

Expediente Núm. 243/2014
Dictamen Núm. 270/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
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 el día 27 de noviembre de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de septiembre de 2014 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños dimanantes del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de diciembre de 2013, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños dimanantes del fallecimiento de su familiar que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en el Hospital

Exponen que la hoy fallecida era paciente “desde 1977 (...) del Servicio de Otorrinolaringología (...) tras serle diagnosticado con 14 años de edad un linfopitelioma de cavum, operado y tratado con radioterapia” y por el que seguía controles periódicos, y refieren “un amplio historial complementario” en el que destaca un tumor parotídeo en 1990, tratado quirúrgicamente por el Servicio de Maxilofacial y por el que también era controlada de forma periódica, siendo atendida, asimismo, de diversos padecimientos por los Servicios de Hematología, de Neurología, de Oftalmología, de Traumatología, de Rehabilitación, de Reumatología, de Medicina Interna y de Cirugía, entre otros.

Señalan que como secuelas del tratamiento radioterápico y de la posterior extirpación del tumor parotídeo presentaba “parálisis facial, hipoacusia bilateral y sequedad de boca”, precisando que “en 2010 comenzó a manifestar nuevos síntomas con la pérdida de olfato y gusto y dificultad respiratoria nasal, así como (...) aumento de costras en mucosa oral. Todo ello achacado de forma sistemática a secuelas del tratamiento radioterápico antiguo”. Al efecto transcriben el informe del Servicio de Otorrinolaringología de 30 de diciembre de 2010, en el que se recoge la referencia de “disfagia, anosmia y ageusia, hipoacusia bilateral y acúfenos: nasofaringe con abundantes costras. Secuelas de tratamiento radioterápico”, y añaden que en el último control ambulatorio del Servicio de Maxilofacial, de 12 de abril de 2011, se indica que “actualmente presenta una intensa xerostomía, con estomatodinia y dificultad para la ingesta normal de alimentos, directamente relacionada con los tratamientos recibidos./ Precisa una dieta limitada por la falta de saliva y una abundante ingesta de líquidos”, subrayando que en el informe del Servicio de Otorrinolaringología de 23 de junio de 2011 también figuran las mismas referencias.

Manifiestan que el 23 de julio de 2011 es intervenida de apendicitis por el Servicio de Cirugía General, y que en el informe de alta las recomendaciones son “dieta y vida progresivamente normales”.

Afirman que “a partir de esta intervención se agravan las molestias y alteraciones que ya se venían acentuando desde 2010: siente muy mal sabor,

desprende mal olor, sangra por la nariz y no respira por una fosa; acude a consulta a (Otorrinolaringología) a principios de septiembre de 2011 y no indicaron prueba alguna, lo achacaron al tubo de la anestesia”, y aclaran que es el 20 de septiembre de 2011, al acudir al Servicio de Urgencias por dichas molestias, cuando se observan alteraciones, solicitándose un TAC y revelando la fibroendoscopia realizada dos días más tarde en el Servicio de Otorrinolaringología un “papiloma nasofaríngeo”, por lo que es intervenida en noviembre de 2011 encontrándose en la biopsia de la muestra un “ca. epidermoide muy bien diferenciado”. De ello deducen que “transcurrieron varios meses sin realizar las necesarias pruebas diagnósticas para descartar la existencia de nueva enfermedad, so pretexto de que lo que tenía eran secuelas del antiguo tratamiento de radioterapia, el tubo de la anestesia de la operación de apendicitis”, etc.

Indican que “tras el alta hospitalaria al día siguiente (...) presenta importantes sangrados que obligan a acudir a Urgencias./ El 22-12-2011 en otra revisión ambulatoria se le aprecia recidiva: reingresa el 16-1-2012 para ser nuevamente intervenida”, consignándose como resultado de la biopsia “ca epidermoide”. El informe de alta hospitalaria de 1 de diciembre de 2012 refiere que “inició degluciones orales con mínima salida de alimento a través de fosas nasales, razón por la cual es dada el alta el día de la fecha (...). Es decir, existe un registro claro de salida de alimentos por fosas nasales desde enero 2012 tras la nueva intervención. Es alta hospitalaria sin que conste indicación alimentaria específica ni especial alguna, ni en ese momento ni en ninguno de los posteriores a lo largo de 2012./ Tras esa reintervención se plantea la necesidad de completar el tratamiento con tomoterapia, recibiendo 35 sesiones en el Instituto Madrileño de Oncología, que finaliza en mayo de 2012”. Precisan que “durante el verano de 2012 aumentó de forma importante la regurgitación por nariz de gran parte de lo que tragaba, y se acentuó la clínica dolorosa, en particular en cuello./ Acude a Urgencias el 28-6-2012 (mareos, TAC, sugieren posibilidad de metástasis a estudio en Neurología, que le pide RMN, realizada el

10 agosto 2012, informada como 'sugestivo de extensión neoplásica a base de cráneo'./ Acude igualmente varias veces a (...) Otorrinolaringología por el mismo dolor y rigidez de cuello, le mantuvieron analgésicos sin hacer pruebas de ningún tipo para confirmar si había o no metástasis./ Acude a Urgencias el 17-9-12 (por herida sangrante) y el 2-11-2012 por el dolor cervical". El Servicio de Otorrinolaringología "la ingresa (...) el 19-11-2012 para tratamiento por la Unidad del Dolor de las algias y la rigidez cervical. En ese momento, el estado físico y anímico de la paciente era deplorable, con grave sufrimiento, largos accesos de tos al comer, deteriorándose de forma progresiva hasta que se la traslada a UVI el día 16 de diciembre de 2012".

