

Expediente Núm. 198/2016
Dictamen Núm. 218/2016

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 29 de septiembre de 2016, 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 19 de julio de 2016 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a la falta de diagnóstico de una endocarditis infecciosa.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de junio de 2015, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la actuación del servicio público sanitario, a la que atribuyen el fallecimiento de su madre.

Manifiestan que su progenitora “ha fallecido como consecuencia de una mala praxis profesional en la atención recibida” en el Hospital Señalan que “entre el día 5 de mayo y el día 2 de julio de 2014”, su “madre recibió distintos

tratamientos” en el hospital “hasta que falleció” por “endocarditis bacteriana, si bien previamente padecía valvulopatía aórtica por válvula aórtica bicúspide con estenosis. Padecía también insuficiencia renal crónica, así como artritis reumatoide tratada con corticoides y leuflonmida”. Indican que “en primer lugar no se le diagnosticó adecuadamente una fractura vertebral L1 a pesar de que era visible en el estudio radiológico”, y “en lo que atañe a la causa de la muerte” señalan “que desde el 2 de julio de 2014 presentaba síntomas y signos compatibles con infección grave, que se diagnostica como infección urinaria pese a la falta de síntomas. No se le practicó en el (Hospital) ecocardiograma para valorar la endocarditis a pesar de contar con antecedentes que apuntaban claramente a esa enfermedad y estar a tratamiento con inmunodepresores que le predisponían a esa enfermedad”. Concluyen que “por la falta de diagnóstico, se impidió el tratamiento; lo que determinó el fallecimiento por esa enfermedad”.

Solicitan “el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial derivado de la falta del adecuado tratamiento que determinó el fallecimiento de” su “madre”, y que se las indemnice con “300.000 euros a favor” de ambas, en su “condición de hijas”.

Adjuntan la siguiente documentación: a) Copias del documento nacional de identidad de las reclamantes. b) Copia del Libro de Familia de la fallecida. c) Certificación literal de defunción de la madre de las reclamantes, producida el día 10 de julio de 2014. d) Escrito titulado “madre de 69 años fallecida el 10-07-2014 por caída ocurrida dos meses antes”, sin fecha ni firma, en la que se resume el proceso de la enfermedad padecida por la paciente. En él se consigna que “el 5-05-2014 acude al (Hospital) por caída, donde la observan y le pautan un corsé más antiinflamatorios./ Sigue con molestias y acude a consulta privada”, “donde tras las pruebas efectuadas aconsejan cirugía urgente por presencia de un fragmento de 15 mm que puede traer complicaciones importantes. e) Dictamen pericial emitido por un facultativo especialista en Valoración del Daño Corporal, con fecha 18 de mayo de 2015, en el que realiza diversas consideraciones sobre el “manejo de la fractura vertebral L1” y “la endocarditis bacteriana que llevó al exitus” a la paciente. En

cuanto a esta última patología, expone que “se trataba de una paciente con antecedente de válvula aórtica bicúspide (la cardiopatía congénita más frecuente en la población general) con al menos moderada estenosis, lo cual es un factor de riesgo clasificado como ‘moderado’ para endocarditis bacteriana, a pesar de que en la actualidad las guías americanas (AHA) de endocarditis no recomiendan la profilaxis rutinaria en estos pacientes salvo que exista historia previa de endocarditis. Esta patología afecta a la capa más interna del corazón (endocardio) y sobre todo a las valvas de las válvulas cardiacas (...). En el caso en cuestión la paciente estaba además sometida a tratamiento inmunodepresor que la predisponía a infecciones”. Prosigue indicando que “el diagnóstico de certeza (de) la endocarditis infecciosa solamente puede hacerse mediante la demostración del germen o de la histología específica de las vegetaciones o en material embólico, generalmente obtenidos en acto quirúrgico o en la necropsia si no se llegó a tiempo y el paciente fallece. El diagnóstico precoz es fundamental en esta patología y la mayoría de las veces este se realiza en base a la clínica del paciente. Es cierto que el diagnóstico es en ocasiones dificultoso porque las manifestaciones pueden ser poco específicas, pero por ello es fundamental un alto grado de sospecha clínica que permita llegar al mismo. Este diagnóstico es más claro en pacientes con bacteriemia demostrada, valvulitis activa, fenómenos embólicos, etc. Respecto a los criterios para establecer el diagnóstico, no pudieron siquiera llegar a establecerse en el caso a estudio porque al no sospechar la patología no consta que se realizaran hemocultivos con antibiograma (muy posiblemente negativos al estar a tratamiento antibiótico) ni ecocardiografía”. En base a tales consideraciones, alcanza las siguientes conclusiones: “que (la paciente) de 69 años de edad, falleció el 10-07-14 por endocarditis bacteriana con embolismos sépticos (...). Que el 05-05-14 había sufrido fractura-estallido de vértebra L1, que no se diagnosticó correctamente ya que no se vio en el estudio radiográfico del día del accidente a pesar (de) que era visible. Ello hizo que no se realizara estudio mediante TC para llegar al diagnóstico correcto, que no era otro que fractura-estallido inestable de vértebra L1 con afectación de muro posterior e importante invasión de canal (‘al menos 50%’) según se

