

Dictamen Núm. 111/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de julio de 2025, 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 28 de abril de 2025 -registrada de entrada el día 2 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye al tratamiento inadecuado de un empiema por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 15 de enero de 2025 el interesado presenta en el Registro Electrónico General una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los perjuicios que el interesado atribuye al tratamiento incorrecto de un empiema.

Expone que el día 17 de julio de 2023 acude al Servicio de Urgencias del Hospital por “dolor en el costal derecho” y allí se le diagnostica “derrame pleural derecho tipo exudado complicado, insuficiencia respiratoria parcial,

bacteriuria asintomática, hiponatremia leve e hiperglucemia basal” y queda ingresado.

Según señala, el 21 de julio de 2023 el Servicio de Rehabilitación aprecia “positivamente la evolución con drenaje y antibioterapia del empiema respiratorio” y el día 25 del mismo mes le “repiten nuevamente el TC tórax, observando una disminución del derrame pleural y unos cambios compatibles con un proceso neumónico. Presentaba fiebre, pese al drenaje torácico”. Afirma que continúa arrojando “un resultado de líquido pleural positivo y la valoración del médico es de ‘posible candidato a (Unidad de Cuidados Intensivos)’”. Refiere que “en fecha 27 de julio de 2023, dos días después de repetirme las pruebas y arrojar los resultados descritos”, el Servicio de Neumología decide darle el alta. Asevera que, en ese momento, la herida, “supuraba” y que presentaba “una sintomatología muy similar a la del ingreso, con resultado de líquido pleural positivo”. Continúa relatando que el día 11 de agosto acude de nuevo al Servicio de Urgencias del mismo hospital por “dolor en el costado derecho” y “esa misma madrugada, 12 de agosto de 2023”, le hacen un TC de tórax, “presentando un aumento considerable en el derrame pleural derecho”, así como infección, quedando “ingresado”. El 24 de agosto “tras presentar una mejoría progresiva radiológicamente, analíticamente y clínicamente”, le retiran “el drenaje torácico” y “se decide alta hospitalaria con control ambulatorio” y, finalmente “tras llevarse a cabo un seguimiento por el Servicio de Neumología”, causa “alta definitiva en fecha 23 de enero de 2024 por reabsorción del empiema”.

Considera “evidente con la documental aportada la actuación negligente del Hospital, consistente en llevar a cabo un tratamiento incorrecto de la patología que presentaba, valorando erróneamente las pruebas realizadas, lo cual produjo que, en fecha 27 de julio de 2023, (le) dieran el alta hospitalaria, presentando unos resultados negativos, con supuración e infección en la herida que (le) causaba fiebre, teniendo que volver a los pocos días en peores condiciones que las del ingreso inicial”.

Solicita una indemnización de siete mil ochocientos cuarenta y un euros con sesenta y tres céntimos (7.841,63 €) por 39 días de perjuicio personal particular moderado (del 17 de julio de 2023 al 24 de agosto de 2023) y 152 días de perjuicio personal básico (desde el 25 de agosto hasta el 23 de enero de 2024).

Adjunta diversa documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que reclama.

2. Mediante oficio de 28 de enero de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido servicio, el nombramiento de Instructora del procedimiento, las normas aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Con fecha 7 de marzo de 2025 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite a la Instructora, previa petición, el informe librado por la Directora del Área de Gestión Clínica del Pulmón del Hospital

En el informe se puntualiza que “en las historias de todos los pacientes que ingresan en respiratorio figura siempre al final ‘el paciente es o no es candidato a UVI’” para que, en caso de que el paciente sufra una urgencia durante el ingreso, “los médicos de guardia sean capaces de ver rápidamente si es necesario o no solicitar valoración al Servicio de Medicina Intensiva (esta es una práctica que se inició durante la pandemia ante la presencia de muchos enfermos graves para facilitar la asistencia)”. Refiere que el paciente, ahora reclamante, “acude en julio-23 por un cuadro de dolor torácico, disnea y sensación distérmica. A su ingreso se objetiva derrame pleural derecho, realizándose toracocentesis, diagnóstico compatible con empiema pleural derecho. Se colocó drenaje torácico iniciando tratamiento con amoxicilina-clavulánico (...), tal como se procede en todos los casos de empiema pleural. A las 48 horas se inició instilación de uroquinasa para facilitar el drenaje del

