

Dictamen Núm. 254/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
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 27 de octubre de 2022, 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 14 de junio de 2022 -registrada de entrada el día 17 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la deficiente asistencia en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de noviembre de 2021, la interesada presenta en el registro del Ayuntamiento de Castrillón una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de su esposo que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Expone que el día 25 de noviembre de 2020 el perjudicado acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “por fiebre por la mañana y tos desde el día anterior, por lo que se le realiza el test COVID con resultado positivo”. Ante la sospecha de “neumonía COVID-19” se decide su ingreso en el box, y el 1 de diciembre de 2020 es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de “neumonía grave por COVID-19”. Añade que el día 2 de diciembre de 2020 “se decide intubación orotraqueal, se entiende que por el deterioro hipoxémico progresivo”, y “tras la administración de la anestesia sufre una parada cardíaca (...), saliendo de la parada según consta en informe del día, (en) el cual consta también la sospecha de reacción anafiláctica a algún sedante/BNM, es decir, sufrió una reacción alérgica grave, constatando entre paréntesis que `el paciente refirió problemas con anestésicos previos sin precisar con qué fármaco´ (...). Finalmente el día 12 de diciembre de 2021, a las 6:30 horas (...), entra en parada y no se le realiza (reanimación cardiopulmonar), produciéndose exitus”.

A su juicio, la negligencia “se concreta en la administración al paciente de una anestesia que le provocó una parada cardíaca tras una reacción anafiláctica, (...), hecho que se podría haber evitado consultando el historial médico (...), a mayores, después de haber sido avisado específicamente por el propio paciente”. Considera que “la falta de diligencia médica no solamente acarreó una pérdida de oportunidad de supervivencia por el uso de anestesia inadecuada, sino que los tratamientos empleados erróneamente le ocasionaron un sufrimiento innecesario”.

Cuantifica la indemnización que solicita en noventa y un mil doscientos cincuenta y ocho euros con setenta y dos céntimos (91.258,72 €).

Adjunta a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Documento nacional de identidad del finado y de la interesada. b) Libro de Familia. c) Diversa documentación médica relativa al proceso de referencia.

2. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 23 de diciembre de 2021 el Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica del paciente, así como los informes obrantes en el Servicio de Anestesiología y un informe librado por un Facultativo Especialista del Área de Medicina Intensiva. Este último concluye que la reclamación “se sustenta en un evento anecdótico y sin repercusión, ni secuelas, ni trascendencia para el desenlace final, reflejado de forma imprecisa en la documentación clínica por el personal facultativo como consecuencia directa de una situación extraordinaria en la pandemia COVID-19”.

3. Mediante acuerdo de 5 de enero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas procede a la acumulación de los expedientes núm. 2021/155, 2021/156 y 2021/157, instruidos a instancia de los hijos del perjudicado, al expediente núm. 2021/143, iniciado tras la reclamación formulada por la esposa de aquel.

4. A continuación, se incorporan al expediente las reclamaciones presentadas por los hijos del finado el 3 de diciembre de 2021 y la documentación que acompañan. El contenido de aquellas resulta, en esencia, idéntico al de la reclamación planteada por la esposa del perjudicado, vertiendo imputaciones al respecto de que su padre sufrió un shock anafiláctico como consecuencia de no haber tenido en cuenta sus problemas previos con algunas “anestésias”. La indemnización que solicitan se cifra en 52.627,17 € para la hija que reclama en el primer expediente que se acumula y en 21.300,66 € para cada uno de los otros dos hijos.

5. El día 5 de enero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica 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, les adjunta una copia del acuerdo de acumulación de las reclamaciones.

