

Dictamen Núm. 107/2022

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de mayo de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 21 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 de la falta de activación del protocolo de vacunación de tétanos en una paciente que acude al Servicio de Urgencias por una caída.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 12 de enero de 2021 la hija de la interesada, en nombre y representación de esta, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia dispensada en un centro hospitalario público tras sufrir una caída casual.

Expone que el 27 de septiembre de 2019 sufrió una "caída casual mientras recogía manzanas. Es atendida en el Hospital "X" por dolor en extremidad superior derecha, informándose que presentaba: deformidad muy dolorosa en mitad inferior del brazo derecho con herida inciso/inciso-contusa (según informe) de 1 cm en cara interna, con fuerza y sensibilidad conservada y pulso radial +". Señala que el estudio radiográfico mostraba una "fractura desplazada de tercio distal de húmero e impactación de cabeza", y que en el Servicio de Urgencias "le administraron una ampolla de fentanilo" y se programó tratamiento quirúrgico para osteosíntesis, siendo intervenida el 03-10-2019 bajo anestesia general "objetivándose en la Rx posoperatoria desplazamiento del foco de fractura proximal, por lo cual se iba a reintervenir el 07-10-2019./ La madrugada del 04 al 05-10-2019 presentó espasmos musculares, trismus con imposibilidad de apertura bucal, marcada rigidez cervical, dificultad para manejo de secreciones y desaturaciones. Le colocaron un tubo de Guedel perdiendo alguna pieza dentaria. La sospecha era tétanos./ Se trasladó a UCI del (Hospital `Y´) y se administró gammaglobulina antitetánica y metronidazol. Ante la sospecha de tétanos se inició tratamiento con medidas de soporte".

Añade que "permaneció con distintos niveles de sedación, informándose el 75.º día de ingreso comienzo de conexión de la paciente. Se pautó inmunoglobulina antitetánica, se tomó muestra de Ig *C. tetani* que resultó negativa y se inició pauta de vacunación (...). Desde el ingreso se completó tratamiento con metronidazol durante 7 días por sospecha de infección por *Clostridium tetani*; y que se tomó muestra de la herida sospechosa como foco de entrada el 09-10-2019 de 1 cm en el brazo de la fractura, enviándose a Madrid para realizar PCR que no obtuvo confirmación. Durante el ingreso presentó múltiples colonizaciones bacterianas que hicieron necesarios distintos tratamientos antibióticos".

Reseña que "fue alta en UCI tras 85 días de ingreso (...). Presentaba rigidez importante de las cuatro extremidades en relación con tetania y encamamiento prolongado", y que "pasó a planta con fecha 29-12-2019",

estableciéndose el diagnóstico principal de “tétanos generalizado (sin confirmación biológica) secundario a herida inciso-contusa de 1 cm en cara interior del brazo derecho por caída accidental en finca. Fractura de húmero derecho distal y proximal, fijada la distal y pendiente de fijar la proximal + sospecha de lesión de nervio radial. Insuficiencia respiratoria en el contexto de trismus mandibular, necesidad de traqueotomía. Rabdomiolisis sin fallo renal asociado. Bacteriemia y múltiples colonizaciones”, siendo posteriormente ingresada en Medicina Interna del Hospital ‘Y’, evolucionando “bien del cuadro confusional (y) requiriendo dosis bajas de antipsicóticos e inicio de tratamiento antidepresivo”.

Manifiesta que fue valorada por los servicios sociales y trasladada a una residencia “para continuar convalecencia (...). El 14-01-2020 y 17-10-2020 se emiten sendos informes por el C. S. de ..... donde se refiere ‘alta hospitalaria definitiva el 13-01-2020. Presenta secuelas importantes del tétanos y del prolongado ingreso, con rigidez generalizada de extremidades. En el momento actual se encuentra ingresada” en una residencia “para realizar tratamiento rehabilitador motor y respiratorio. Precisa supervisión las 24 horas del día para actividades básicas de la vida diaria’. Asimismo, el 12-02-2020 la residencia informa que está “ingresada (...) desde enero-2020 con vida cama-sillón-silla de ruedas, dependencia total para las (actividades básicas de la vida diaria) e incontinencia urinaria. Presenta deterioro cognitivo leve con problemas de memoria y desorientación temporo-espacial en probable relación con demencia vascular”.

Concluye que “desde la perspectiva médico-legal se puede considerar que el daño objetivado, tétanos, y sus consecuencias han desencadenado un resultado anormal y muy grave para los riesgos que cabría asumir. La paciente presentaba fractura bifocal de húmero derecho con herida asociada, se desconocía su estado vacunal/inmunológico para el tétanos y los protocolos establecen claramente la indicación de realizar vacunación y administración de gammaglobulina en este caso. La no realización de este adecuado protocolo desencadenó un tétanos muy grave que puso en riesgo la vida de la paciente y

(...) el estado secular directo, por el tétanos, y también indirecto por no haber podido tratar adecuadamente la fractura proximal del húmero derecho y por senilidad prematura postraumática con afectación leve de funciones cognitivas. Por otra parte, como es lógico, se han desencadenado otros daños”.