derrame pleural complicado. El cultivo de líquido pleural fue positivo para *Porphyromonas endodontalis* (PCR positiva) y *Streptococcus* grupo *anginosus* (cultivo positivo, siendo sensible a la penicilina en el antibiograma realizado). Durante el ingreso se cambió la pauta antibiótica por persistencia de fiebre, realizándose TC de tórax 48 horas antes del alta en el que se objetiva importante mejoría del derrame pleural con persistencia todavía de condensación. El paciente estaba afebril en las últimas 48 horas por lo que se decide alta según criterio clínico ante la estabilidad del paciente, recomendando tratamiento al alta con amoxicilina-clavulánico y aportando recomendaciones que incluyen ponerse en contacto con la Unidad de Pleura en caso de empeoramiento clínico (tal como consta en el informe de alta que se aporta). El día 12-08-2023 el paciente reingresa por empeoramiento clínico (...) del proceso pleural. Nuevamente se colocó drenaje torácico y se inició nuevamente pauta antibiótica con piperacilina/tazobactam. El paciente fue evolucionando bien a lo largo de los días con mejoría clínica progresiva objetivando también mejoría en las pruebas de imagen (TC que se repitieron durante el ingreso), por lo que con fecha 24-08-2023 fue dado de alta con pauta antibiótica durante 14 días. Se recomendó revisión en la Unidad de Pleura pero, según consta en la historia clínica, el paciente no vino a revisión. Tampoco acudió a la consulta de Endocrinología que se había solicitado por hiperglucemia./ Es importante recordar que las infecciones pleurales, en concreto la presencia de empiema pleural con cultivos positivos para diferentes patógenos, son procesos graves, con mucha encapsulación de la infección, donde los antibióticos llegan con cierta dificultad, siendo necesario realizar drenajes pleurales complejos y que en una elevada proporción de casos acaban precisando decorticación quirúrgica. En este caso, se ha realizado un manejo conservador, en mi opinión totalmente correcto y se ha evitado en este paciente la necesidad de una decorticación quirúrgica. Desconozco evolución ya que el paciente no ha acudido a revisiones a la Unidad de Pleura, si bien hay una visita reciente a Urgencias por otro motivo donde no hay ninguna referencia a ninguna complicación desde el punto de vista pulmonar”.

4. Consta, seguidamente, incorporado al expediente el Informe Técnico de Evaluación suscrito por la Instructora el día 12 de marzo de 2025 en el que reproduce de forma sintética el contenido de la reclamación y el contenido esencial de los informes obrantes en el expediente y, tras poner de relieve que, según la bibliografía médica que se cita, “los derrames pleurales yempiemas refractarios al tratamiento antibiótico y drenaje torácico, precisan tratamiento quirúrgico en un porcentaje estimado del 33 %, fibrosis pleural en un porcentaje del 14 %, con estancia hospitalaria prolongada (media de 12-15 días y >1 mes en el 25 % de los casos) y altas tasas de mortalidad (10-20 %)”, acaba concluyendo que, como se señala en el informe del servicio actuante, “el reclamante ha recibido asistencia conforme a la *lex artis*, en el nivel de atención especializada”.

5. Mediante oficio notificado el 24 de marzo de 2025, la Instructora evacúa el trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, concediendo al interesado un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estime procedentes.

6. El día 4 de abril de 2025, el interesado presenta en el Registro Electrónico General un escrito de alegaciones en el que, tras ratificarse íntegramente en su solicitud inicial, apunta a la existencia de “una evidente contradicción” entre lo señalado en el informe técnico de evaluación y “lo recogido en el curso clínico”. Así, en la valoración del informe “consta que se objetivó importante mejoría del derrame pleural” al alta de fecha 27-07-2023, “lo cual no coincide con que la sintomatología al alta era muy similar al ingreso, siendo cierto esto último”. Respecto al informe del Área de Gestión Clínica de Pulmón, señala que, mientras que en él se expresa que “el día 24 de julio de 2023, ante la presencia de un nuevo pico febril, se realizó un cambio de antibiótico, suspendiéndose la amoxicilina e iniciando tratamiento con piperacilina”, “al alta, el antibiótico que me pautan es la amoxicilina, de ahí que estuviese los quince días hasta que

