

Expediente Núm. 273/2018  
Dictamen Núm. 278/2018

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de diciembre de 2018, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de octubre de 2018 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia recibida en la Unidad de Vigilancia Intensiva de un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 9 de marzo de 2018, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida por su esposo y padre, respectivamente. Señalan que actúan asistidos

por un letrado, también firmante del escrito, y cuyo domicilio designan a efectos de notificaciones.

Exponen que su familiar falleció el 11 de marzo de 2017 en el Hospital "X", en cuya Unidad de Vigilancia Intensiva se encontraba ingresado desde el día 8 del mismo mes tras haber sufrido una caída accidental. Manifiestan que a consecuencia de esta se le diagnosticó un "traumatismo vertebral: fractura de cuerpo vertebral de C2, además de ambas apófisis transversas y la transversa derecha de C1. Fractura de huesos propios. Fractura de radio distal", siendo tratado de estas lesiones por los Servicios de Cirugía Plástica y de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Señalan que "durante la noche del 9 al 10 de marzo de 2017", y también en la mañana de este último día, el paciente "presenta diversos episodios con severas complicaciones que implican graves dificultades para respirar, reflejándose en diferentes apuntes de la historia" que transcriben. Reprochan la ausencia de notas en la historia clínica desde las 21:15 horas del día 10 de marzo de 2017 hasta el fallecimiento, ocurrido a las 6:10 horas de la mañana del día 11, y reflejan las que se producen en ese momento. Así, a las 6:12 horas, enfermería explica que el paciente se encuentra "muy ansioso desde primera hora, refiere no respirar bien, se aspiran secreciones bronquiales y se avisa a MG; por Om oral se administran 5 mg Cl mórfico SC, siendo algo efectivo; queda tranquilo un par de horas, precisa de Lorazepam a las 2 h por insomnio, aunque no duerme el resto de la noche. Con GN a 2,5 lx' mantiene buena saturación, eupneico, no evidencia de trabajo respiratorio. A las 5:50 se avisa de nuevo a MG por paciente muy agitado intentando levantarse de la cama, llega MG (...), paciente agitado con desaturación progresiva y trismus facial, se administra Rocuronio IV y se pone Guedel. Intuban con mascarilla laríngea y se realizan maniobras de RCP por asistolia, se administran 3 amp. de atropina. A las 6:10 exitus". En el curso clínico de hospitalización se anota que "avisa enfermería por agitación y disnea. A nuestra llegada el paciente se encuentra sentado en la cama con importante trabajo respiratorio, cianosis

perioral. Probablemente broncoaspiración de secreciones. A la AP hipofonesis global. Desaturación rápidamente progresiva hasta 70 % y pierde el conocimiento. Se intenta ventilación con Ambu pero el paciente comienza con trismus, por lo que se administra una ampolla de Rocuronio y se coloca cánula de Guedel. Tras un minuto de ventilación previa a la intubación continua con desaturación (...), presenta parada cardiorrespiratoria, observándose asistolia en el monitor del ECG. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar, administrándose 3 atropinas y se intenta IOT que resulta muy dificultosa por mala visibilidad, con glotis muy profunda que no llega a visualizarse, Cormack IV. Tras tres intentos sin éxito intercalados con ventilaciones con Ambu se coloca dispositivo supraglótico (mascarilla laríngea) consiguiéndose ventilar al paciente pero sin conseguir remontar saturaciones por encima del 5 %. Tras 15 minutos de maniobras de RCP avanzada el paciente no recupera el pulso (aunque en ocasiones evidencia actividad eléctrica en el trazado de ECG que se extingue con rapidez). Se observan pupilas midriáticas, por lo que se detiene RCP. Es exitus a las 6:10 h". La anotación de otro facultativo refleja que acudió de forma "urgente" cuando el paciente estaba "en asistolia" y se estaba efectuando RCP, "se intenta intubación sin éxito con el collarín abierto. Paso a cabecera, ventilo con Ambu y realizo otros dos intentos sin éxito. Pésima visibilidad. Muchas secreciones en cavidad oral que aspiro. Glotis muy profunda que no llego a visualizar ni siquiera con compresión laríngea, por lo que desisto. Colocamos mascarilla laríngea con lo que al menos ventila aunque no se consiguen saturaciones superiores al 50 %". Concluyen que de todo ello "se desprende que la causa fundamental de la muerte resultó ser una broncoaspiración de secreciones que provocó una insuficiencia respiratoria".