Considera que se le han irrogado unos perjuicios a consecuencia de la “mala praxis en los que cabe considerar (...) la estabilización lesional y otros perjuicios indemnizables consecuencia directa del tétanos”.

Respecto a la valoración económica de los daños sufridos, indica que algunas de las cantidades deben revisarse, siendo orientativas, y los desglosa en los siguientes conceptos: perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida (85 días de ingreso en la UCI y 269 días graves), intervenciones quirúrgicas (traqueotomía y cierre de traqueotomía), perjuicio psico-físico (pérdida dentaria), perjuicio estético (30 puntos), perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, gastos previsibles de asistencia sanitaria futura, necesidad de tercera persona, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares, rehabilitación domiciliaria y ambulatoria futura, ayudas técnicas y obras de adaptación domiciliaria, añadiendo como “perjuicio excepcional (...) el incremento sobre la indemnización resultante en un 25 %”.

Como medios de prueba, solicita que el Servicio de Salud del Principado de Asturias aporte al expediente el documento de consentimiento informado firmado por la paciente y las historias clínicas completas obrantes en el Hospital “X” y en el Hospital “Y”.

Acompaña copia de la escritura de poder otorgada por la reclamante a favor de su hija y del documento nacional de identidad de ambas.

**2.** Mediante oficio de 28 de enero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

**3.** Con la misma fecha, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del "X" una copia de la historia clínica de la paciente, incluyendo el documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica realizada el 3 de octubre de 2019 y los informes de los Servicios intervinientes, y a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia.

**4.** El día 15 de febrero de 2021, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante en la que constan los documentos de consentimiento informado suscritos por su hija, el 12 de octubre de 2019 para la práctica de traqueotomía percutánea y el 2 de enero de 2020 para osteosíntesis de fracturas diafisarias.

Figura en ella también el informe de traslado, firmado el día 5 de octubre de 2019 por el Facultativo Especialista de Área de Anestesiología-Reanimación del Hospital "X". En él se refleja que "en la madrugada del 4 al 5-10-2019 la paciente presenta cuadros de espasmos musculares asociados a trismus con imposibilidad de apertura bucal y marcada rigidez cervical, con desaturaciones asociadas. Pasa a la Unidad de Reanimación y comentado el caso con Medicina Interna, descartando tetania hipocalcémica (...), con TAC cervicocraneal sin hallazgos y ante la alta sospecha de cuadro tetánico (...) nos ponemos en contacto con UCI de referencia (.....) que acepta el traslado. Posteriormente la hija (...) nos indica si fuese posible el traslado a UCI de su centro de trabajo, poniéndonos de nuevo en contacto con UCI" del Hospital "Y", que "acepta el caso, procediendo la IOT para control vía aérea e instauración ventilación mecánica controlada bajo RNM para proceder al traslado".

**5.** Mediante oficio de 22 de febrero de 2021, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la documentación solicitada.

En el listado de notas del curso clínico hospitalario se deja constancia el 27 de septiembre de 2019, a las 19:49 horas, de que la paciente "acude por dolor en ESD tras caída casual", señalando la presencia de una "deformidad muy dolorosa de mitad inferior de brazo derecho con herida incisa de 1 cm en cara interna./ A la exploración no se observa fuerza para la extensión de los dedos ni de la muñeca, compatible con lesión del (nervio) radial". Se indica como diagnóstico principal "fractura de húmero distal + húmero proximal D + probable lesión del (nervio) radial". Se trata de una "mujer de 83 años con buena situación basal que ingresa por (...) fractura de húmero distal y proximal derecho con probable lesión del nervio radial. Apta por Anestesia", pendiente de fecha para intervención quirúrgica "(osteosíntesis). HTA, toma ARA-II. GBA, controlada con dieta (...). Anemia NN, Hb y TSH normales. Enero/2019".

Las observaciones de enfermería dejan constancia, el 4 de octubre 2019, de que "se aprecian heridas en lengua y boca de morderse" y de que horas más tarde se le aplica antiséptico bucal.