Resaltan que "durante esta última hospitalización se mantuvo el mismo régimen de alimentación oral", y reseñan el informe final del Servicio UVI, en el que consta que se trata de una paciente ingresada el 19-11-2012 en el Servicio de Otorrinolaringología "por mal control del dolor a nivel cervical. La Unidad del Dolor añade opioides al tratamiento y aumenta la dosis de BZD. Episodios repetidos de broncoaspiración, inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico el 12-12-2012./ Hoy por la tarde (es decir, el 16 de diciembre que ingresa en la UVI) después de comer presenta un deterioro del nivel de consciencia y cianosis acra, por lo que se solicita valoración, primero a MI y seguidamente a nosotros (...). Fallece el 20 de diciembre de 2012 con la (...) impresión diagnóstica (de) insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía nosocomial, probablemente broncoaspirativa, en paciente con tumor de cavum de 35 años de evolución con múltiples recidivas hasta hace unos meses (...). Cuadro psicótico agudo de etiología no filiada (extensión tumoral? Lesiones encefálicas posradioterapia?)".

Puntualizan que la autopsia revela "inexistencia de tumor residual a ningún nivel./ Edema pulmonar: pulmones edematosos y congestivos (...). El árbol bronquial se encuentra repleto de material espumoso (...). Microscópicamente, el sistema bronquial muestra material aspirado en todas las luces, de aspecto alimenticio", arrojando el diagnóstico de "aspiración masiva

de material alimenticio, bronquitis aguda, focos de neumonía aspirativa, sobre todo a nivel basal. Edema pulmonar”.

Dejan constancia de que “la paciente expresaba una profunda sensación de abandono (que la familia compartía), no era visitada por el especialista (...), tenía pruebas pendientes de realizar, presentándose escrito requiriendo la agilización de TAC el 13-12-2012 firmado por la propia paciente”.

Subrayan que “cuando (...) ingresa el 19 de noviembre de 2012 para control de su dolor cervical no consta indicio alguno de patología broncopulmonar, y es en el curso de la estancia hospitalaria cuando como consecuencia de progresivas broncoaspiraciones alimentarias desarrolla una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía nosocomial que provoca su fallecimiento”. Aseguran que, “pese a la evidente progresión del problema espirativo, no se modifica el régimen alimenticio de la paciente, no se suspende la alimentación oral, ni se plantea una solución alternativa. Transcurrido casi un mes desde el ingreso, el 12 de diciembre se le administra tratamiento antibiótico para la neumonía; proceso del que no existía el menor registro previo. Se achaca su deterioro a una posible progresión tumoral inexistente, se informa un ‘cuadro psicótico no filiado’ y finalmente fallece asfixiada por aspiración masiva de material alimenticio, tal y como demuestra la autopsia”.

A su entender, “el fatal desenlace ha sido consecuencia de un déficit asistencial importantísimo, un desentendimiento o desacertado seguimiento y tratamiento hospitalario de la paciente, en particular del personal médico responsable de su atención, que por su especialidad era bien conocedor de las limitaciones para la deglución que tenía la paciente como consecuencia de la intervención de enero de 2012”.

Reprochan que “no se informó que el tratamiento quirúrgico y radiológico posterior de 2012 podría tener este desarrollo (broncoaspiraciones masivas), ni se prescribieron medidas oportunas para evitación de tal riesgo. En momento alguno se indicaron cambios en el régimen de alimentación con el fin de evitar el riesgo de broncoaspiraciones. Y cuando estas ya se han producido

durante la estancia hospitalaria tampoco se puso remedio alguno para evitar que se repitieran. No se contraindicó ni se suspendió la alimentación oral en ningún momento, ni se substituyó por un sistema de alimentación seguro”.

Señalan que se presentó una denuncia y que la instrucción de las diligencias previas concluyó con un Auto de 27 de septiembre de 2013 por el que se decreta el “sobreseimiento provisional de la causa, acordado en base al informe médico forense”, y puntualizan que esta resolución “no es firme por estar recurrida”.

