

Expediente Núm. 242/2009  
Dictamen Núm. 112/2010

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 13 de mayo de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de marzo de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de septiembre de 2008, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”.

Inician el relato de los hechos refiriendo que el familiar de los representados “recibió el consejo (...) del cardiólogo que le atendía habitualmente de someterse a una operación” de “implante de una válvula aórtica”. Añaden que el consejo se hizo atendiendo a su buen estado de salud general, a pesar de su edad -81 años-, lo que llevaba al cardiólogo a pensar que la operación no suponía un riesgo especial, y que la misma se hacía para mejorar su calidad de vida, no porque resultase “necesaria por existir un peligro inminente para el paciente, el cual (...) gozaba de un buen estado para su edad y llevaba una vida normal, sin mayores limitaciones”.

Señalan que inicialmente se propuso una intervención según las técnicas clásicas de cirugía abierta, exponiendo “tanto al paciente como a sus familiares el método a utilizar y el escaso riesgo del mismo”, y que, “una vez que se había decidido la realización de la operación”, el médico responsable del Servicio de Cardiología (...) considera que el paciente es “un candidato ideal” para una nueva técnica quirúrgica, especificándose en el correspondiente consentimiento informado que el riesgo de fallecimiento es de sólo un 2%, ante lo cual éste accede a ser intervenido según esa técnica.

El día 20 de diciembre de 2007 se practica la intervención de “implante de (...) prótesis aórtica por vía percutánea. Ese mismo día (...) el paciente sufre un edema agudo de pulmón, y en una ECO (...) se comprueba que la prótesis implantada comienza a presentar problemas. Al día siguiente vuelve a presentar un edema de pulmón y continúan los problemas con la prótesis. Tras una ligera mejoría, el día 23 se repite el edema y se agravan los problemas (...). El proceso de deterioro progresivo del paciente se acentúa”. Expone que el día 24 de diciembre “se encuentra taquipneico y con una mala evolución clínica, presentando a la eco `prótesis aórtica con gradiente de 30 mm Hg, escape perivalvular moderado´, `Insuficiencia mitral moderada, presión de arteria pulmonar de 50, fracción de eyección 40%, por lo que se le intuba y se le traslada a la UVI´”; que “el 25 de diciembre en la eco trans torácica y trans esofágica presenta: `prótesis aórtica con gradiente de 30 mm Hg, regurgitación periprotésica significativa´”, y expone que “el día 26 de diciembre continúa la

mala evolución, por lo que `al fin` se decide la intervención quirúrgica de recambio valvular aórtico, implantando una válvula biológica Mitroflow 25, precisando el implante de un balón de contrapulsación; pasa a la UVI, donde fallece al día siguiente, 27 de diciembre, por un fallo multiorgánico”.

Consideran evidente que el fallecimiento se produjo a causa de una cadena de errores: la operación realizada no venía motivada por una situación de urgencia, al no existir un riesgo inmediato para la vida del paciente; se “utilizó (...) una técnica que, hasta la fecha, no ha hecho otra cosa que cosechar un fracaso tras otro, hasta el punto de que incluso la prensa regional se ha hecho eco de los fallecimientos de los pacientes sometidos a la misma”, y “se falsearon los datos que se le facilitaron al paciente a fin de que el mismo aceptase someterse a esa técnica quirúrgica, llegando a señalársele que la mortalidad que la misma acarrea estaba en torno al 2%, cuando (...) no había cosechado en nuestra región éxito alguno, todo ello con la única finalidad de utilizar (al ahora fallecido) como conejillo de indias en el que practicar una técnica novedosa”. Además, afirman que transcurre un tiempo injustificado hasta que se decide “proceder a la intervención quirúrgica de recambio valvular aórtico”, lo que provoca que “cuando se intenta la medida de recambio la situación del paciente sea ya irreversible” y estiman que la ausencia del “encargado del Servicio”, que era “quien realmente había llevado a cabo la operación”, durante los días posteriores fue “uno de los motivos de la tardanza en proceder a intervenir nuevamente al paciente”.