En las notas de curso clínico se recoge, a las 4:56 h del día 5 de octubre de 2019, que "avisan a las 4:31 por paciente con dificultad respiratoria en la planta. A mi llegada encuentro al equipo de enfermería realizando masaje cardíaco y a la paciente en parada respiratoria con pérdida de consciencia por probable obstrucción de la vía aérea. Abro vía aérea con cánula de Guedel y la paciente inmediatamente recupera ritmo respiratorio y consciencia y se palpa pulso taquicárdico, finalizándose masaje cardíaco. Realizo aspiración de abundantes secreciones en vía aérea alta a través de la cánula de Guedel. Medicina Interna y Anestesia valoran caso, se decide traslado (...) a Reanimación y continuar con seguimiento de la paciente por parte de Medicina Interna". Consta que a las 8:42 horas "avisan por nueva parada respiratoria. La paciente presenta trismus mandibular y caída de SAT a 34 %".

En las observaciones de curso clínico de ese mismo día, a las 11:42 h, se anota que "se procede a IOT en quirófano para control vía aérea para traslado a UCI" del Hospital "Y" "por presunto cuadro de trismus tetánico. Se procede al mismo y se instaura ventilación mecánica volumétrica controlada bajo RNM y

sedación profunda. Se advierte durante la exploración orofaríngea una lengua con lesiones evidentes de mordedura. Dado que el traumatólogo que atendió el primer trismus en la planta de madrugada refirió que en el intento de colocar una cánula orofaríngea se perdieron 2 piezas dentarias que posteriormente no se evidenciaron en la Rx de tórax, se observó durante la laringoscopia cavidad bucal, oro e hipofaringe y laringe sin que se evidenciase la presencia de piezas dentales”.

Entre la documentación remitida figuran, firmados por la paciente o su hija, los documentos de consentimiento informado para osteosíntesis de fractura de húmero derecho, osteosíntesis de fractura de húmero distal y proximal, anestesia regional periférica, anestesia general y transfusión de hemocomponentes.

El informe suscrito por el Director en Funciones del Área de Gestión Clínica de Urgencias señala que “la paciente es derivada al Servicio de Urgencias el 27-9-2019 por dolor en miembro superior derecho tras caída casual. En la exploración por el facultativo de Urgencias consta: deformidad muy dolorosa de mitad inferior de brazo derecho con herida incisa de 1 cm en cara interna. Fuerza y sensibilidad conservada. Movilidad limitada por dolor. Pulso radial./ Respecto a la reclamación presentada por la paciente, cabe destacar que en el informe no hay referencia al lugar” en el que se produjo “la caída y que el facultativo objetivó una herida incisa de 1 cm que en su momento no consideró que fuese una herida contaminada, si bien tampoco se investigó el estado vacunal de la paciente. Al no tratarse de una fractura abierta tampoco se consideró en un principio la cobertura antitetánica”.

El 10 de febrero de 2021, el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital “Y” informa que “la paciente (...) fue atendida (...) el 27-09-2019 tras haber sufrido una caída casual acaecida, según refirió (...), mientras recogía manzanas. En la exploración (...) presentaba dolor y deformidad en tercio inferior del brazo derecho, con herida incisa de aproximadamente 1 cm en cara interna del brazo derecho y con disminución de la fuerza extensora de la muñeca y de los dedos de la extremidad afecta,

compatible con afectación del nervio radial./ Llama la atención que en (...) la reclamación se cita que tiene "herida inciso/inciso-contusa" con fuerza y sensibilidad conservada y pulso radial presente. No existen heridas incisas/inciso-contusas: se trata de una herida incisa y (...) era obvio que la paciente tenía una lesión del nervio radial producida por la fractura (complicación relativamente frecuente, por otra parte). Tras los estudios radiológicos pertinentes es diagnosticada de fractura compleja de húmero derecho (fractura de tercio proximal y tercio medio-distal) con parálisis radial y se inmoviliza con férula de yeso y se le administra analgesia. Se decide ingreso hospitalario para intervención quirúrgica, evolucionando el preoperatorio sin incidencias, salvo los lógicos dolores que precisaron analgesia y apreciándose una leve mejoría de la parálisis radial./ Tras ser evaluada por el Servicio de Anestesia" y considerada "apta para cirugía fue programada para ser intervenida el 3-10-2019 para osteosíntesis abierta. El referido día es intervenida (...). En el estudio radiológico pertinente tras la cirugía se aprecia un desplazamiento del foco de fractura proximal, estando prevista la reintervención el 7-10-2019, no pudiendo llevarse a cabo esta última por los hechos objeto del presente documento (en el escrito de la parte demandante se dice que la paciente fue intervenida el 7/10/2019, hecho totalmente incierto). La paciente presentaba heridas en lengua por automordeduras desde la madrugada del día 4-10-2019 que evolucionaron hacia edema importante de lengua en las horas siguientes./ El aspecto de las heridas del brazo era normal a las 13:42 horas del día 4-10-2019./ A las 4:31 horas del día 5-10-2019 se avisa al médico de guardia de Traumatología por el primer episodio de parada respiratoria, que revierte al abrir la vía aérea. En su nota la médica de Medicina Interna hace constar que la boca está llena de secreción amarillenta con aliento fétido (típico olor producido por bacterias anaerobias). Posteriormente ante la situación de la paciente se traslada a Reanimación, procediéndose a realizar intubación orotraqueal para su traslado a la UVI" del Hospital "Y" con "el diagnóstico de sospecha de tétanos./ El diagnóstico de tétanos es básicamente clínico, tras descartar otras posibles causas que no concurrían en la paciente (...). No hay una prueba específica de laboratorio y