Resaltan que en el informe forense se reconoce que su familiar “falleció como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda por aspiración masiva de material alimenticio”, añadiéndose que “no se cuenta con datos para determinar si dicha aspiración (...) fue debida al estado físico de la paciente (secuelas de los diversos tratamientos realizados) o por disminución del nivel de conciencia secundario al tratamiento farmacológico”. Consideran que “en cualquiera de ambas hipótesis existirá relación directa causa-efecto entre el tratamiento asistencial recibido y el fallecimiento, pues sea por el estado que pudiera presentar como consecuencia de las secuelas de los tratamientos, sea por razón del tratamiento farmacológico que provoca una disminución del nivel de conciencia, es claro que la paciente no podía ingerir alimentos en los términos que le fueron suministrados y que determinaron la broncoaspiración masiva y el fallecimiento”.

Estiman que en el presente caso concurren los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial como consecuencia de “una prestación asistencial defectuosa, con omisión del cuidado exigible, que conlleva la muerte de la esposa y madre de los reclamantes”, y que existe una “relación causal directa entre el tratamiento asistencial recibido (...) durante la estancia hospitalaria y su fallecimiento; fallecimiento que no guarda relación con patología tumoral alguna”, pues la autopsia la “releva inexistente en ese momento”.

Cifran su pretensión indemnizatoria en ciento treinta y cinco mil euros (135.000 €), que reclaman “en resarcimiento de los daños y perjuicios derivados del fallecimiento” de su familiar.

Por medio de otrosí, interesan el recibimiento a prueba de la reclamación, y adjuntan acta notarial para la declaración de herederos abintestato, de fecha 4 de febrero de 2013, en la que constan los reclamantes como viudo e hijos de la fallecida.

2. Mediante escrito notificado a los interesados el día 10 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 10 de enero de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Otorrinolaringología.

Mediante oficios de 14 y 29 de enero de 2014, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite la documentación requerida.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Queja presentada por la paciente el 13 de diciembre de 2012 por “retraso prueba médica TAC preferente”. En ella pone de manifiesto su “situación de desamparo”, ya que “desde el 19 de noviembre estoy ingresada (...) a efectos de que se me haga una prueba TAC con carácter preferente”. b) Escrito, fechado el 25 de enero de 2013, sin registrar, en el que se indica que la historia clínica entregada el día 21 del mismo mes, “comprensiva de informes y estudios de (...) Medicina Interna, Maxilofacial, Otorrino, Neurología y UVI” no está completa, especificando los informes que faltan. c) Informe de autopsia, de 18

de marzo de 2013, en el que consta que “se procede a la apertura de las tres cavidades, cerebral, abdominal y torácica, sin objetivarse ningún tipo de patología”. Como diagnósticos figuran, entre otros, “estado posintervención y tratamiento de tumoración de paladar sin tumor residual” y “aspiración masiva de material alimenticio, bronquitis aguda, focos de neumonía aspirativa, sobre todo a nivel basal. Edema pulmonar”. d) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 3 de Oviedo de 27 de septiembre de 2013, por el que “se acuerda el sobreseimiento provisional de la (...) causa”.

En el informe del Servicio de Otorrinolaringología, suscrito el día 27 de enero de 2014 por el Jefe del Servicio, se indica, en cuanto a la lesión extirpada en 2011, que “el tumor fue extirpado por completo, siendo el diagnóstico definitivo de carcinoma epidermoide con áreas de hiperqueratosis a las que se debía su aspecto verruciforme o papilomatoso. Se trataba, pues, de un segundo tumor primario, pues era diferente histológicamente del que había padecido anteriormente en la misma zona”.

Respecto al diagnóstico tardío del tumor, informa que “había sido sometida a exploraciones periódicas del cavum sin que se detectara nada y, por otra parte, cuando se extirpó el tumor se encontraba en una fase inicial (estadio II), corroborada por la TAC, lo que hizo posible (que) pudiera ser intervenida mediante endoscopia. El carcinoma mostró un carácter agresivo localmente, pues ocurrió una recidiva poco tiempo después, que también pudo ser intervenida mediante endoscopia por el estrecho seguimiento que se realizaba a la paciente. En esta nueva intervención hubo que extirpar parte del velo del paladar, lo que inevitablemente deja como secuela una incontinencia que se traduce por salida de líquido por la nariz. Dado el carácter agresivo del carcinoma, y como medida de prevención para tratar de evitar una nueva cirugía, de acuerdo con el Servicio de Oncología Radioterápica, se aconsejó a la paciente someterse a una reirradiación, para lo cual se la remitió a un centro que dispusiese de la última tecnología con tomoterapia para intentar minimizar los efectos secundarios, los cuales son inevitables al actuar en un territorio muy

complejo anatómicamente y previamente radiado e intervenido. Esto explica el aumento de los síntomas de regurgitación, rigidez cervical y dolor”.