volví a urgencias, con fiebre, dolores y en un estado de malestar general”. Afirma que “en este informe, se reitera que, teniendo en consideración el TC realizado 48 horas antes del alta, existe una importante mejoría del derrame pleural que no coincide con la realidad de la sintomatología que padecía” y que “en fecha 12 de agosto de 2023 acudo al Servicio de Urgencias, donde se me realiza un TC que refleja un marcado derrame pleural derecho que ha aumentado de forma considerable respecto al último TC”, de todo lo cual extrae que “resulta probado que no se me debía de haber dado el alta con el cuadro clínico que presentaba, produciéndose un claro empeoramiento del proceso pleural como consecuencia de ello” y que “únicamente cabe insistir en la indiscutible relación de causalidad existente entre la lesión producida (empeoramiento del cuadro clínico) y la actuación negligente de los servicios sanitarios prestados (alta prematura con sintomatología desfavorable), la cual ha quedado debidamente reflejada con los informes emitidos por los servicios intervinientes”.

7. El día 8 de abril de 2025, la Instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que, “en base a la documental obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga, el reclamante ha recibido asistencia conforme a la *lex artis*, en el nivel de atención especializada”. Puntualiza, “en relación con lo alegado respecto a la contradicción contenida en el (informe técnico de valoración)”, que “la fuente” del párrafo “con fecha de 27-07-2025 recibe el alta por parte del Servicio de Neumología con sintomatología similar al ingreso, herida supurando y resultado del cultivo de líquido pleural positivo” es “el propio escrito de reclamación” ya que hace mención a los hechos reclamados, en tanto que “el párrafo que incluye la frase ‘se objetivó importante mejoría del derrame pleural’” hace referencia “a los resultados del tac realizado 48 horas antes del alta hospitalaria”. En cuanto a “las alegaciones al informe de Área de Gestión Clínica del Pulmón” precisa que no cuentan con “más soporte que las propias apreciaciones del interesado”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de abril de 2025, 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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En lo referente 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 procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 15 de enero de 2025 y, teniendo en cuenta lo referido en el informe de atención primaria aportado por el propio interesado (página 49 del expediente) en el que se señala que el paciente es “dado de alta por reabsorción del empiema el 23-01-2024”, hemos de concluir que la acción ha sido ejercitada 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.

Por último, se aprecia que, en el momento de emitir el presente dictamen, se ha rebasado 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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, 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 el interesado reclama una indemnización por los daños que atribuye al tratamiento incorrecto de un empiema por parte del servicio público sanitario, al que reprocha en el escrito inicial de solicitud la errónea valoración de las pruebas realizadas previamente al alta hospitalaria de 27 de julio de 2023, que considera prematura por persistir, a tal fecha, una sintomatología muy similar a la del ingreso. En el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia, suma a los anteriores reproches el de pauta antibiótica inadecuada al alta. Los daños que se reclaman son los derivados del empeoramiento de su cuadro clínico, con reingreso hospitalario y la consiguiente prolongación del periodo de recuperación.

Acreditada la efectividad de los daños reclamados con la documentación clínica incorporada al expediente, debemos reparar en que 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, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario

hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina 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, 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 esos 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el caso sometido a nuestra consideración, el reclamante se limita a afirmar que la documental aportada (correspondiente a su historial clínico) hace "evidente" que se actuó con negligencia, sin aportar pericial médica alguna que sustente tal imputación. Frente al reproche de la parte reclamante, los informes médicos incorporados al expediente en el curso de la instrucción del procedimiento a instancia de la Administración sanitaria coinciden en señalar, de forma razonada, que se actuó en todo momento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