vio en el TC realizado de forma privada un mes y doce días más tarde ante la importante clínica dolorosa que presentaba desde el inicio. Este retardo diagnóstico (a pesar de seis consultas/atenciones médicas y notable dolor) posiblemente condicionó que el tratamiento ulterior fuera ya conservador (no quirúrgico) aunque la fractura era inestable, y a pesar de que se podían sospechar síntomas neurológicos (mucho dolor, pérdida fuerza, imposibilidad de apoyarse en miembro inferior izquierdo y caminar...) y tenía gran acuñaamiento y gran invasión de canal medular. Es posible también que de haberse diagnosticado correctamente la fractura desde el inicio se hubiera decidido tratamiento conservador de ésta, pero entonces habría estado indicado alguna maniobra de reducción de los fragmentos (sobre todo los que invadían canal medular), un correcto control del dolor con analgésicos más potentes y la inmovilización inmediata mediante corsé (...). Que en relación con la endocarditis, se trataba de una paciente con antecedente de válvula aórtica bicúspide con al menos moderada estenosis, lo cual es un factor de riesgo clasificado como `moderado` para endocarditis bacteriana, y estaba además sometida a tratamiento inmunodepresor y corticoideo que la predisponían a infecciones. Desde el 2 de julio de 2014 presentaba signos y síntomas compatibles con infección grave: deterioro general que le impedía levantarse de la cama, fiebre alta de hasta 42 °C a pesar del tratamiento antitérmico/analgésico y antibiótico, episodios de delirio, tiritona, náuseas, etc. La derivaron a Urgencias del (Hospital) para descartar pielonefritis (aunque se informa que no refería síntomas urinarios). La analítica practicada en esta fecha mostraba signos de infección bacteriana con leucocitosis y neutrofilia. No le practicaron ecocardiografía en el (Hospital) para valorar la posible existencia de endocarditis (...). Que el diagnóstico precoz es fundamental en esta patología y la mayoría de las veces el diagnóstico se realiza en base a la clínica del paciente. Es cierto que el diagnóstico es a veces dificultoso porque las manifestaciones pueden ser poco específicas, pero por ello es fundamental un alto grado de sospecha clínica que permita llegar al diagnóstico. Respecto a los criterios diagnósticos, no pudieron siquiera llegar a establecerse porque al no sospechar la patología no consta que se realizaran

hemocultivos con antibiograma (que posiblemente saldrían negativos porque estaba con tratamiento antibiótico), ni ecocardiografía (...). Que no negamos que la infección urinaria existiera, pero la clínica y el deterioro eran desde nuestra perspectiva suficientemente manifiestas, los antecedentes de la paciente eran claros, y se disponía de medios para poder realizar un correcto diagnóstico de la endocarditis (ingreso, hemocultivos a pesar de estar a tratamiento antibiótico y ecocardiografía). La falta de este diagnóstico a tiempo impidió un correcto tratamiento de la misma y por ello la paciente terminó falleciendo. El estudio del caso además no permite establecer que cumpliera criterios de Durak `endocarditis excluida´ (diagnóstico alternativo firme que justifique los hallazgos; resolución mantenida en las manifestaciones con cuatro días o menos de tratamiento antimicrobiano; no evidencia histológica de endocarditis infecciosa en cirugía o en autopsia tras cuatro días o menos de tratamiento antimicrobiano)”. Acompaña al informe documento en el que se recogen las pruebas de imagen realizadas los días 5 y 15 de mayo, y 17 de junio de 2014.

2. Mediante oficio de 24 de junio de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En el citado escrito resulta legible únicamente un registro de entrada, de fecha 29 de junio de 2015, en la Administración del Principado de Asturias.