Ante el reproche de falta de exploraciones especiales en esta fase, informa que “se hizo una RMN cuyo resultado fue sospechoso de recidiva en la base del cráneo, motivo por el cual se le realizó una PET-TAC cuyo resultado fue negativo. Es de reseñar que los tratamientos oncológicos son causa inevitable de secuelas, sobre todo si se repiten, tales como los que presentaba la paciente, y que ante ellos no cabe otra cosa que medidas paliativas. La alternativa hubiese sido dejar que la enfermedad evolucionase espontáneamente, lo cual hubiese conducido a complicaciones loco-regionales y el fallecimiento de la paciente”.

Señala que, “ante el aumento progresivo del dolor que presentaba la paciente por las secuelas del último tratamiento, se decidió su ingreso para el control del mismo en el ámbito hospitalario con la ayuda de la Unidad del Dolor”.

Frente a la acusación de abandono, aclara que “cuando están ingresados los pacientes corren a cargo del médico de planta que los visita diariamente al menos en una ocasión”, y niegan “que no se le pidieran pruebas de imagen”, pues estas se solicitaron y “no mostraron que hubiera tumor”, lo que resultó corroborado con la necropsia, que “confirmó que no tenía tumor a ningún nivel”.

Sobre el régimen de alimentación, manifiesta que “desde el día 19-11-2012 la paciente se alimentaba por vía oral, pues las regurgitaciones nasales no son sinónimo de aspiración, y en ningún lugar del curso clínico consta que tuviera aspiración de alimentos, lo que es de fácil detección cuando ocurre. Durante los días que estuvo ingresada antes del episodio de broncoaspiración, es decir entre el 19-11-2012 al 15-12-2012, se le hizo algún control radiológico de tórax que fue normal. La paciente mostró el 4-12-2012 episodios de tos seca, no relacionada con la ingesta, atribuidos a un catarro, lo que motivó que el 11-12-12 se le pusiera un tratamiento con antibióticos, pese

a que la Rx de tórax era normal. Cabe decir que la alimentación por sonda nasogástrica o con gastrostomía (PEG) solo se hace si existe imposibilidad de alimentación oral o constancia de aspiración, ya que tampoco están exentas de complicaciones, y, como se ha expuesto, no existía ninguna señal de la misma. Por otra parte, en los pacientes que tengan aspiración la sonda o la PEG tampoco evita de forma absoluta que se pueda producir una infección broncopulmonar, ya que las propias secreciones del paciente pueden desarrollarla al ser deglutidas”.

Añade que “el motivo del ingreso de la paciente fue tratar de controlar el dolor incoercible que presentaba. Es posible que la sedación parcial que dicho tratamiento condiciona pudiera influir en que tuviera una broncoaspiración y esta le causara una neumonía nosocomial, o bien que esta no tuviera como origen la aspiración, como se refiere en el informe de la UCI”.

Concluye que “es cierto que la paciente falleció como consecuencia de una infección respiratoria que pareció favorecida por los diferentes tratamientos administrados para controlar los sucesivos tumores que padeció; pero también lo es que de no administrarse dichos tratamientos el desenlace hubiese sido el mismo. Según se deduce de su historia clínica, en ningún momento se abandonó a la paciente o se demoraron más de lo razonable las pruebas diagnósticas necesarias o su tratamiento”.

4. Con fecha 4 de junio de 2014 se persona en las dependencias administrativas una de las reclamantes y confiere su representación a una abogada.

5. El día 18 de junio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él subraya, en relación con la posible colocación de una PEG, que, aparte de los argumentos esgrimidos por el Jefe del Servicio, de la historia clínica se deduce que “los familiares no son partidarios de este método de alimentación”.

Concluye que la asistencia prestada a la hoy fallecida “fue conforme a la *lex artis*. El seguimiento de la paciente fue correcto y adecuado. Debido al adecuado seguimiento fue posible intervenirla en dos ocasiones con la técnica menos agresiva (endoscopia). Para evitar minimizar en lo posible los daños derivados del tratamiento (...) fue remitida a un centro privado para un tratamiento radioterápico de avanzado nivel tecnológico (tomoterapia). Lamentablemente, las importantes lesiones anatómicas como consecuencia de los tratamientos recibidos pudieran ser las causantes de la producción de la neumonía, pero en ningún caso lo es la asistencia prestada por el servicio público sanitario”.

6. Con fecha 25 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido, a instancia de la entidad aseguradora, por un especialista en Anatomía Patológica el día 2 de julio de 2014. En él sostiene que “la dificultad respiratoria nasal referida en junio de 2011 no puede ponerse en relación con el tumor posteriormente diagnosticado, toda vez que aquella afectaba al lado izquierdo mientras que este causó posteriormente una obstrucción nasal derecha”. Razona que, “a pesar de que en el informe final de la UCI se hace referencia a episodios repetidos de broncoaspiración, no hemos encontrado tales episodios reflejados en los comentarios de evolución. Además, el estudio microscópico de los pulmones viene a corroborar la ausencia de episodios previos de broncoaspiración, puesto que no se observan focos de neumonía salvo los relacionados con la aspiración masiva final causante del fallecimiento. El mismo motivo permite descartar el diagnóstico inicial de neumonía nosocomial”. Añade que “lo que sí se refleja en el evolutivo son referencias a episodios de salida de alimentos por la nariz

debidos a la destrucción parcial del paladar secundaria al tratamiento. Esta 'regurgitación nasal' no supone riesgo aumentado de broncoaspiración y no requiere de un cambio en la vía de administración de alimentos. La paciente estaba siendo tratada con mórficos para control del dolor y benzodiazepinas, lo que pudo influir en la broncoaspiración final al disminuir el reflejo tusígeno”.