solo en un 30 % de los casos se consigue demostrar el *Clostridium tetani* en la herida o su toxina en la sangre. Dicho esto, no se puede establecer nexo irrefutable entre la mínima herida incisa en brazo (que no presentaba aspecto séptico en el momento de la cirugía, lo que hubiese contraindicado la misma, ni al día siguiente, ya que se habría hecho constar) y el cuadro tetánico. De acuerdo con los protocolos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (...) no se procede a la inmunización pasiva frente al tétanos porque no se trata de una fractura abierta (...). Llama la atención que la paciente tenía una boca séptica, con numerosas heridas por mordedura (automordedura) de al menos 24 horas de evolución (...). De lo (...) expuesto no cabe deducir la existencia de mala praxis por ninguno de los intervinientes (...). En todo momento la actuación ha sido diligente, poniendo todos los medios disponibles para el tratamiento de la paciente y consiguiendo salvarle la vida”.

**6.** Con fecha 26 de abril de 2021, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VII una copia de la historia clínica de Atención Primaria de la paciente, incluyendo “cualquier documento relativo a su estado vacunal”.

**7.** Mediante oficio de 14 de mayo de 2021, la Gerente del Área Sanitaria VII le envía un CD que contiene una copia de la historia clínica de Atención Primaria de la paciente.

**8.** El día 7 de octubre de 2021 emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Medicina Interna y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él explican que “el tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa no contagiosa (no se transmite entre personas) causada por *Clostridium tetani*, bacilo estrictamente anaerobio (necesita ambiente sin oxígeno para vivir) que se reproduce por esporas. Las esporas están extendidas de forma ubicua en el ambiente, sobre todo en el suelo de zonas cálidas y húmedas, y pueden estar

presentes en el tracto digestivo de seres humanos y animales”. Señalan que la enfermedad puede contraerse a través de, entre otras posibilidades, una herida cutánea, pinchazos accidentales, mordeduras de animales o infecciones dentales, indicando que en hasta el 30 % de los casos no se consigue identificar el lugar de entrada del microorganismo, pues ya no es visible cuando se producen los síntomas, y que “el periodo de incubación es variable, siendo más frecuente entre 3 y 21 días (intervalo de 1 a 60 días)./ En más del 80 % de los casos se presenta como una enfermedad espasmódica generalizada (...). La duración de la enfermedad suele ser entre 4-6 semanas, ya que la recuperación parece necesitar la regeneración de las terminaciones nerviosas./ El diagnóstico es eminentemente clínico, habitualmente sin confirmación de laboratorio. El tétanos puede afectar a cualquier grupo de edad y su tasa de letalidad es del 10-70 % en función del tratamiento, la edad y el estado general de salud del paciente. Sin hospitalización y cuidados intensivos la mortalidad (...) es casi del 100 %, mientras que con atención óptima puede reducirse al 10-20 %. La protección contra el tétanos es dependiente de anticuerpos y solo puede lograrse mediante la inmunización activa (vacuna antitetánica) o pasiva (inmunoglobulina antitetánica específica). El hecho de haber pasado la enfermedad no confiere inmunidad”. Aclaran que “en España en el momento actual es una enfermedad rara; está incluida en el calendario vacunal infantil desde 1975”.

Indican que el tratamiento se basa en evitar la producción y liberación de la toxina: desbridamiento de la herida inicial y administración de antibióticos, bloquear la toxina circulante mediante la administración de gammaglobulina antitetánica, protección de la vía aérea habitualmente con traqueostomía precoz, control de los espasmos musculares y de los síntomas neurovegetativos asociados, como hipertensión o taquicardia, tratamiento de soporte general e inmunización activa con una serie completa de vacunación.

Añaden que “la protección es incompleta tras la primera dosis de la vacuna; a las 2-4 semanas de la administración de la segunda dosis se suelen alcanzar concentraciones protectoras de antitoxina en la mayoría de vacunados, y una tercera dosis induce la inmunidad en casi el 100 %. El intervalo entre las 2

primeras dosis de vacunación con toxoide tetánico debe ser de al menos 4 semanas, y la 3.<sup>a</sup> dosis a los 6 meses”.

