actualización de un riesgo relacionado con la patología que la paciente padecía y de la que fue correctamente informada. A lo que hemos de añadir, también, la absoluta carencia de actividad probatoria por parte de los reclamantes.

Análoga consideración, acerca de la falta de acreditación de las irregularidades hasta ahora vistas, hemos de realizar respecto del cambio de cánula en la traqueotomía practicada y, en definitiva, del contagio de una infección hospitalaria.

El aducido error o mala praxis en el cambio de cánula y durante el tiempo (de ocho a diez minutos) de parada cardiorespiratoria producidos en modo alguno encuentra justificación en la documentación obrante en el expediente. No podemos considerar probadas las alegaciones de los reclamantes con respecto a la falta de facultativos en el momento de la producción del hecho, pues en contra de esa afirmación se pronuncian tanto la propia enfermera actuante, en el informe emitido con motivo de las diligencias penales abiertas, como la doctora responsable de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, en su informe, que es confirmado por el Jefe del Servicio correspondiente. Por otra parte, no consta informe técnico alguno que justifique calificar como una consecuencia de impericia o mala técnica la falsa vía abierta a la perjudicada en el cambio de cánula, realizado con arreglo a protocolo, a tenor de los informes disponibles, que se considera debida a la resistencia de los tejidos. En el informe técnico de evaluación se afirma la adecuación a

protocolo de la técnica de cambio de cánula, la pericia de la enfermera y la existencia de consentimiento informado donde se recogían las posibles complicaciones (complicaciones que no figuran expresamente detalladas en el documento remitido a este Consejo en relación con la traqueotomía, aunque la firmante declara en él que le han sido explicadas), de modo que la causa del hecho no fue sino “la resistencia de los tejidos encontrada, subsanándose en pocos segundos por personal facultativo, aunque el resultado no haya sido bueno”. Frente a este informe, ninguna consideración técnica contraria se contiene en la propuesta de resolución que, afirmando el hecho real producido y la indiscutida calificación de la causa inmediata y última del fallecimiento determinada en el informe de la autopsia, se limita a proponer una estimación parcial de la reclamación, con fundamento en una doctrina acerca de la pérdida de oportunidad (“en el caso de considerarse que la colocación de la falsa vía ha afectado a la evolución inmediata de la paciente el daño solamente puede venir referido por una pérdida de oportunidad. (...) en qué medida la paciente se ha visto privada, en su caso, de la oportunidad de prolongar su supervivencia”); doctrina cuya aplicación al caso no podemos compartir.

Si ello es así, carecemos de soporte pericial para considerar antijurídicas y atribuir a la Administración las lamentables consecuencias de un suceso, improbable pero posible, derivado de la técnica a emplear para intentar recuperar la salud de una paciente en un estado de extrema gravedad, a la que se le ha practicado una traqueotomía ante la necesidad de prolongar la intubación orotraqueal, tras un diagnóstico de pancreatitis aguda secundaria a una colangio pancreatografía retrógrada endoscópica, con insuficiencia respiratoria aguda y SRIS, con el que ya ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, y que en ésta experimentó una “evolución radiológico gasométrica a SDRA con severo fallo respiratorio que obliga a patrones ventilatorios agresivos, con elevada FiO2 y llegando incluso a técnicas de rescate como empleo de óxido nítrico y ventilación con flujo continuo de gas intratraqueal, tras una mejoría inicial queda estancada en una situación de lesión pulmonar con patrón intersticio alveolar en la radiografía, complicándose con sobreinfección por *Candida albicans*, SAMR y *Klebsiella*; dada la prolongación del tiempo de

intubación traqueal y ventilación mecánica se realiza traqueotomía en UCI el 15-2-05 sin incidencias”.

En último extremo, y como consecuencia de lo ya expuesto, no acreditándose la imputación a la Administración por contravención de la lex artis de las que constituyen causa última e inmediata y causa intermedia del fallecimiento (parada cardiorrespiratoria originada por hipoxemia refractaria y síndrome de distrés respiratorio), no cabría sustentar aquella imputación por el contagio de una infección hospitalaria durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, sin capacidad por sí sola para incidir en el resultado final, que se encontraría entre las causas lejanas concurrentes (junto con la pancreatitis). Esta causa ha sido citada en el escrito de reclamación y de ella se trata en el informe facultativo emitido por una doctora de la Unidad de Cuidados Intensivos que, sin contradicción por ningún otro informe posterior, describe el tratamiento y medidas terapéuticas adoptadas, informando que “cubierta en planta profilácticamente con Imipenen (que se mantiene durante más de tres semanas), antes de una semana de estancia en UCI aparece *Candida albicans* en distintas muestras (orina, aspirado gástrico, aspirado traqueal, vagina) y desarrolla candidiasis cutánea florida, por lo que se trata inicialmente con Fluconazol, seguido de Voriconazol y posteriormente con Anfotericina liposomal. Ante mantenimiento de LPA y SRIS, al empezar a encontrarse estafilococos en aspirados traqueales se inicia empíricamente, al 22 día de estancia en UCI, Teicoplanina (posterior confirmación de aislamiento de SAMR). Se asocia posteriormente ciprofloxacino al aparecer gérmenes en orina (pendiente resultado cultivo)”.

No considerando acreditada la concurrencia de un daño antijurídico, no procede que realicemos otras consideraciones acerca de la cuantía indemnizatoria reclamada.

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 formulada por don ..... y doña ..... y don .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,