3. El 9 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la interesada que figura en primer lugar en el escrito de reclamación la fecha de recepción de la reclamación en el referido Servicio (se indica la de “6 de julio de 2015”), las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 3 de agosto de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital

En el mismo, de fecha 31 de julio de 2015, el indicado responsable señala que “analizada la historia clínica disponible con los episodios de atención a la paciente en el Servicio de Urgencias, durante el periodo de tiempo al que hace referencia la reclamación, se debe asumir que hubo un retraso en el diagnóstico correcto de la lesión que presentaba a nivel de la primera vértebra lumbar (...). El último episodio de su historia clínica en este centro corresponde con una asistencia en el Servicio de Urgencias el 2 de julio de 2014 por un cuadro de ‘dolor abdominal asociado a vómitos y fiebre’, en el contexto de su recuperación por la fractura vertebral. Se le realizó una completa valoración inicial y se solicitaron las pruebas diagnósticas básicas indicadas para el cuadro clínico que presentaba. No consta en el informe disponible una filiación concreta del dolor abdominal pero se consideró que podría continuar la observación de la evolución de la sintomatología y el tratamiento iniciado, de forma ambulatoria. No hay constancia en este centro de historia clínica de la paciente a partir de esta fecha”.

5. Con fecha 13 de agosto de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones remite “curso clínico enviado por la doctora” de Atención Primaria de la paciente fallecida.

6. El día 28 de septiembre de 2015 se remiten informes del Servicio de Traumatología del Hospital y de la Médico de Familia del Centro de Salud

En el primero, suscrito por un Especialista de Área con fecha 9 de septiembre de 2015, se indica que “la paciente ingresó en el Servicio de Traumatología del Hospital el día 18 de junio de 2014 con el diagnóstico de fractura de L1, tras acudir refiriendo lumbalgia desde el 5 de mayo de 2014 en que sufrió caída casual con traumatismo en la región lumbar, motivo por el

que había acudido al Servicio de Urgencias de este Centro en diversas ocasiones (...). Como consta en la historia clínica, se decide tratamiento ortopédico con corsé el 19 de junio de 2014 de forma colegiada en sesión clínica del Servicio, iniciándose la sedestación con buena tolerancia y siendo dada de alta el día 27 de junio de 2014 con las recomendaciones y tratamientos habituales y cita para revisión (...). Durante su ingreso se solicitó la valoración por el Servicio de Reumatología para la administración en el Hospital de Día de su tratamiento crónico para la artritis reumatoide, esperándose a dar el alta hospitalaria hasta que éste fuese administrado (...). Durante su ingreso en el Servicio de Traumatología ni a la fecha de alta existen datos en la historia clínica que sugieran la presencia de ningún proceso infeccioso concurrente”.

En el segundo de los informes, elaborado por la profesional indicada (Médico de Atención Primaria de la paciente), con fecha 4 de septiembre de 2015, se expone “en relación a los hechos de la reclamación presentada” que “la paciente fue atendida por este centro de salud tras aviso domiciliario el día 8 de mayo, presentaba dolor lumbar intenso con imposibilidad para la deambulación, había sido previamente vista en urgencias de (Hospital) tras caída casual, en informe de alta radiología columna lumbar normal. Se modifica pauta analgésica pero por mala evolución 15 días más tarde acude de nuevo a urgencias hospitalarias observándose esta vez acúñamiento vertebral L1 en la Rx realizada./ Posteriormente acudió al hospital en una ocasión más y fue atendida en domicilio dos veces intensificándose en ambos casos el tratamiento analgésico. Finalmente es ingresada el 18 de junio tras realizar de forma privada RMN en la que se aprecia aplastamiento 1º VL con estallido y presencia de fragmento óseo en canal raquídeo. El Servicio de Neurocirugía descarta intervención quirúrgica y al alta es institucionalizada en la clínica (...) por necesidad de cuidados ya que la paciente vivía sola./ El día 2 de julio es atendida por el servicio de guardia de este centro de salud por s. febril sin foco aparente más que alteración en tira reactiva de orina, se sospecha ITU y se deriva a Urgencias de (Hospital) en donde es dada de alta con igual diagnóstico y tratamiento antibiótico./ El día 3 de julio es vista de nuevo en

domicilio en relación con gran ansiedad, malestar general y dolor lumbar, sin nuevos datos clínicos con respecto a la valoración del día anterior. Se decide continuar tratamiento pautado y ver evolución./ No se solicita nueva asistencia hasta la fecha de su fallecimiento el día 10 de julio en que es atendida por parada cardiorrespiratoria”.