Consideran que el paciente "desde su ingreso sufrió problemas en relación con las secreciones (...), reiterados (...), habiendo ya sufrido un primer susto el jueves 8 de marzo de 2017, cuando por la mañana una familiar (...) hubo de llamar con carácter de urgencia porque casi se ahoga, llegando a reconocer a la familia" un médico "que les había dado un `gran susto`, si bien

no sería el único, repitiéndose episodios hasta su desgraciado fallecimiento, y ello sin que se adoptaran las medidas oportunas, en lo que supone una absoluta dejación del deber de cuidado./ Tanto es así que cuando (el citado medico) visitó por última vez” al paciente “(viernes 10 de marzo de 2017) informó a la familia que estaba todo bien, estable, y que si bien él pretendía pasarlo a planta por los problemas que tenía (...) iba a permanecer en la UVI para estar controlado con la respiración y las secreciones”. Añaden que uno de los facultativos que atendió al paciente llegó a afirmar “que si hubiera sido de su familia se hubiera asegurado de que le hubieran hecho la autopsia”.

Insisten en que dado que las lesiones que padeció en su caída “nada tienen que ver con el motivo del fallecimiento, resultando completamente ajeno a las mismas”, este “no tiene otra explicación que la negligente actuación tanto del servicio médico que estaba encargado de la atención” del paciente “como del personal de enfermería que igualmente debía (...) haber vigilado (...) su vida y demás personal sanitario que lo atendió, todos ellos trabajadores” del Hospital “Y”. En concreto, entienden que resulta significativa “la diferencia de intervenciones llevadas a cabo la noche del 10 de marzo de 2017 con la del día del fallecimiento, en la que no consta intervención alguna hasta el momento de la broncoaspiración que provoca” el exitus.

Solicitan una indemnización que asciende a doscientos cincuenta y seis mil quinientos ochenta y cuatro euros (256.584 €).

Aportan diversa documentación entre la que se encuentra una copia del Libro de Familia del paciente y su esposa y diversos informes médicos y notas del curso clínico de hospitalización relativos al proceso de referencia.

**2.** Mediante oficio de 20 de marzo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al letrado que asiste a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con

arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo le recuerda que si “va a actuar como su representante en este procedimiento” debe acreditar la representación por cualquier medio válido en derecho -ante notario o mediante declaración en comparecencia personal ante el funcionario (*apud acta*)- que deje constancia fidedigna de ello.

El referido letrado aporta, el 5 de junio de 2018, un poder notarial conferido por los reclamantes a su favor.

**3.** Con fecha 20 de abril de 2018, la Responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en soporte digital.

El 25 de abril de 2018, le envía el informe emitido con fecha 23 de ese mismo mes por dos facultativos del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Y”. En él explican que, “a pesar de presentar una fractura cervical con alto riesgo de afectación medular, ni a su llegada, ni durante su estancia en la Unidad, presentó clínica neurológica. Sin embargo, sí presentó problemas respiratorios intermitentes secundarios a un manejo deficiente de las secreciones bronquiales que iba resolviendo espontáneamente. Por este motivo se decidió mantener al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde la vigilancia es más próxima (...) y hay medios y personal para enfrentarse a posibles complicaciones que habitualmente no están disponibles en planta./ En un paciente sin déficits neurológicos, aunque sí una inmovilización cervical rígida que dificulta la movilidad del cuello, no se consideró indicada la intubación reglada, dado que es una técnica no justificada en este contexto por aumento inaceptable de riesgos (riesgo en la intubación, que no es una técnica banal ni siquiera realizándose de forma programada, riesgo en la ventilación mecánica y posteriormente riesgo en el destete). Por estos motivos se mantuvo en observación en la Unidad no descartándose la posibilidad de que llegase a