Concluye que la paciente “fue diagnosticada en septiembre de 2011 de un carcinoma de septo nasal y paladar, no relacionado con el linfopitelioma que había sido diagnosticado y tratado treinta y cinco años antes (...). Este nuevo tumor fue diagnosticado en el momento en que se manifestó clínicamente. Los síntomas anteriores (anosmia, ageusia, sequedad bucal, dolor oral, etc.) son atribuibles a los cambios inducidos en la región por la radioterapia recibida para el tratamiento del primer tumor y, por tanto, no permitían sospechar la aparición del segundo (...). El nuevo tumor fue adecuadamente tratado mediante cirugía endoscópica a la que se añadió radioterapia adyuvante por recidiva, consiguiéndose su erradicación (...). La paciente murió a causa de un episodio de broncoaspiración masiva. No existen signos en la autopsia que indiquen la existencia de episodios de broncoaspiración previos al que determinó el fallecimiento”.

8. Con fecha 8 de julio de 2014 emite informe un gabinete jurídico, también a instancias de la compañía aseguradora, en el que se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial (...), al no haber actuación contraria a la *lex artis*, ni relación de causalidad”, por lo que “no procede otorgar indemnización”.

9. Mediante oficio notificado a los interesados el 30 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 28 de julio de 2014, se persona en las dependencias administrativas la representante de los reclamantes y obtiene una copia del

expediente, compuesto en ese momento por setecientos setenta y tres (773) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 7 de agosto de 2014, los interesados presentan un escrito de alegaciones en el que manifiestan que “los informes emitidos durante la tramitación del expediente (...) no desvirtúan el fundamento de la reclamación (...). Se trata de informes de parte claramente exculpatorios”. Afirma que la referencia a la anotación en la historia clínica de la paciente de que “los familiares no son partidarios” de la colocación de una PEG “no es exacta y correcta”. Por otro lado, considera “irrelevante que hayan sido una o varias las broncoaspiraciones alimentarias en el curso hospitalario, lo que es relevante es su directa relación con el fallecimiento y el consecuente nexo causal entre este y la defectuosa asistencia sanitaria recibida durante la estancia hospitalaria, con (la) manifiesta falta de previsión de riesgos absolutamente previsibles, en cuanto que se mantuvo en todo momento la alimentación oral pese a las secuelas anatómicas padecidas y el tratamiento farmacológico administrado, resultando ser la aspiración/es alimentarias determinantes de la neumonía hospitalaria causante del fallecimiento”.

10. El día 18 de agosto de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. Razona que “en el presente caso no queda acreditado ningún retraso diagnóstico. Los síntomas que presentaba la paciente eran debidos al tratamiento radioterápico recibido años atrás. Precisamente el diagnóstico precoz hizo que la paciente pudiera ser intervenida mediante una técnica menos agresiva (endoscopia) cuando el tumor estaba en un estadio precoz (estadio II). Tras la intervención (...) siempre recibió alimentación por vía oral sin ningún tipo de problema hasta el episodio de broncoaspiración, único que tuvo tal y como demuestra la autopsia realizada”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de septiembre de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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 dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 13 de diciembre de 2013, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -el fallecimiento de la enferma- el día 20 de diciembre de 2012, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se 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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación del daño moral por el fallecimiento de una paciente atendida en un hospital público que los reclamantes -viudo e hijos de la misma- atribuyen a la omisión de pruebas diagnósticas y de medidas de prevención del riesgo de broncoaspiración.

Consta en el expediente que la pariente de los interesados falleció en el Hospital el día 20 de diciembre de 2012, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en aquellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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 garantía de obtención de resultados concretos.

Por 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En cuanto a los hechos, consta en el expediente, y así lo reconocen los reclamantes, que la paciente seguía revisiones periódicas en el Servicio de

Otorrinolaringología tras un linfopitelioma de cavum tratado con radio y quimioterapia en 1977 -cuando contaba 14 años de edad- y en el Servicio de Maxilofacial por un tumor de parótida del que había sido intervenida en 1990. Asimismo, figura en aquel que el 8 de noviembre de 2011 fue intervenida de un papiloma nasofaríngeo que, por biopsia, se etiquetó como carcinoma epidermoide muy bien diferenciado, y que sufrió una recidiva, por lo que el día 16 de enero de 2012 se le practicó una nueva intervención extirpándole parte del velo del paladar. Tras esta intervención sufre salida de alimentos por la nariz y recibe un nuevo tratamiento radioterápico hasta mayo de 2012. Posteriormente, el 19 de noviembre de 2012 ingresa en el Hospital por mal control del dolor, y el día 16 de diciembre sufre una pérdida de conciencia y es trasladada a la UVI, donde fallece 4 días después. Practicada la autopsia, se advierte "aspiración masiva de material alimenticio, bronquitis aguda, focos de neumonía aspirativa, sobre todo a nivel basal. Edema pulmonar", estableciéndose el diagnóstico, entre otros, de "estado posintervención y tratamiento de tumoración de paladar sin tumor residual".