Figura incorporada a continuación copia de la historia clínica de la paciente en el Hospital

7. Con fecha 15 de octubre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite Informe Técnico de Evaluación en el que, en su “valoración global del caso”, realiza las siguientes consideraciones: “existe una clara omisión de diagnóstico tras el traumatismo sufrido por la paciente, no habiéndose llegado al diagnóstico final hasta que la propia paciente acudió *motu proprio* a la medicina privada, más de un mes más tarde, tal y como se reconoce en los informes de la médico de familia y en el propio informe del Servicio de Urgencias en el cual reconocen que `se debe asumir que hubo un retraso en el diagnóstico correcto de la lesión que presentaba a nivel de la primera vértebra lumbar´. Bien es cierto que este fallo diagnóstico pudo no haber tenido influencia en la actitud terapéutica a tomar con la paciente, ya que ante la disyuntiva quirúrgica o de tratamiento conservador, como el recibido por la paciente, quizás en este caso y dadas las características y patología de la paciente y la inevitable morbilidad operatoria haya sido la alternativa más adecuada. Lo que sí se hubiera evitado con un adecuado diagnóstico es el dolor y estadio clínico padecido por la paciente hasta su correcto diagnóstico y tratamiento (...). Ha existido, como así corrobora la autopsia practicada a la paciente, una evidente falta de diagnóstico de la patología que fue origen de su fallecimiento, la endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica. En una paciente de sus características y con su historial clínico debería haber sido una opción a valorar tras haber acudido la paciente tanto a Urgencias del Centro de Salud como a Urgencias del Hospital (...), aunque al mismo tiempo hay que ser consciente de que se trata de una patología de muy difícil diagnóstico pero ante la que, con un correcto

tratamiento en el tiempo adecuado, se hubiera planteado la posibilidad de un desenlace diferente; sin embargo, no podemos olvidar al mismo tiempo que el propio informe del Servicio de Urgencias recoge el día 2 de julio que la paciente no presentaba patología ni síntomas urinarios (...). Por tanto, se concluye que en la atención prestada a la paciente han existido una falta de actuaciones médicas en todos los procesos sufridos por la misma que, con un correcto y más exhaustivo abordaje, hubiera posibilitado otro resultado clínico”.

Por ello, concluye que la reclamación “debe ser estimada de modo parcial ya que la actuación de la Administración sanitaria no fue la adecuada a las necesidades clínicas de la paciente”.

8. Mediante escritos de 20 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

9. Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe médico pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora el 27 de noviembre de 2015 por una especialista en Medicina Interna. En él realiza diversas consideraciones médicas sobre las dolencias padecidas por la fallecida, exponiendo los criterios diagnósticos de la endocarditis infecciosa, en la que distingue según se trate de “endocarditis aguda”, y “endocarditis crónica, que puede durar varios meses”. Señala como síntomas de la primera “fiebre, sudoración nocturna, dolor generalizado y falta de energía”, y, en el caso de la segunda, “que puede durar varios meses, podría sentirse febril, tener escalofríos, sentirse muy cansado, bajar de peso y tener dolor en las articulaciones, sudoración nocturna o los síntomas de una insuficiencia cardíaca. Otros síntomas pueden incluir manchas rojas en las palmas de las manos y las plantas de los pies (denominadas lesiones de Janeway) o lesiones rojas dolorosas en las puntas de los dedos de las manos y de los pies

(denominadas nódulos de Osler)./ La mayoría de los médicos sospecharán que se trata de una endocarditis infecciosa al oír los síntomas y si el paciente tiene antecedentes de cardiopatía congénita, fiebre reumática o enfermedad valvular. Los médicos también pueden revisar los dedos de las manos, para ver si hay pequeñas líneas oscuras debajo de las uñas que parecen astillas (que se denominan `hemorragias en astilla´, y los ojos, para ver si hay vasos sanguíneos rotos en la retina (que se denominan `manchas de Roth´). En general la presencia de fiebre sin un foco claro, puede orientar el diagnóstico. Se debe valorar la presencia de soplos, o el cambio de los preexistentes./ Se extraen muestras de sangre extraídas de diferentes áreas del cuerpo (que) pueden indicar a los médicos si hay microorganismos en la corriente sanguínea” (hemocultivos), y alude también a la realización del ecocardiograma, al que califica “sin lugar a dudas” como “el método más fiable para diagnosticar una endocarditis infecciosa”.

Prosigue exponiendo que “ante la dificultad del diagnóstico de esta entidad se han establecido una serie de criterios diagnósticos”. Enumera los “criterios mayores”: “hemocultivos positivos para endocarditis infecciosa” y “evidencia de compromiso endocárdico” (“ecocardiograma positivo para IE” o “nueva regurgitación valvular (empeoramiento o cambio de un soplo preexistente insuficiente)”, y los “criterios menores:/ predisposición: cardiopatía predisponente o uso de drogas endovenosas. / Fiebre: temperatura >38º (...)./ Fenómenos vasculares: embolia arterial mayor, infartos pulmonares sépticos, aneurisma micótico, hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival, y lesiones de Janeway./ Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth, y factor reumatoide./ Evidencia microbiológica: hemocultivos positivos pero no encontrado como criterio mayor más arriba o evidencia serológica de infección activa con organismos compatibles con IE./ Hallazgos ecocardiográficos: compatible con IE pero no encontrado como criterio mayor”. Señala que los “criterios clínicos para endocarditis infecciosa requiere”: “dos criterios mayores, o/ uno mayor y tres criterios menores, o/ cinco criterios menores”.