necesitar intubación en caso de deterioro progresivo de la función respiratoria. No hubo tampoco trastornos de deglución, por lo que se probó tolerancia oral que, como su nombre indica, se trata de una prueba pudiendo dejar de nuevo en absoluta en caso de que la deglución no sea adecuada o presente dificultades, que no fue el caso./ En la noche del 10 al 11 de marzo se complicó con un episodio agudo de inicio brusco de dificultad respiratoria intensa con gran hipoxemia y deterioro del nivel de conciencia que le llevó en pocos minutos a la parada cardiorrespiratoria por anoxia. Se iniciaron medidas de reanimación cardiopulmonar que están reflejadas en la historia clínica pero que fueron inefectivas por anoxia persistente y refractaria, a lo que se añade una anomalía anatómica que impidió la intubación por nula visibilidad de la glotis, presentando un acceso muy complicado a su vía respiratoria; de hecho, el grado más alto de dificultad en la escala utilizada para catalogar este problema. Esta complicación respiratoria fue la que acabó produciendo el fallecimiento”.

Respecto a la solicitud de autopsia, “solo decir que no se solicitó porque, aunque es una técnica considerada de buena praxis en todos los pacientes fallecidos, en la práctica diaria habitual no suele hacerse cuando se conocen las causas del fallecimiento, reservándose para aquellos casos en los que existen dudas diagnósticas de relevancia e interés clínico. En este caso el médico adjunto que atendió la urgencia consideró que conocía los motivos de la parada atribuyéndola a una broncoaspiración de secreciones, por lo que no se planteó su realización”.

En cuanto a la alusión a una “supuesta escasez de comentarios de enfermería el día del fallecimiento”, destacan que “la norma para enfermería es escribir un comentario antes de cada cambio de turno, por lo que debería haber uno antes de las 8:00, uno antes de las 15:00 y otro antes de las 22:00, y comprobamos que están todos”.

Concluye señalando que “en todo momento se tomaron decisiones con la intención de minimizar en lo posible los riesgos para el paciente. Y, dado que era posible un deterioro progresivo que le llevara a una intubación, se decidió

por el mismo motivo mantener en UCI bajo vigilancia estrecha. Sin embargo, la minimización de riesgo supone literalmente eso, una minimización del riesgo, no su eliminación completa, que es totalmente imposible". En el presente caso el paciente "sufrió una complicación no esperada ni previsible por su brusquedad e intensidad que le llevó a una anoxia persistente y refractaria sin apenas tiempo de reacción, a lo que se une una anomalía anatómica también imprevisible de antemano que impidió su intubación en una situación de emergencia (y muy probablemente también lo hubiera impedido previamente en una situación electiva)".

**4.** Con fecha 15 de junio de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, emiten informe colegiado una especialista en Medicina Legal y Forense y una master en Valoración del Daño Corporal y diplomada en Medicina del Seguro. En él, tras realizar diversas consideraciones sobre las lesiones de cervicales y sus porcentajes de morbilidad neurológica y mortalidad, razonan que "al paciente se le trasladó y mantuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos donde la vigilancia es más estrecha, más continua y se dispone de más personal y medios para afrontar posibles complicaciones./ Debido a la inmovilización cervical obligada, así como a la incapacidad para tener un adecuado esfuerzo tusígeno en los pacientes con lesiones de columna cervical, existe un mal manejo de secreciones respiratorias con acúmulo de estas. En este caso se trató de manera adecuada, conforme a *lex artis* (aspiración, nebulización)./ Las maniobras de RCP (...) para el tratamiento de la PCR secundaria a la complicación, posible broncoaspiración de secreciones, se realizaron según protocolos./ La falta de éxito de las maniobras para la RCP se debió en parte a la malformación anatómica no conocida que presentaba el paciente./ Tras la revisión de la documentación no se detecta negligencia alguna, la atención y manejo de la sintomatología fue correcta y ajustada según la evolución del paciente en cada momento".

En cuanto a la frecuencia de las anotaciones de enfermería, consideran que “no se corresponde mayor número de notas con mayor control o una única anotación con menor vigilancia por parte del personal de enfermería”.

Finalmente, en relación con la decisión de no realizar autopsia, constata que “se debería haber realizado autopsia judicial, ya que se trata de una muerte en (la) que la causa fundamental fue la caída accidental y, por lo tanto, se trata de una muerte violenta. La causa inmediata probablemente fue una insuficiencia respiratoria aguda con anoxia severa por broncoaspiración”.

Concluye la procedencia de desestimar la reclamación.

**5.** Mediante escrito notificado al representante de los interesados el 30 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de 15 días.