Respecto a la prevención del tétanos cuando se producen heridas, afirman que “dependiendo de la gravedad de la herida y de la fiabilidad de la información sobre vacunaciones antitetánicas anteriores deberá administrarse la vacuna si han pasado más de 10 años desde que el paciente recibió la última dosis (5 años si la herida es grave)”, subrayando que “se consideran heridas tetanígenas” las “heridas o quemaduras con importante grado de tejido desvitalizado, / herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), / heridas contaminadas con cuerpo extraño, / fracturas abiertas con herida, / mordeduras, / congelación, / heridas que precisan intervención quirúrgica y esta se retrasa más de 6 horas, / heridas en pacientes con sepsis sistémica”.

Tras un estudio detallado de la documentación clínica aportada, concluyen que “habría sido aconsejable iniciar la vacunación antitetánica en el Servicio de Urgencias tras objetivar la presencia de una herida en una paciente de la que se desconoce su situación vacunal (...). No siendo necesaria la administración de gammaglobulina antitetánica, por no objetivarse en la lesión signos de sospecha que faciliten el desarrollo de *Clostridium tetani* (...). Siendo una bacteria ubicua en el ambiente, no puede asegurarse que el punto de entrada haya sido la herida limpia de pequeño tamaño, incidental, que presentaba el brazo derecho, y no tener origen en una colonización oral (...). La administración precoz de la vacunación antitetánica no habría modificado el desarrollo de los acontecimientos, ya que toda vacuna necesita un tiempo para ser eficaz y generar una respuesta inmunitaria suficiente protectora. En el caso presente no pasaron ni siquiera 14 días desde el accidente (...). El incumplimiento del protocolo respecto al VAT no es generador de daño ni pérdida de oportunidad, no puede establecerse un nexo causal cierto, directo y total entre la administración de la vacuna antitetánica en Urgencias y el desarrollo posterior del cuadro de tétanos generalizado que presentó la paciente”.

**9.** Mediante oficio notificado a la interesada el 8 de octubre de 2021, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 8 de noviembre de 2021, presenta esta un escrito de alegaciones en el que destaca que el informe pericial concluye “de forma harto contradictoria que no se reflejó la situación vacunal de la paciente (quien sufrió caída al recoger manzanas, por tanto en zona de tierra, con herida inciso/inciso-contusa), que debería haberse administrado vacunación antitetánica en Urgencias (lo que no se llevó a efecto) y que, ello no obstante, ni habría por qué sospechar de tétanos, ni la administración de la VAT en Urgencias habría modificado su evolución posterior”.

Sostiene que lo que los hechos “ponen de manifiesto desde la perspectiva médico-legal es un daño objetivado, tétanos, y unas consecuencias que han desencadenado un resultado anormal y muy grave para los riesgos que cabría asumir”, añadiendo que “los protocolos establecen claramente la indicación de realizar vacunación y administración de gammaglobulina en este caso. La no realización de este adecuado protocolo desencadenó un tétanos muy grave que puso en riesgo la vida de la paciente y desencadenó (un) estado secular directo, por el tétanos, y también indirecto”.

Subraya que las “Recomendaciones de Utilización de vacunas td 2017 (...), en los supuestos de heridas potencialmente tetanígenas recomiendan la dosis de vacuna sin perjuicio de la obligada administración de inmunoglobulina”, y que no haber seguido estas pautas en el caso estudiado ha provocado “los acontecimientos clínicos acaecidos la madrugada del 4 al 5 de octubre de 2019”.

Reitera al Servicio de Salud del Principado de Asturias la petición de unión al expediente del documento de consentimiento informado firmado por la paciente y la totalidad de su historia clínica.

**10.** Mediante oficio de 15 de noviembre de 2021, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante concede a la interesada un nuevo plazo de quince

días para formular alegaciones, indicándole que en el expediente administrativo del cual se le dio traslado figura una copia digital íntegra de la prueba documental solicitada.

**11.** El día 26 de noviembre de 2021 la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que reproduce las formuladas el 8 de noviembre de 2021.

**12.** Con fecha 3 de diciembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “en el presente caso habría sido aconsejable iniciar la vacunación antitetánica en el Servicio de Urgencias tras objetivar la presencia de una herida en una paciente de la que se desconoce la situación vacunal. Pero dicho esto, no era necesaria la administración de gammaglobulina antitetánica por no existir en la lesión signos de sospecha que faciliten el desarrollo de *Clostridium tetani*. La paciente no reunía los factores de riesgo que actualmente se consideran necesarios para desarrollar un cuadro de tétanos, ya que presentaba una herida incisa de 1 cm, de pequeño tamaño, limpia, no contaminada de tierra ni otros cuerpos extraños, sin tejido necrótico en el que pudiera desarrollarse la bacteria anaerobia. Por otra parte, la fractura era cerrada, lo cual elimina la indicación de administración de gammaglobulina”.