Se refiere, a continuación, al análisis de la praxis médica en el supuesto. Indica que “el informe del perito hace referencia a que se debía haber sospechado la endocarditis, pero la realidad es que la atención por fiebre es puntual el día 2. Para sospechar la endocarditis la fiebre debe ser continuada, sin foco claro y requerir una atención más continuada. Desde el día 2 no hay constancia de que solicitara atención médica por fiebre, ni por embolias sépticas./ Cabe decir que una paciente inmunodeprimida con fiebre sin foco claro debe ser estudiada o al menos controlada para ver la evolución del proceso infeccioso. La atención del día 2 es mejorable. No se tomaron cultivos que hubieran podido, en caso de ser positivos, dar una pista de dicha enfermedad./ Pero no se puede sospechar una endocarditis por dicha atención puntual./ Durante el ingreso por el problema lumbar en neurocirugía NO tuvo fiebre en ningún momento, lo que impide sospechar un cuadro de endocarditis en la atención del día 2 de julio, dado que estuvo ingresado del día 18 al 27 de junio, con PCR normales y análisis sin nada destacable”.

Tras reseñar que “el diagnóstico definitivo de la endocarditis infecciosa sólo puede realizarse con seguridad absoluta mediante la demostración del germen o de la histología específica en las vegetaciones o en material embólico, generalmente obtenidos a través del acto quirúrgico o de la necropsia”, advierte que “debido a la necesidad de alcanzar un diagnóstico lo más precoz posible, en la mayoría de los casos dicho diagnóstico se realiza sobre la base de la clínica del paciente. Las dificultades diagnósticas de la endocarditis infecciosa derivan de la gran variedad de manifestaciones clínicas con que puede presentarse la enfermedad, que pueden confundirse con otras enfermedades sistémicas. Por ello, un alto grado de sospecha es fundamental para su diagnóstico”. El diagnóstico, continúa, “es evidente en los pacientes que presentan todas o la mayoría de las manifestaciones clínicas clásicas: bacteriemia o fungemia, evidencia de valvulitis activa, fenómenos embólicos o fenómenos vasculares de origen inmunológico. Sin embargo, en muchos pacientes estos signos pueden estar ausentes, por lo que ha sido preciso establecer una serie de criterios diagnósticos que reúnan una sensibilidad y especificidad adecuadas. Es importante tener en cuenta que la ausencia de

cualquiera de las manifestaciones clásicas de endocarditis no excluye su diagnóstico”. Expone a continuación las clasificaciones de criterios de diagnóstico habituales, y señala que “todos estos estudios indican que el diagnóstico de endocarditis infecciosa en la actualidad debe hacerse aplicando los criterios de Duke, que presentan una sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo muy elevados, superiores al 95%”. Destaca que “el importante papel que desempeñan los hallazgos de los ecocardiogramas transtorácico y transesofágico no se circunscribe sólo al diagnóstico de la endocarditis, sino que también aporta trascendentes implicaciones terapéuticas y de manejo. Otro aspecto a considerar es que la negatividad inicial de un estudio ecocardiográfico no excluye de forma absoluta el diagnóstico de endocarditis, por lo que pueden ser necesarios estudios seriados con un cierto intervalo de tiempo o por diferentes vías”. Señala que “en este caso no encuentro ningún dato clínico para pensar que la paciente pudiera tener una endocarditis. En ausencia de datos clínicos, no se debe solicitar un ecocardiograma. Tampoco volvió a Urgencias con fiebre para haber pedido hemocultivos, siendo este el único dato que se puede reprochar en la atención del día 2 en Urgencias, especialmente por ser una persona inmunodeprimida. Por los antecedentes de estenosis aórtica aislada, sin datos de fiebre, o manifestaciones embólicas, o alteraciones analíticas o bacteriemia documentada o datos de insuficiencia cardíaca no está indicada la realización de un ecocardiograma, salvo el que le hiciera su cardiólogo para su seguimiento. Al no existir ningún dato en relación con este diagnóstico no creo que se hubiera podido modificar el desenlace./ En relación con la fractura vertebral, vista la primera radiografía se parecía claramente un aplastamiento vertebral, que se va agravando en las imágenes posteriores (...). En este caso el diagnóstico inicial es erróneo y el cuadro se va agravando según la vértebra se colapsa más. En ningún momento existió lesión neurológica y, aunque se produjo retraso claro, la actuación médica no varió tras su ingreso. Creo sin embargo que un diagnóstico correcto hubiera permitido mejorar la analgesia y aliviar a la paciente, que parece no tuvo el dolor bien controlado. Tampoco parece que le prestara la atención debida a la insistencia del dolor y que se

reevaluara la lesión vertebral evidente, sin ni siquiera valorar la vertebroplastia. No consta en ningún sitio que recibiera medicación frente a la osteoporosis. Creo que la atención no fue ajustada a *lex artis*".