6. Con fecha 4 de marzo de 2022, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una de ellas en Medicina Intensiva y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él formulan una serie de consideraciones médicas en relación con la COVID-19, incluyendo su manejo intrahospitalario, así como sobre las complicaciones graves durante la intubación orotraqueal y los fármacos sedantes utilizados en el paciente crítico. Tras analizar la documentación aportada, concluyen que la "hipotensión extrema y situación equivalente a parada cardíaca que requirió expansión plasmática y 2 minutos de masaje cardíaco" es una complicación "frecuente, posible y bien conocida entre los médicos intensivistas". Aseguran que "no existían antecedentes clínicos de reacción alérgica a ningún fármaco", pese a lo cual "se tomó en consideración la posibilidad de posible efecto adverso medicamentoso (...), descartándose reacción anafiláctica tanto a Propofol como Midazolam, fármacos que fueron empleados durante su asistencia sin evidencia de complicación alérgica". Y consideran que "no existe nexo causal entre la actuación inicial y la complicación sufrida y el fallecimiento".

7. Concluida la fase de instrucción del procedimiento, el 14 de marzo de 2022 la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 8 de abril de 2022, los interesados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que insisten en las imputaciones vertidas en su reclamación sobre las complicaciones anestésicas previas del

paciente, que -según afirman- fueron desatendidas, de modo que se le administró un anestésico que le provocó una parada cardíaca tras una reacción anafiláctica.

8. Mediante oficios de 20 de abril de 2022, el Inspector de prestaciones Sanitarias requiere a los interesados para que “remitan las alegaciones correctamente firmadas”, dado que el escrito presentado en nombre de todos los reclamantes contiene una firma no identificada.

Consta en el expediente que aquellos atendieron al citado requerimiento presentando de forma individual los escritos de alegaciones debidamente rubricados.

9. El día 1 de junio de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en las consideraciones emitidas por el Jefe del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, que estima “contundentes y claramente explicativas de lo sucedido y que además no son objeto de contradicción por los reclamantes, que centran todas sus alegaciones en algunas de las afirmaciones vertidas en el dictamen aportado por la compañía aseguradora”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 14 de junio 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 de los expedientes núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada de los mismos 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 -en tanto que esposa e hijos del perjudicado- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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, las reclamaciones se presentan con fecha 26 de noviembre de 2021 -la de la esposa- y 3 de diciembre de 2021 -las de los hijos-, habiendo tenido lugar el fallecimiento del perjudicado el día

12 de diciembre de 2020, por lo que es claro que han sido formuladas 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 del servicio afectado, 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 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 “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman ser indemnizados por los daños derivados de la parada cardíaca sufrida por su familiar tras lo que consideran una reacción anafiláctica.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, 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 y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 49/2021), 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 (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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 que analizamos, los reclamantes afirman que la asistencia recibida por su familiar fue negligente debido a que durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos se le administró “una anestesia que le provocó una parada cardíaca tras una reacción anafiláctica (...), hecho que se podría haber evitado consultando el historial médico del paciente, a mayores, después de haber sido avisado específicamente por el propio paciente”.

Con carácter previo, debemos señalar que nos encontramos ante un paciente de edad avanzada -80 años- y con hipertensión que precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos el día 2 de diciembre de 2020 como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda grave por neumonía bilateral COVID-19, tras un ingreso de 7 días en planta de hospitalización con agravamiento progresivo de su infección pulmonar a pesar del tratamiento administrado. El especialista en Medicina Intensiva del hospital donde fue atendido el paciente explica que “durante el ingreso presenta múltiples episodios de dicha hipotensión severa inherente a su proceso de sepsis y asociada en ocasiones a diferentes ‘anestésicos’, respondiendo desfavorablemente al tratamiento. Uno de estos episodios ocurre durante la inducción anestésica para la intubación al ingreso en (la Unidad de Cuidados Intensivos), como es por otra parte habitual en pacientes con procesos infecciosos (...). El episodio acaecido durante la necesaria intubación emergente del paciente es etiquetada de forma abreviada pero inexacta como ‘PCR’, posteriormente como ‘DEM’, así como también como ‘posible shock

anafiláctico/alergia', no correspondiéndose la fisiopatología, la reversibilidad *ad integrum* en breve tiempo sin secuelas y el comportamiento clínico de lo ocurrido con ninguno de estos supuestos".