Añade que “con toda probabilidad, en ausencia de la fractura asociada, la paciente ni siquiera hubiera solicitado asistencia médica por la escasa importancia de la citada herida”, señalando que “aun cuando se hubiese administrado la vacuna antitetánica en Urgencias en el momento del ingreso no se habría modificado la evolución posterior”, y que “tampoco puede asegurarse que el punto de entrada haya sido necesariamente la herida limpia de pequeño tamaño, incidental, que presentaba en el brazo derecho, y no haya podido tener origen en una colonización oral”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2022, 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 Salud, 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), está la interesada activamente legitimada 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 como 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 12 de enero de 2021 y, si bien los hechos de los que trae causa se remontan al ingreso hospitalario producido el día 27 de septiembre de 2019, lo cierto es que las complicaciones surgidas en el curso de la asistencia sanitaria prestada llevaron a que la paciente recibiera el alta hospitalaria definitiva el 13 de enero de 2020, por lo que es claro que ha sido 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 contenidas 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 resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

**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 "Solo 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.

**SIXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización

por los daños y perjuicios derivados de la falta de activación del protocolo de vacunación en una paciente con tétanos que acude al Servicio de Urgencias por una caída, estimando que existe un daño desproporcionado como resultado de la asistencia sanitaria prestada en el caso de una fractura proximal y distal del húmero derecho.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la efectividad de ciertos daños alegados que la interesada imputa a una mala praxis, pues siendo una persona independiente y habiendo ingresado en el hospital por haber sufrido la rotura del húmero derecho, en el momento del alta presenta una dependencia total para las actividades de la vida diaria.

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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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- 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, en relación con los síntomas presentados, 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos 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.

En el supuesto examinado, la perjudicada -una mujer de 83 años en el momento de los hechos- sufre el día 27 de septiembre de 2019 una caída casual

que le provoca una fractura proximal y distal de húmero derecho con probable parálisis del nervio radial asociada y una herida incisa de un centímetro en la cara interna del brazo. Es valorada por ello en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde se confirma la lesión, se le administra analgesia y se procede al ingreso para tratamiento quirúrgico, previa obtención del consentimiento informado. El día 3 de octubre se procede a la reducción y osteosíntesis bajo anestesia general en el quirófano, no produciéndose ninguna complicación durante el procedimiento ni de forma inmediata al mismo. Detectado un desplazamiento del foco de la fractura proximal, la paciente permanece ingresada con vistas a ser reintervenida el día 7 del mismo mes. Además, tras la operación se aprecia que presenta lesiones linguales, probablemente secundarias a mordeduras de al menos 24 horas de evolución, iniciando tratamiento tópico con antiséptico bucal. En la madrugada del 5 de octubre de 2019 presenta dificultad para la movilización de secreciones, trismus, desaturación y parada respiratoria. En este momento se aprecia la presencia de lesiones linguales de mordedura, junto con halitosis y secreciones amarillentas en cavidad oral. A las 8:00 h presenta un nuevo episodio de parada respiratoria y desaturación severa con trismus. Con la sospecha diagnóstica de tétanos, se procede a administrarle gammaglobulina antitetánica subcutánea alrededor de la herida quirúrgica e intramuscular, y se inicia tratamiento antibiótico. Además, se procede a la intubación orotraqueal electiva para protección de vía aérea, que se realiza en quirófano sin incidencias, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Y".

La enferma permanece ingresada en la UCI durante 85 días, padeciendo múltiples complicaciones infecciosas y colonizaciones respiratorias y urinarias por microorganismos multirresistentes. Al ser dada de alta en la UCI presenta rigidez importante de las cuatro extremidades, siendo derivada al Servicio de Medicina Interna del Hospital "Y", donde permanece ingresada hasta ser dada de alta el 13 de enero de 2020, evolucionando bien del cuadro confusional que presentaba. Habiendo sido valorada por los servicios sociales es trasladada a una residencia, donde ingresa con "vida cama-sillón-silla de ruedas, dependencia

total para las (actividades básicas de la vida diaria) e incontinencia urinaria. Presenta deterioro cognitivo leve con problemas de memoria y desorientación temporo-espacial en probable relación con demencia vascular”.

La reclamante califica el tétanos como un “daño objetivado” cuyas consecuencias suponen “un resultado anormal y muy grave”, afirmando que “presentaba fractura bifocal de húmero derecho con herida asociada, se desconocía su estado vacunal/inmunológico para el tétanos y los protocolos establecen claramente la indicación de realizar vacunación y administración de gammaglobulina en este caso. La no realización de este adecuado protocolo desencadenó un tétanos muy grave que puso en riesgo la vida de la paciente y (...) el estado secuelar”, reiterando en el trámite de alegaciones que debería haberse aplicado la vacuna en el momento inicial de la asistencia sanitaria, tal y como indican los protocolos y recomendaciones aplicables, insistiendo en que es la falta de seguimiento de tales protocolos lo que ha provocado “los acontecimientos clínicos acaecidos la madrugada del 4 al 5 de octubre de 2019”.