En las consideraciones finales, expone que la fallecida "era una paciente" con "pluripatología e inmunodeprimida por el tratamiento de la artritis reumatoide con osteoporosis, así como anticoagulada por un accidente cerebrovascular y con una estenosis aórtica./ 2. Sufrió una caída el 5 de mayo produciendo una fractura aplastamiento vertebral que no fue correctamente diagnosticada ni tratada./ 3. Fue diagnosticada de contusión por lo que no recibió el tratamiento analgésico adecuado, ni la valoración continua para valorar si desarrollaba clínica neurológica ni colocación de un corsé desde el comienzo./ 4. No tuvo complicaciones neurológicas y cuando fue ingresada en junio, se optó igualmente por un tratamiento conservador./ 5. La atención en relación con la fractura vertebral no se ajustó a la *lex artis* (...). 6. En el ingreso de junio no tuvo fiebre en ningún momento, con PCR normal, nada que indicara un proceso infeccioso, siendo dada de alta el 27 de junio. Esto hace una endocarditis bacteriana poco probable como posibilidad diagnóstica en la atención del 2 de julio./ 7. No volvió a acudir a urgencias por fiebre, ni a consultar a los servicios médicos, lo que hace imposible que se sospeche o diagnostique una endocarditis./ 8. Sufrió un cuadro brusco de cianosis y diarrea. La autopsia puso de manifiesto una endocarditis bacteriana con embolias sépticas, entre otros datos, como causa de la muerte./ 9. Con los datos disponibles no era posible sospechar la existencia de una endocarditis, por mucho que se supiera que tenía una lesión valvular".

10. Con fecha 26 de abril de 2016, los Servicios Jurídicos de la compañía aseguradora emiten informe en el que concluyen que "la actuación del Servicio del Principado de Asturias de Salud en relación con la endocarditis y fallecimiento de la paciente ha sido conforme a la *lex artis*"; que "no existe nexo de causalidad" entre esa actuación "y el fallecimiento de la paciente"; que "la fractura y aplastamiento de la vértebra no ha tenido ninguna influencia en la endocarditis y posterior fallecimiento de la paciente", y que "la

endocarditis no presentó ningún tipo de sintomatología y, por tanto, no se requería la realización de pruebas complementarias ni fue posible el diagnóstico de dicha patología que, lamentablemente, causó el fallecimiento de la paciente”, por lo que “procede desestimar la reclamación”.

11. Mediante escrito de 13 de abril de 2016, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del expediente administrativo, al objeto de su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias que admitió a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto por las reclamantes contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la presente reclamación.

Este requerimiento es atendido por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas con fecha 28 de abril de 2016.

12. Mediante oficio notificado a la reclamante el 16 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

13. Con fecha 31 de mayo de 2016, un letrado, que representa a las reclamantes en virtud del poder notarial que adjunta, presenta escrito en el que reseña que “en el mes de abril de 2016, han sido demandados y se les ha solicitado el expediente por el TSJ de Asturias”, interesando se le “expida copia íntegra de cuantos informes y resoluciones obren en el expediente”, lo que se cumplimenta con fecha 2 de junio.

14. Con fecha 6 de julio de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Razona que “en el presente caso, la demora en el diagnóstico de la fractura vertebral, no influyó en el tratamiento

y evolución de la misma. El tratamiento conservador recibido por la paciente, quizás en este caso y dadas las características y patología de la paciente y la inevitable morbilidad operatoria haya sido la alternativa más adecuada. En la documentación obrante en el expediente no existe ningún dato clínico ni analítico que pudiera hacer pensar en la existencia de una endocarditis, por lo que no estaba indicada la realización de ecocardiograma./ Visto la anterior, no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados, por lo que no se dan los requisitos exigidos en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de julio de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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 las interesadas activamente legitimadas 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 23 de junio de 2015, habiéndose producido el fallecimiento de la paciente (hecho que origina la reclamación) el día 10 de julio de 2014, 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, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias -como venía haciendo habitualmente-. Al respecto, debemos advertir también que la ininteligibilidad de una de las fechas que figura en el escrito de remisión a dicho Servicio que suscribe la Jefa del Servicio de Asuntos Generales nos impide contrastar la corrección de la señalada en aquella comunicación, si bien apreciamos que esta última (6 de julio de 2015) no coincide con la que figura en el registro de entrada del oficio de remisión (29 de junio de 2015).