Los reclamantes reprochan omisión de pruebas diagnósticas en varios momentos del proceso y un déficit asistencial importantísimo por ausencia de información, falta de adopción de medidas preventivas del riesgo de broncoaspiración y no suspensión de la alimentación oral o su sustitución por un sistema seguro durante el ingreso hospitalario, llegando a afirmar que la paciente expresaba una profunda sensación de abandono que ellos compartían.

Sin embargo, no aportan prueba alguna que nos permita apreciar la existencia objetiva de tales carencias. Es comprensible que en un proceso de tanta gravedad como la que revela la historia clínica de la paciente esta y su familia sintieran un gran desamparo, pero ello no es suficiente para reputar omisión de cuidados contraria a la *lex artis*. La presentación por la paciente de una queja mientras estaba ingresada por la pendencia de una prueba diagnóstica tampoco acredita por sí sola déficit asistencial, al ser expresión del

anhelo de los enfermos de ser atendidos de forma inmediata, lo que resulta materialmente imposible en todos los casos.

Por ello, y ante la inactividad probatoria de los interesados, este Consejo Consultivo debe resolver las cuestiones planteadas a la vista de la historia clínica y de los informes emitidos durante el procedimiento a instancias de la Administración.

Sobre la omisión de pruebas diagnósticas, hemos de empezar analizando la asistencia prestada a partir de diciembre de 2010, momento en que la paciente refiere disfagia, anosmia, ageusia, hipoacusia bilateral y acúfenos. Según el informe de Otorrinolaringología de 30 de diciembre de 2010, se le realizó una exploración y se consideró que se trataba de secuelas del tratamiento radioterápico de su carcinoma de nasofaringe. De hecho, consta en las anotaciones de las hojas de curso clínico del referido Servicio que el 7 de diciembre de 2005 presenta anosmia y ageusia, y no hubo lesión. Además, los propios reclamantes reconocen que era atendida por otros Servicios, figurando incorporado al expediente el informe de un TC cervical realizado el 2 de diciembre de 2010, a petición del Servicio de Cirugía Maxilofacial, en el que "no se visualizan hallazgos a nivel del cavum que sugieran recidiva tumoral". En las mismas fechas, concretamente el 29 de noviembre de 2010, acude al Servicio de Reumatología por dolor cervical mecánico desde hacía 2-3 meses que no cede a terapia rehabilitadora, así como por poliartalgias difusas. El 9 de diciembre de 2010 se le realiza una gammagrafía ósea por "cáncer de laringe. Dolores óseos generalizados" -según justificación que consta en el informe de Medicina Nuclear de 10 de diciembre de 2010- en la que "no se visualizan acúmulos patológicos del radiotrazador que sugieran la existencia en el momento actual de lesiones blásticas". En junio de 2011 acude al Servicio de Otorrinolaringología, indicándose en las hojas de curso clínico que "ahora refiere respirar peor" y pérdida de audición, consignándose en el informe de fecha 23 de ese mismo mes que se le realiza una exploración física que muestra estenosis de coana izquierda y nasofaringe con costras. Tres meses

después, el 20 de septiembre de 2011, acude al Servicio de Urgencias por "sequedad de boca y se le tapa la fosa nasal derecha". El Servicio de Otorrinolaringología le practica una fibroscopia en la que se aprecia "fosa nasal izquierda permeable con signos inflamatorios (...), numerosas costras en cavum./ Fosa nasal derecha: intensa hipertrofia de cornetes. Fosa no permeable al fibroscopio", citándola para reevaluación el 29 de septiembre; fecha en la que se observa "una lesión excreciente en coana dcha." que se extirpa parcialmente y que resulta compatible con papiloma, según informe oral, por lo que se pide TAC para valorar cirugía. El 4 de octubre de 2011 se le realiza un TC cervical que muestra "engrosamiento de la mucosa en techo de región adenoidea dcha.", por lo que tras el estudio preoperatorio pertinente se practica intervención mediante cirugía endoscópica el 8 de noviembre de 2011.

Según el especialista en Anatomía Patológica, la dificultad respiratoria nasal referida en junio de 2011 no puede ponerse en relación con el tumor posteriormente diagnosticado, pues aquella afectaba al lado izquierdo y este causó posteriormente una obstrucción nasal derecha.