Planteada la cuestión en estos términos procede analizar las diferentes imputaciones de la reclamación, advirtiendo, de principio, que la perjudicada no aporta ninguna prueba pericial que sustente sus afirmaciones, debiendo analizar la documentación presentada por la Administración toda vez que el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios técnicos aportados por los informes obrantes en el expediente.

Cuando la reclamante alude a un “resultado anormal y muy grave” debemos partir de que concurren en este caso dos dolencias, derivando las fatales consecuencias sufridas de una de ellas: el tétanos. Por tanto, ha de diferenciarse la asistencia recibida en el momento del ingreso por causa de la fractura que presentaba -motivo que la lleva a acudir al hospital- de la detección del tétanos y de la valoración de las heridas que mostraba en ese instante. La interesada centra su reproche en la falta de seguimiento de un supuesto protocolo -que no acompaña- en materia de vacunación que entiende desencadena “un tétanos muy grave”. Al respecto, no puede sostenerse que el daño causado haya sido desproporcionado, pues en el presente caso no se dan

los requisitos que la jurisprudencia ha establecido como necesarios para que este concepto pueda aplicarse. En efecto, como hemos señalado en ocasiones anteriores, el Tribunal Supremo afirma en su Sentencia de 27 de diciembre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:8835- (Sala de lo Civil, Sección 1.ª) que “el daño desproporcionado no es un criterio de imputación. Es aquel no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria”, alterando “los cánones generales sobre la responsabilidad civil médica en relación con el *onus probandi* de la relación de causalidad y la presunción de culpa”, por lo que “no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuirse a los médicos cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación”. En este sentido, dado que el daño desproporcionado no es un criterio de imputación en sí mismo, sino que su presencia invierte la carga de la prueba que en otro caso pesaría sobre la reclamante, debe analizarse si la Administración sanitaria ha acreditado de modo coherente el mecanismo de causación de los daños eliminando la sospecha de mala praxis.

A la luz de los informes médicos obrantes en el expediente y conocidos por la reclamante, queda acreditado que la fractura del brazo por la que esta acude al hospital es debidamente abordada por el personal sanitario. Además de la fractura la paciente presenta una pequeña herida, de un centímetro, limpia, en el brazo. Frente a la afirmación de que no se han seguido los protocolos en materia de vacunación al momento del ingreso formulada por la interesada -que no se acompaña de soporte alguno-, el Servicio de Urgencias del “X”, donde se atiende en el primer momento a la paciente, señala que “en el informe no hay referencia al lugar” en el que se produjo “la caída y que el facultativo objetivó una herida incisa de 1 cm que en su momento no consideró que fuese una herida contaminada, si bien tampoco se investigó el estado vacunal de la paciente. Al no tratarse de una fractura abierta tampoco se consideró en un principio la cobertura antitetánica”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Traumatología del mismo hospital informa que, “de acuerdo con los protocolos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (...), no se procede a la inmunización pasiva frente al tétanos porque no se trata de una fractura abierta (de ser una fractura abierta se hubiese procedido a la inmunización pasiva de la paciente y a su cobertura antibiótica adecuada) dado que era una paciente con una fractura compleja de húmero con parálisis radial, que además presentaba en el mismo miembro una herida incisa sin contaminación”. Se advierte además en este informe, de especial trascendencia por la especialidad médica de quien lo suscribe, que “el aspecto de las heridas del brazo era normal a las 13:42 horas del día 4-10-2019”; que “el diagnóstico de tétanos es básicamente clínico, tras descartar otras posibles causas que no concurrían en la paciente (...). No hay una prueba específica de laboratorio y solo en un 30 % de los casos se consigue demostrar el *Clostridium tetani* en la herida o su toxina en la sangre”, y que además “no se puede establecer nexo irrefutable entre la mínima herida incisa en brazo (que no presentaba aspecto séptico en el momento de la cirugía, lo que hubiese contraindicado la misma, ni al día siguiente, ya que se habría hecho constar) y el cuadro tetánico”.

Por otra parte, sí queda acreditado en el expediente que a los cinco días del ingreso hospitalario y tras la primera intervención se aprecian los síntomas de la enfermedad -cuadros de espasmos musculares asociados a trismus con imposibilidad de apertura bucal y marcada rigidez cervical, con desaturaciones asociadas-, descartando tetania hipocalcémica tras la práctica de un TAC cervicocraneal sin hallazgos, y que ante la alta sospecha de cuadro tetánico se intenta confirmar el diagnóstico, obteniendo muestras de la herida del brazo sin conseguir demostrar la presencia de *Clostridium tetani* en la misma (habiéndose practicado una PCR de resultado negativo, analizada en el Instituto Carlos III, de Madrid), y muestras de suero para detectar la presencia de la toxina y de anticuerpos específicos tipo IgG, también negativas. En todo caso, dada la sospecha de tétanos, se inicia tratamiento de soporte y vacunación antitetánica,

suministrando la primera dosis el día 7 de octubre y la segunda el 8 de noviembre.