Por su parte, los especialistas en Medicina Intensiva y en Cirugía General y del Aparato Digestivo que informan a instancias de la entidad aseguradora, tras analizar la documentación clínica del caso y con cita de abundante literatura médica, niegan categóricamente que sufriera una reacción anafiláctica. Explican que "en la situación clínica del paciente (...) la administración de fármacos para la sedoanalgesia era imprescindible y totalmente necesaria para realizar la intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva posterior, así como la administración de esos mismos fármacos para permitir la interacción paciente-respirador en el tratamiento de un síndrome de distrés respiratorio del adulto. Sin dichos fármacos (...) no hubiera sido posible el procedimiento y el paciente hubiera fallecido en las siguientes horas o pocos días". Añaden que "estos fármacos y en dicha situación clínica presentan posibles efectos fisiológicos no deseados, y no evitables en su totalidad, que se traducen en una hipotensión extrema en este caso", y que "el potente estímulo vaso vagal que se produce en muchos pacientes con la intubación orotraqueal (...) puede provocar un cuadro de parada cardiorrespiratoria por analogía y exacerbación de los mismos procesos fisiopatológicos que los sedantes empleados". Indican que, "como todo paciente COVID con múltiples días de hospitalización previos, era inevitable presentar una situación de hipovolemia por deshidratación y restricción en el aporte de volumen e ingesta vía oral, dada la situación respiratoria, lo cual le hacía más vulnerable y propenso a sufrir este tipo de consecuencias peri-procedimiento". Destacan igualmente la edad avanzada del paciente, así como la hipertensión que padecía como factores de comorbilidad.

Sostienen que "no existe en la historia clínica ninguna evidencia de que la parada cardiorrespiratoria se produjese por un shock anafiláctico, sino por una hipotensión arterial secundaria a vasoplejia e hipovolemia relativa, sumada

al potente estímulo vaso vago de la propia intubación orotraqueal y el contexto clínico”. Y como pruebas de que no se produjo un shock anafiláctico alegan que “la parada cardiorrespiratoria en el shock anafiláctico se produce usualmente por obstrucción de vía aérea e insuficiencia respiratoria aguda, entre otras; sin embargo, no se describe en el procedimiento de intubación edema de mucosas o dificultad para intubación sobreañadida”, y “tampoco (...) la presencia de estigmas en la piel: eritema, ronchas, inflamación de párpados y/o labios”.

Además, ponen de manifiesto que durante la estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, y una vez estabilizado tras el evento crítico, “se utilizan Midazolam y Propofol sin nuevos eventos adversos asociados, lo que descarta alergia a cualquiera de los fármacos”. En efecto, revisada la historia clínica del paciente constatamos que al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos -el día 2 de diciembre de 2020- el paciente fue sedoanalgesiado con “Propofol (12 ml/h) + Fentanest a 50 mcg/h” (folio 26 de la historia Selene), sufriendo horas después la parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, el Fentanest y el Midazolam fueron utilizados nuevamente ese mismo día a las 19:21 horas y en los días posteriores se administró también Propofol sin experimentar ninguna parada (folios 27 y siguientes de la historia Selene).

En definitiva, la complicación sufrida durante la intubación orotraqueal “se encuentra dentro de los riesgos habituales y frecuentes del procedimiento, está registrada y documentada adecuadamente y respondió a las medidas de tratamiento empleadas en un corto periodo de tiempo, que fueron adecuadas y completas según el conocimiento vigente actual y las guías de práctica clínica”, como explican los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora. Así, entre la literatura médica que citan consta que “los pacientes críticos con COVID-19 son más susceptibles de desarrollar hipoxemia severa y complicaciones durante el proceso de intubación. Alrededor del 10 % de los pacientes críticos desarrollan hipoxemia severa (SpO₂ < 80 %) durante la maniobra de intubación y aproximadamente el 2 % parada cardiorrespiratoria. Estos porcentajes son mayores en los pacientes críticos con COVID-19”.

En cualquier caso, debe significarse que no existían antecedentes de reacción adversa medicamentosa en su historia clínica, al contrario de lo manifestado por la familia. Al respecto, el Facultativo Especialista del Área de Medicina Interna advierte en su informe que “el paciente fue estudiado tras episodios de desaturación (no anafilaxia ni hipotensión) durante 2 intervenciones quirúrgicas sin llegarse a un diagnóstico causal”.