Analizaremos, a continuación, cada una de las imputaciones del reclamante. En relación con la primera de ellas -que el tac realizado dos días antes del alta, cuyo informe de resultados evidencia una "importante

disminución del derrame pleural derecho”, fue incorrectamente valorado-, hemos de señalar que tal afirmación no tiene como soporte un análisis contradictorio de las imágenes por parte de un especialista en Radiología, sino que se fundamenta exclusivamente en una supuesta falta de correspondencia de la mejoría radiológica con la clínica del paciente a la misma fecha que, según afirma la parte reclamante, era “muy similar al ingreso”; ahora bien, el análisis contrastado de los informes clínicos de ingreso y de alta hospitalaria, así como de las anotaciones correspondientes al curso clínico del paciente, viene a desmentir la pretendida discordancia entre la sintomatología al alta y la mejoría objetivada en la imagen obtenida mediante tac el día 25 de julio de 2023. Así, mientras al ingreso en el hospital el día 17 de julio de 2023 el reclamante presentaba disnea de mínimos esfuerzos y dolor pleurítico, con un derrame pleural que ocupa más del 60 % del hemitórax -según consta en el informe de ingreso en el Servicio de Neumología-, todos los apuntes de la historia clínica durante el ingreso evidencian la mejoría del paciente; de igual forma, en la anotación correspondiente a la interconsulta de Rehabilitación del día 21 de julio de 2023, se constata “buena evolución con drenaje y antibioterapia” y en la anotación de curso clínico de fecha 25 de julio de 2023 se deja constancia de “no tos, ni expectoración. No disnea. No otro foco de fiebre./ 37 °C”, “mejoría de parámetros inflamatorios infecciosos analíticos”. El tac realizado el mismo día constata la mejoría clínica al evidenciar, en la comparación con el estudio previo del 17 de julio de 2023, una “importante disminución del derrame pleural derecho persistiendo pequeño derrame libre laminar”. Las hojas de registro de dolor acreditan la ausencia de algia alguna al alta y no existe ninguna anotación de enfermería que evidencie la alegada supuración del orificio de drenaje torácico. Las referencias en los informes clínicos a que el paciente es “candidato a UVI” no presuponen la gravedad de su estado, como parece pretender el interesado, sino que forman parte de un código que facilita el manejo de todos los pacientes que ingresan en respiratorio, al objeto de que, en caso de sufrir una urgencia, “los médicos de guardia sean capaces de ver rápidamente si es necesario o no solicitar valoración al Servicio de Medicina Intensiva”, según se

expresa en el informe del servicio responsable. En definitiva, la afirmación del interesado, a cuyo tenor la sintomatología que presentaba a la fecha de alta era “muy similar a la del ingreso”, no puede tenerse por probada; al contrario, los documentos obrantes en la historia clínica evidencian una franca mejoría durante la primera estancia hospitalaria.

Teniendo en cuenta que el paciente se había mantenido “afebril en las últimas 48 horas” se le da el alta “según criterio clínico”, como se destaca en el informe del servicio responsable; ahora bien, considerando que un cultivo del líquido pleural previo había arrojado un resultado positivo, se pauta continuar tratamiento antibiótico en el domicilio con amoxicilina-clavulánico, sin que el interesado haya probado su afirmación de que dicha pauta terapéutica fue errónea. En las citadas circunstancias de mejoría clínica del enfermo, constatada por las pruebas analíticas y de imagen practicadas, y posibilidad de aplicar tratamiento antibiótico ambulatorio para controlar la infección, el manejo del paciente no puede considerarse inadecuado ni el alta prematura, como coinciden en señalar todos los informes obrantes en la historia clínica. El empeoramiento posterior al alta tampoco puede anudarse al funcionamiento anormal del servicio público sanitario, en ausencia de una prueba que así lo acredite -que, en este caso, no consta-, sino a las dificultades de tratar la patología que sufría el interesado pues, como se indica en el informe del servicio afectado, losempiemas pleurales con cultivos positivos para diferentes patógenos “son procesos graves, con mucha encapsulación de la infección, donde los antibióticos llegan con cierta dificultad, siendo necesario realizar drenajes pleurales complejos y que, en una elevada proporción de casos, acaban precisando decorticación quirúrgica”.

En conclusión, en el caso analizado, no se acredita una mala praxis asistencial. La actuación del personal sanitario resultó acompañada a la evolución de la clínica del paciente y conforme a la *lex artis*, según se desprende del conjunto de la documentación obrante en el expediente, por lo que el daño alegado no resulta antijurídico, sino que deriva de la evolución de la patología padecida.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.