Por su parte, el Servicio de Otorrinolaringología subraya que cuando se extirpó el tumor se encontraba en una fase inicial (estadio II) corroborada por el TAC, lo que hizo posible que la paciente pudiera ser intervenida mediante endoscopia, y añade que el carcinoma mostró un carácter agresivo localmente, pues ocurrió una recidiva poco tiempo después que también pudo ser intervenida mediante endoscopia por el estrecho seguimiento que se le realizaba. Manifiesta que en esta nueva intervención hubo de extirparse parte del velo del paladar, que conlleva una secuela de incontinencia que se traduce por salida de líquido por la nariz, y que, dado el carácter agresivo del carcinoma y para tratar de evitar una nueva cirugía, de acuerdo con el Servicio de Oncología Radioterápica, se aconsejó a la paciente someterse a una reirradiación, para lo que fue remitida a un centro que disponía de la última tecnología con el fin de intentar minimizar los efectos secundarios, concluyendo el tratamiento el 3 de mayo de 2012.

También en relación con la omisión de pruebas diagnósticas para descartar metástasis que reprochan los reclamantes, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología consigna la realización de una RMN cuyo resultado fue sospechoso de recidiva en la base de cráneo y de una PET-TAC con resultado negativo. De hecho, obran en la historia clínica el informe de un TC de cerebro del día 28 de junio de 2012, en el que se indica que "llama la atención el aspecto apolillado del clivus y de la bóveda craneal", por lo que se recomienda la realización de estudios complementarios para descartar la presencia de metástasis; el del PET-TAC practicado el 10 de julio de 2012, según el cual "en este momento no se aprecian lesiones neoplásicas con media/alta actividad metabólica", y el correspondiente a una RM de cerebro llevada a cabo el 10 de agosto de 2012, "sugestiva de extensión neoplásica a la base del cráneo", que había sido solicitada por el Servicio de Neurología, según anotación que figura en las hojas de curso clínico de 4 de julio de 2012, en las que se consigna "no claros signos de HTIC pero solicito RM para aclarar TC".

Cuando la paciente acude al Servicio de Otorrinolaringología en septiembre y octubre de 2012 la exploración física no mostraba signos de enfermedad local, ni en clivus, y de hecho en la autopsia no se apreció tumor residual. El 2 de noviembre acude a Urgencias por dolores generalizados, y es vista el 5 del mismo mes por el Servicio de Otorrinolaringología al referir intensos dolores que no se controlaban con la medicación habitual, pautándosele un nuevo tratamiento.

En relación con los cuidados dispensados y que los reclamantes tachan de defectuosos, consta en las hojas de curso clínico del Servicio de Otorrinolaringología de 19 de noviembre de 2012 que ingresa por mal control del dolor, para tratamiento y consulta preferente con la Unidad del Dolor, y que fue vista por la referida Unidad al día siguiente del ingreso, apreciando el especialista "dolor" y "dificultad para la deglución", por lo que le pauta tratamiento farmacológico que es revisado en los días siguientes. Igualmente, figura en el expediente que es vista por el Servicio de Otorrinolaringología todos

los días entre el 19 de noviembre y el 16 de diciembre, salvo el 25 de noviembre y el 2, 6, 7 y 9 de diciembre de 2012, precisando el Jefe del Servicio que “cuando están ingresados los pacientes corren a cargo del médico de planta”, observándose también, al menos, tres anotaciones diarias en las hojas de observaciones de enfermería. En este sentido, consta anotado en las hojas de curso clínico, el 29 de noviembre de 2012, que “continúa con dolor. Presenta regurgitación de líquidos por la nariz durante la deglución”; el 30 que “esta noche ha tenido menos dolor. Tiene catarro, con tos repetitiva. No fiebre. Solicito consulta a Psiquiatría./ TAC cavum y base cráneo. Rx tórax”; a las 21:00 horas de ese mismo día se refleja el resultado de la placa, indicándose en las hojas de órdenes terapéuticas que se pauta Flutox; el 4 de diciembre de 2012, que “refiere estar acatarrada, con mucha tos seca, come bien. Mejora dolor cervical”. Asimismo, es vista por Psiquiatría los días 5, 10 y 14 de diciembre de 2012, reconociendo la paciente “ansiedad reactiva a su proceso con limitaciones de su vida diaria (...). Irritabilidad. Ánimo disfórico”, por lo que se ajusta tratamiento. El 7 de diciembre de 2012 la Unidad del Dolor anota “pendiente de TAC para diagnóstico./ Dolor más o menos controlado” y “hablo con su hija, están desconcertados porque, en definitiva, el diagnóstico es contradictorio: ¿osteonecrosis?/ ¿Nuevo tumor maligno?”. El 11 de diciembre de 2012 se consigna, en las hojas de órdenes terapéuticas que se pauta antibiótico (Augmentine) y en las hojas de observaciones de enfermería, el 20 de noviembre de 2012, que acude a consulta de incontinencia urinaria; el 22 de noviembre que asiste a Urodinámica todos los días; el 13 de diciembre que “estuvo en la consulta de Neurología”; el 16 de diciembre, a las 14:00 horas, que “ha tenido varios episodios en la mañana de estar enfadada, alterada por la medicación y con la familia. Ha precisado analgesia (por) dolor”, y a las 16:00 horas que “avisa la familia porque encuentra a la paciente muy dormida y con los labios morados. En la valoración (...) presenta muy bajo nivel de conciencia, aunque responde a estímulos orales abriendo los ojos y con cianosis generalizada (...). No capto la saturación de O₂ (...). Aviso al (médico de