Por último, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de

21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- Las interesadas solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que atribuyen a la omisión del diagnóstico de la patología que ocasionó su fallecimiento.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, queda acreditada la defunción de la paciente, en cuyo informe de autopsia consta como diagnóstico el de "endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica con afectación miocárdica focal", por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para sus familiares.

De la instrucción del expediente se deduce, igualmente, la existencia de una fractura de vértebra, no diagnosticada, que la finada sufrió en el mes de mayo de 2014. Al respecto, la literalidad de las manifestaciones de las interesadas en su escrito inicial, en el que afirman solicitar "el inicio del expediente de responsabilidad patrimonial derivado de la falta del adecuado tratamiento que determinó el fallecimiento", unido a la falta de alegaciones respecto a la infracción de la *lex artis* que se reconoce en el expediente en relación con aquel traumatismo, permiten inferir que el daño alegado es el originado por el fallecimiento de su madre, defunción que vinculan, a su vez, a la falta de diagnóstico de la endocarditis detectada en la autopsia.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

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, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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*.

También hemos de advertir que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Las reclamantes sostienen que la actuación médica supuso una pérdida de oportunidad terapéutica para la paciente, pues “la falta de diagnóstico (...) impidió el tratamiento; lo que determinó el fallecimiento por esa enfermedad”, en referencia a la endocarditis. Sustentan sus alegaciones en el informe pericial que aportan, suscrito por un especialista en valoración del daño corporal, informe cuyo contenido procede confrontar con los de los restantes informes técnicos obrantes en el expediente, el informe técnico de evaluación y el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora (estos dos últimos, incorporados por la Administración).

Tanto el informe pericial de parte, como el informe técnico de evaluación, concluyen que existió infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital con ocasión del cuadro sufrido el día 2 de julio. El análisis de dicha asistencia ha de partir de que, de acuerdo con todos los informes obrantes, la indicación de la realización de pruebas específicas orientadas a detectar la presencia de endocarditis resulta exigible ante la concurrencia de dos factores: de un lado, los antecedentes de la paciente, que no se omiten, pues en la atención prestada en Urgencias el día 2 de julio figura entre los mismos la “valvulopatía” que sufría; de otro, los síntomas y clínica de la perjudicada. Así, el especialista en valoración del daño corporal considera que “la clínica y el

deterioro eran desde nuestra perspectiva suficientemente manifiestas, los antecedentes de la paciente eran claros, y se disponía de medios para poder realizar un correcto diagnóstico de la endocarditis (ingreso, intentar hemocultivos a pesar de estar en tratamiento antibiótico y ecocardiografía)". Mientras que el informe técnico de evaluación considera que existió "una evidente falta de diagnóstico" de la patología "origen" del fallecimiento, la endocarditis infecciosa. Al respecto, afirma que "en una paciente de sus características y con su historial clínico debería haber sido una opción a valorar", y razona que, siendo "de muy difícil diagnóstico", "con un correcto tratamiento en el tiempo adecuado, se hubiera planteado la posibilidad de un desenlace diferente".

Centrándonos en la sintomatología que presentaba la paciente, observamos que pese a que en el informe pericial de parte se reseñe que "desde el 2 de julio de 2014" la afectada "presentaba signos y síntomas compatibles con infección grave (deterioro general que le impedía levantarse de la cama, fiebre alta de hasta 42º a pesar del tratamiento antitérmico/analgésico y antibiótico, episodios de delirio, tiritona, náuseas, etc.)", el historial no recoge la totalidad de estos síntomas, o con la intensidad descrita. Así, en la asistencia prestada en el centro de salud se consigna, el día 2 de julio, que la paciente presenta fiebre de 38º y posteriormente de 40º, mientras que en el informe de Urgencias del mismo día se constata "un cuadro de `dolor abdominal asociado a vómitos y fiebre´". En ninguno de ellos se reseña la existencia de fiebre "de hasta 42º" o "episodios de delirio", sin que, durante el trámite de audiencia, las interesadas aleguen insuficiencia u omisión en los datos reflejados en la historia clínica. En otro orden de cosas, el especialista autor del informe reconoce que "el diagnóstico es en ocasiones dificultoso porque las manifestaciones pueden ser poco específicas, pero por ello es fundamental un alto grado de sospecha clínica que permita llegar al mismo", siendo el diagnóstico "más claro en pacientes con bacteriemia demostrada, valvulitis activa, fenómenos embólicos, etc.", sin que afirme, tampoco, que ninguna de estas circunstancias concurriera en la finada.