Con fecha 14 de agosto de 2018, el representante de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta su disconformidad con las conclusiones alcanzadas en los informes incorporados al expediente a instancia de la Administración. En particular, y “ante la disconformidad mostrada para con la pericial de la compañía, anuncia que interesará la práctica de una pericial de parte, que será igualmente efectuada en el momento que sea posible, dado que el trámite de alegaciones se nos facilita en el mes de agosto, que por sus propias circunstancias (periodo vacacional) resulta imposible a esta parte poder desarrollar la misma con normalidad”.

**6.** El día 24 de septiembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que, de acuerdo con lo expuesto y sobre la base de los informes incorporados al expediente, “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. No existe relación entre la prueba de tolerancia oral y el episodio de broncoaspiración. Existió un mal manejo de

las secreciones por la fractura. La causa inmediata probablemente fue una insuficiencia respiratoria aguda con anoxia severa por broncoaspiración. No está indicada la VM por la fractura y por la existencia de una anomalía anatómica”.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de octubre de 2018, 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido

en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 9 de marzo de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del familiar de los interesados- el día 11 de marzo de 2017, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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, 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.-** Los reclamantes solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que vinculan a la asistencia sanitaria recibida tras un ingreso hospitalario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la defunción del marido y progenitor de los interesados durante su estancia en el Hospital "Y", por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para sus familiares.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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 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 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, los perjudicados no desarrollan actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquellos no ejercitan el derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, pues, aunque los interesados señalan con ocasión del trámite de audiencia su intención de presentar una prueba pericial, la Administración no ha acordado ampliación de plazo al efecto; opción que no entendemos reprochable atendiendo las circunstancias concurrentes.

Los reclamantes censuran de forma genérica la falta de adopción de medidas oportunas por parte del equipo médico responsable para evitar episodios de broncoaspiración en el paciente. Únicamente concretan como dato "significativo la diferencia de intervenciones llevadas a cabo la noche del 10 de marzo de 2017 con la del día del fallecimiento, en la que no consta intervención alguna hasta el momento de la broncoaspiración que provoca" el óbito.

Sin embargo, frente a tal afirmación, los informes incorporados al expediente a instancia de la Administración coinciden en que la permanencia del paciente en la UCI se decidió precisamente con la finalidad de garantizar un control más estrecho. En efecto, en el informe de ingreso consta expresamente el estado del enfermo, “bastante quejumbroso”, lo que “unido a su fractura cervical motiva su ingreso en la Unidad para monitorización y vigilancia”. También explican que la dificultad para expulsar secreciones estaba relacionada con su estado y que la consiguiente inmovilización cervical condiciona un óptimo “esfuerzo tusígeno”, destacando que para paliar la acumulación de aquellas se emplearon los mecanismos adecuados (aspiración y nebulización), lo que corroboran las anotaciones del curso clínico de enfermería. Asimismo el informe del Servicio responsable razona la ausencia de intubación, descartada por sus riesgos, aunque no de forma definitiva, y reseña que se comprobó la aptitud para la deglución del paciente. Ambos informes subrayan la existencia de una malformación anatómica (debe entenderse que impeditiva de la visibilidad de la glotis) que determinó en gran medida el fracaso de las maniobras de reanimación y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda de aparición súbita y brusca, al imposibilitar la intubación.

Respecto a las intervenciones llevadas a cabo en el momento inmediatamente anterior a la aparición de la complicación, las anotaciones que figuran en la historia clínica reflejan que a las 21:15 no se apreciaba estridor; que se aspiraron al paciente las secreciones “a primera hora” de esa noche, durante la cual permaneció despierto, y que se le controlaba, pues se registró que mantenía “buena saturación, eupneico” y sin “evidencia de trabajo respiratorio”, hasta que a las 5:50 (veinte minutos antes del fallecimiento) se inicia el episodio que concluye con la defunción; momento en el que, según refleja la documentación clínica y los informes, se llevaron a cabo las actuaciones médicas de urgencia necesarias para revertir la crítica situación sin éxito.

En definitiva, no ha quedado acreditada la negligente actuación que los familiares alegan y, por el contrario, resulta probada médicamente la aparición de un cuadro de gravedad que no pudo ser superado por el paciente pese a recibir la atención necesaria al efecto, tanto durante su producción como con anterioridad a su presentación.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.