guardia)”. Se realizan analíticas y pruebas, se administra medicación y la paciente pasa a cuidados intermedios, donde se le pauta oxigenoterapia, dieta absoluta y cambio de antibiótico. El día 17 de diciembre de 2012 el médico anota “comportamiento totalmente psiquiátrico. Está todo el día dando voces. Imposible hablar con ella, no quiere que la toquemos y no permite explorarla. Alucinaciones acústicas. Agitación importante, inicio (tratamiento) con Haloperidol y solicito consulta urgente a Psiquiatría de enlace./ Estaba pendiente de TC (de) cuello que anulo, ya que es imposible hacerlo dada la situación mental de la paciente. Agitación psicomotora que impide mínima colaboración para el TC”.

Los reclamantes no especifican las pruebas o cuidados que consideran omitidos, y, según el informe técnico de evaluación, la asistencia prestada a la hoy fallecida fue conforme a la *lex artis* y el seguimiento que se le dispensó correcto y adecuado.

Por lo que se refiere al riesgo de broncoaspiración, el especialista en Anatomía Patológica descarta su vinculación con la regurgitación de alimento por la nariz que la paciente presentaba desde enero del mismo año tras la intervención por la que se le extirpó parte del velo del paladar, y sostiene que esta regurgitación nasal no requiere de un cambio en la vía de administración de alimentos. De hecho, los interesados no refieren ningún episodio de broncoaspiración en su domicilio.

En cualquier caso, el régimen de dieta absoluta instaurado tras la broncoaspiración se mantuvo, como consta en la hoja de observaciones y curso médico en la anotación correspondiente al 18 de diciembre de 2012, según la cual la paciente está “en dieta absoluta ya que broncoaspira y no se le puede dar de comer” y “ahora su problema fundamental es el delirio (...). Pendiente de hablar con (Otorrinolaringología) para decidir activar terapéutica. Ayer hablado con la familia, están de acuerdo en no intubar ni (tratamiento) activo agresivo. La paciente ya no quería radiarse y dicen que si se le pone una PEG se la arrancará, por lo que según evolución se plantearía quizás una sedación

terminal si no se controla con neurolépticos”. Constan, asimismo, anotaciones relativas a los fármacos administrados “para confort” de la paciente los días 19 y 20 de diciembre.

Los interesados se oponen, en el trámite de audiencia, a los informes emitidos insistiendo en el argumento relativo a la falta de previsión del riesgo de broncoaspiración y a la falta de tratamiento una vez que se presentó, y tachan de imprecisa la referencia a la anotación en el historial de que los familiares no son partidarios de la colocación de una PEG.

Sobre el primer punto, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología señala que la alimentación por sonda nasogástrica o con gastrostomía (PEG) solo se hace si existe imposibilidad de alimentación oral o constancia de aspiración, ya que tampoco están exentas de complicaciones, y que en este caso no existía ninguna señal de la misma. Añade que en los pacientes que tengan aspiración la sonda o la PEG tampoco evitan de forma absoluta una infección broncopulmonar, ya que las propias secreciones del paciente pueden desarrollarla al ser deglutidas.

En cuanto a la anotación en el historial, los reclamantes han tenido conocimiento de la misma antes de la formulación de su escrito inicial, toda vez que el 21 de enero de 2013 recibieron una copia de la historia clínica en la que figuraba el informe de la UVI en el que se transcribe, sin que en ese momento ni en el procedimiento penal ya finalizado hayan hecho manifestación alguna en contra, por lo que no puede estimarse la que ahora formulan.

Por último, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología sostiene que los tratamientos oncológicos son causa inevitable de secuelas como las que presentaba la paciente -regurgitación, rigidez cervical y dolor-, sobre todo si se repiten, como en su caso, y que ante los mismos no caben más que medidas paliativas. Tanto este informe como el emitido por el especialista en Anatomía Patológica apuntan a la posible influencia en la broncoaspiración del tratamiento farmacológico -mórficos y benzodiazepinas- para el dolor que la paciente presentaba, por la sedación parcial que supone y la disminución del

reflejo tusígeno, pero los interesados no formulan tacha alguna al uso de dichos fármacos.

En definitiva, no cabe apreciar omisión de pruebas diagnósticas o de cuidados en la atención dispensada a la esposa y madre de los reclamantes, que fue asistida por varios servicios especializados que actuaron de forma coordinada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.