En la misma línea, el informe pericial incorporado al expediente efectúa un pormenorizado análisis de la enfermedad bacteriana infecciosa e indica los modos en que esta puede contraerse por un ser humano, concluyendo que, si bien habría sido aconsejable iniciar la vacunación antitetánica en el Servicio de Urgencias tras objetivar la presencia de una herida en una paciente de la que se desconoce su situación vacunal, en el caso concreto no era necesaria la administración de gammaglobulina antitetánica por no objetivarse en la lesión signos de sospecha que facilitarían el desarrollo de *Clostridium tetani*.

Por tanto, en el caso analizado todos los informes obrantes en el expediente reconocen la existencia de una actuación conforme a la *lex artis*, habida cuenta de que las circunstancias concurrentes no llevaban a la necesidad de iniciar la administración de la vacuna antitetánica en el momento del ingreso, dada la entidad de la herida, el desconocimiento del lugar en el que se había producido la caída que motivó la asistencia sanitaria, el periodo de evolución de la enfermedad, la contraindicación de una intervención quirúrgica de haberse apreciado la infección por tétanos y, en todo caso, la realización de pruebas tendentes a confirmar la sospecha de este diagnóstico tan pronto como se evidenciaron los síntomas.

Pero, además, debe tomarse en consideración la falta de certeza de que el origen del contagio se encuentre en la herida del brazo seguida de que la propia evolución de la enfermedad no hubiera variado de haberse iniciado la vacunación en el momento en que la paciente es atendida en el Servicio de Urgencias.

El Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y" llama la atención sobre el hecho de que "la paciente tenía una boca séptica, con numerosas heridas por mordedura (automordedura) de al menos 24 horas de evolución", por lo que concluye que "podría tratarse de un tétanos con puerta de entrada en heridas inciso-contusas (las típicas heridas por mordedura) en un ambiente tan séptico como es la cavidad bucal. Asumiendo que el periodo de incubación

del tétanos es variable (desde 24 horas hasta los 54 días después de la herida), este bien pudo deberse a la presencia del bacilo en la cavidad bucal y que penetrase en los tejidos por las mordeduras en la lengua y no a una simple herida incisa de tamaño mínimo sin signos de contaminación”.

En el mismo sentido, y sin que haya opuesto nada la reclamante en el trámite de audiencia, el informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora subraya que “no puede asegurarse que el punto de entrada haya sido la herida limpia de pequeño tamaño, incidental, que presentaba el brazo derecho, y no tener origen en una colonización oral”, señalando que la enfermedad puede contraerse a través de, entre otras posibilidades, una herida cutánea o infecciones dentales, indicando que en hasta el 30 % de los casos no se consigue identificar el lugar de entrada del microorganismo, pues ya no es visible cuando se producen los síntomas, y que “el periodo de incubación es muy variable, siendo más frecuente entre 3 y 21 días (intervalo de 1 a 60 días)”.

Por último, los informes obrantes en el expediente destacan que, a la luz del curso normal de la enfermedad y de la actuación de la vacuna, incluso si el punto de entrada hubiese sido la pequeña herida que la paciente presentaba en el brazo la administración precoz de la vacuna antitetánica -que, insistimos, no era necesaria en este caso según el resultado de la valoración inicial de la herida- no habría modificado el desarrollo de los acontecimientos, ya que toda vacuna necesita un tiempo para ser eficaz y generar una respuesta inmunitaria suficiente protectora. En efecto, la protección que brinda la vacuna es incompleta tras la primera dosis, tardando entre dos y cuatro semanas en alcanzarse, en la mayoría de los casos, concentraciones protectoras de antitoxina.

A la vista de estos datos, puede concluirse que no es la falta de vacunación inicial lo que pone en riesgo la vida de la paciente, sino el tétanos, ante cuya sospecha, cuando se revela, y tal y como consta en la historia clínica, la actuación de los servicios sanitarios es adecuada y conforme con los protocolos, habiendo brindado el tratamiento aconsejado en tales casos y

salvando la vida de la paciente, cuya prolongada permanencia en la UCI se desencadena por la propia gravedad de la enfermedad.

En definitiva, consideramos que la Administración sanitaria ha acreditado de modo coherente el mecanismo de causación de los daños sin atisbo de mala praxis médica en la asistencia prestada a una paciente con tétanos. Por tanto, no cabe reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y la reclamación ha de ser desestimada.

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.