Por su parte, el informe técnico de evaluación considera que la endocarditis debió ser objeto de sospecha, pero no razona ni justifica que la sintomatología concurrente orientaba a ella y resultaba, por tanto, determinante de la realización de las pruebas necesarias para establecer un diagnóstico, cuya elevada dificultad también reconoce.

Frente a lo expuesto, advertimos que el informe emitido por una especialista en Medicina Interna a instancia de la compañía aseguradora reviste mayor contundencia al respecto, pues afirma que los datos clínicos existentes no determinaban la realización de un ecocardiograma, ya que no permitían orientar el diagnóstico hacia una endocarditis, aunque sí considera reprochable que no se realizara hemocultivo en la asistencia prestada en Urgencias el día 2. Respecto a esta última prueba, el propio informe pericial de parte advierte “que posiblemente saldrían negativos porque estaba con tratamiento antibiótico”; esta circunstancia condiciona, por tanto, los resultados que podrían haberse obtenido con ella y, en todo caso, existe coincidencia en que no es una prueba definitiva de diagnóstico, que precisa la realización del ecocardiograma.

El informe pericial emitido por la aseguradora también afirma que “una paciente inmunodeprimida con fiebre sin foco claro debe ser estudiada o al menos controlada para ver la evolución del proceso infeccioso. La atención del día 2 es mejorable”, pues “no se tomaron cultivos que hubieran podido, en caso de ser positivos, dar una pista de dicha enfermedad”, aunque finalmente señala que “no se puede sospechar una endocarditis por dicha atención puntual”. En este punto, debemos advertir que ni las reclamantes, ni los informes, cuestionan la atención dispensada a la paciente el día 3 de julio por parte de la médico de Atención Primaria, que acude a la residencia en la que se encuentra ingresada la perjudicada. Dicha asistencia se encuentra motivada por la continuidad de la sintomatología, constatándose un “retroceso en estado general”, aunque la paciente no presentaba “nuevos datos clínicos con respecto a la valoración del día anterior”, por lo que “se decide continuar tratamiento pautado y ver evolución” (decisión que, como acabamos de señalar, ninguna de las partes cuestiona).

Sentado lo anterior, existen otros datos, a nuestro juicio relevantes, sobre los que los informes no se pronuncian, o lo hacen con escasa extensión.

En primer lugar, llama la atención que, pese a la gravedad del proceso, no exista constancia de manifestación clínica alguna posterior al día 3 de julio y hasta la fecha del fallecimiento, el día 10 de julio, pese a que la paciente residía en una residencia en la que debemos presumir que gozaba de una atención continua. Ello obliga, a falta de otros datos médicos al respecto, a concluir que a partir del día 3 de julio no existió cambio alguno en el estado de la paciente que llevara a sus cuidadores (personal especializado del centro en el que se encontraba ingresada) a demandar nueva asistencia por parte del servicio sanitario público.

En segundo lugar, también resulta de interés considerar la afirmación contenida en el informe pericial, y en el emitido por el Servicio de Traumatología, en los que se constata que durante el ingreso de la paciente en este último (en el que causó alta el día 27 de junio de 2014, esto es, cinco días antes del episodio que nos ocupa), no presentó síntomas de infección alguna, lo que lleva a la especialista informante a concluir “una endocarditis bacteriana poco probable como posibilidad diagnóstica en la atención del 2 de julio”.

Las consideraciones expuestas nos llevan a la conclusión de que la paciente sufrió un proceso infeccioso grave de elevada dificultad diagnóstica, con presencia de otro proceso infeccioso menor (la infección del tracto urinario, según se refleja en el curso clínico de Atención Primaria, en el que figura la alteración de las pruebas específicas realizadas el día 2 de julio). Del informe pericial suscrito por una especialista en Medicina Interna obrante en el expediente se concluye que la existencia de fiebre y los antecedentes de la paciente no justificaban la realización de ecocardiograma, aunque sí la realización de hemocultivos. No obstante, y en cuanto a esta última prueba, que no sería definitiva sino únicamente indicativa de la realización del ecocardiograma, coincidimos con la afirmación de que el carácter puntual de la asistencia impide que el reproche permita apreciar la pérdida de oportunidad terapéutica, siendo determinante en esta conclusión el contexto en que la

asistencia sanitaria pública se desarrolla, pues carece de continuidad, por falta de demanda, a partir del día 3 de julio. El tiempo transcurrido desde esa fecha y hasta el fallecimiento, el día 10 de julio, en el que no se evidencia la existencia de sintomatología alguna, impide que, de forma razonable, pueda exigirse la sospecha clínica en la atención prestada en lo que, en todo caso, sería un muy inicial estadio de la patología.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.