Los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora afirman que, tras revisar todo el historial médico, “se descarta que el paciente hubiera padecido reacciones adversas medicamentosas asociadas a fármacos sedantes utilizados en intervenciones quirúrgicas previas./ Solo se documentan problemas de ventilación tras anestesia general que fueron documentados y estudiados por el Servicio de Neumología”. Señalan que no consta el uso de Propofol o Midazolam (fármacos utilizados para la intubación orotraqueal realizada en diciembre de 2020) en la intervención quirúrgica del año 2002, la cual “fue suspendida por problemas ventilatorios”, puesto que en aquella ocasión se administró “Remifentanilo y Thalamonal, que contiene una mezcla de fentanilo y dehidorbenzoperidol”. En efecto, analizados los diversos informes médicos remitidos observamos que en todos ellos figura “NAMC”, acrónimo de no alergias medicamentos conocidas, y en los informes del Servicio de Anestesiología y Reanimación se hace constar en el apartado de alergias “sin alertas conocidas”. Para concluir, los autores del informe pericial creen que “el paciente y su familia eran desconocedores absolutos (...) de la razón” por la que se suspendieron “en alguna ocasión intervenciones quirúrgicas necesarias para otros problemas de salud, así como de los estudios realizados en tal contexto, que nunca concluyeron con un problema de reacción alérgica a ningún fármaco, ni parece que los fármacos empleados en este último ingreso fueran los utilizados durante aquellos procesos quirúrgicos”.

Finalmente, tampoco es posible anudar el fallecimiento del paciente a la hipotensión extrema y situación equivalente a una parada cardíaca que tuvo lugar diez días antes del fatal desenlace. Así lo afirma el especialista en

Medicina Interna al señalar que “no existe nexo causal ni relación fisiopatológica entre lo ocurrido en la intubación (episodio de hipotensión-bradicardia extrema) y el fallecimiento del paciente 10 días después por fallo respiratorio por COVID-19”. Añade que el óbito es “fruto de una neumonía grave COVID-19 (motivo por el que ingresa en (la Unidad de Cuidados Intensivos) y sus resultantes complicaciones clínicas en un contexto de mal pronóstico *a priori* en paciente octogenario con patología oncológica y varias comorbilidades previas, no” siendo “el evento durante la intubación diez días antes relevante para el posterior deceso”.

A idénticas conclusiones llegan los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora. Consideran que “no existe nexo causal entre el fallecimiento y la administración de fármacos sedantes utilizados”, pero “sí existe claro nexo causal entre la infección por SARS-CoV-2, desarrollo de neumonía bilateral secundaria y posterior progresión a síndrome de distrés respiratorio del adulto con evolución desfavorable y muerte”. Y recuerdan que el estado de salud previo (hipertensión arterial y edad avanzada mayor a 65 años) “condicionaba un peor pronóstico ante la enfermedad”. Añaden que “no se ha podido documentar mala praxis, negligencia o mal funcionamiento del servicio de salud”.

Estas conclusiones en ningún momento han sido desvirtuadas por los reclamantes, cuyas imputaciones se sustentan únicamente en sus propias opiniones, puesto que en el marco del procedimiento administrativo no han acudido al derecho que la ley les confiere de presentar pruebas o pericias que acrediten una mala praxis médica.

En definitiva, los informes técnicos incorporados al expediente, únicos elementos puestos a disposición de este Consejo para formar su convicción, permiten concluir que el perjudicado no sufrió ninguna reacción alérgica o shock anafiláctico, sino que experimentó una hipotensión extrema y situación equivalente a parada cardíaca en un contexto de síndrome de distrés respiratorio del adulto secundario a una neumonía bilateral por infección por

SARS-CoV-2, lo que provocó su fallecimiento. En consecuencia, tal y como defienden todos los especialistas que han analizado el caso, la actuación del personal sanitario ha sido correcta y adaptada a la *lex artis*.

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.