Solicitan una indemnización por importe total de cuarenta y siete mil doscientos noventa y un euros con un céntimo (47.291,01 €), a razón 30.059,33 € para la esposa y 4.307,92 € para cada uno de los hijos.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Acta notarial de declaración de herederos, de fecha 21 de febrero de 2008, de la que se desprende que los perjudicados son la esposa e hijos del paciente fallecido. b) Poder general para pleitos, otorgado por la esposa y tres de los hijos del perjudicado a favor, entre otros, de quien les representa con fechas 30 de mayo y 23 de junio de 2008. c) Consentimiento informado para reemplazo

valvular aórtico percutáneo, firmado por el paciente y el médico del Servicio de Cardiología que le informa, el día 19 de diciembre de 2007. En él se indica que ha sido “diagnosticado (...) de una estenosis de la válvula aórtica (...). Hasta el momento actual, el tratamiento convencional (...) es la cirugía. Si no se trata, existe un riesgo continuo de arritmias o de fallo del corazón que algunas veces pueden causar la muerte (...). Como alternativa al tratamiento quirúrgico se puede implantar una prótesis aórtica de forma percutánea”. Consta, entre los riesgos típicos, la “perforación del ventrículo o movilización de la válvula, que puede precisar cirugía inmediata”, y se especifica que “el riesgo de muerte está en torno al 2%” y que la “prueba está indicada preferentemente en su caso como alternativa terapéutica al reemplazo valvular quirúrgico bajo circulación extracorpórea”.

**2.** El día 12 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del hospital una copia de la historia clínica del paciente, así como un informe actualizado de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca.

**3.** Con fecha 18 de septiembre de 2008, el Secretario General del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado. Constan en ella, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital “Y”, fechado el 23 de septiembre de 2005, en el que se señala que se trata de un “paciente de 78 años, conocido del Servicio por cardiopatía hipertensiva y valvulopatía aórtica degenerativa moderada, que consulta por mareos”. Se le diagnostica “AC x FA con respuesta ventricular lenta. Pausas mayores de 5 s sin tratamiento farmacológico./ Estenosis aórtica moderada-severa en AC x FA crónica” y se refleja que, “dado que el paciente se mantiene sintomático, se decide implantación de marcapasos definitivo”. b) Documentación relativa a la implantación de un marcapasos en el Hospital “X”, por lo que estuvo ingresado entre los días 12 y 15 de febrero de 2006. c) Informe del Servicio de Neumología del Hospital “X”, de fecha 9 de febrero de

2007, relativo al ingreso, entre los días 7 y 9 de febrero de 2007, por “disnea, tos y ruidos respiratorios en relación con su fallo cardíaco secundario a estenosis valvular aórtica severa”. Constan en él como diagnósticos “estenosis valvular aórtica severa. AC x FA./ Fallo cardíaco./ Obesidad./ Hiperuricemia”. e) Informe de coronariografía, tras realización el día 30 de abril de 2007 de un cateterismo cardíaco, en el que se aprecia “estenosis aórtica severa con fracción de eyección moderadamente afecta por ecocardiograma”. f) Informe del Servicio de Neumología Ocupacional del Hospital “X”, fechado el 1 de junio de 2007, relativo a una consulta a petición propia en el que figura como impresión diagnóstica “cardiopatía (valvulopatía aórtica. Marcapasos eficaz) (...). Defecto ventilatorio obstructivo”. g) Hoja de curso clínico del Servicio de Cirugía Cardíaca, en la que consta anotada una consulta el día 3 de julio de 2007; autorización para intervención de corazón y transfusión de sangre, firmada el mismo día, en la que el paciente reconoce que le han sido explicadas las posibles complicaciones de la intervención, y solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica para prótesis aórtica. h) Informe de alta del Servicio de Cardiología, de 11 de diciembre de 2007, en el que consta que el paciente acude por presentar disnea progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos, asociando ortopnea y crisis de disnea paroxística nocturna. Se le diagnostica un nuevo episodio de insuficiencia cardíaca congestiva. i) Hojas de curso clínico del Servicio de Cardiología, correspondientes al ingreso para implante de prótesis aórtica, en las que consta: el día 20 de diciembre de 2007, a las 14:00 horas, “situación clínica de EAP (...). ETT: VI hipertrófico (...). Prótesis (...) con insuficiencia paraventricular leve y sin gradiente significativo./ IM moderada grado III” y tras el tratamiento, a las 16:00 horas, “mejoría clínica importante”; el día 21, que “continúa con buen estado general, sin disnea, pero con crepitantes hasta campos medios (...). Episodio de EAP con buena respuesta a tto.” y resultado de ecocordio “Grad Ao 16. IM moderada. HTP severa (80) (sin cambios respecto al anterior)”; el día 22, que “refiere mejoría subjetiva”; el día 23, a las 16:00 horas, “Pre-EAP (...). Crepitantes bibasales. Taquipneico y con disconfort (...). IM grado III-IV”, e insuficiencia aórtica leve central y pequeños

chorros paraprotésicos; el día 24, que presenta un “nuevo episodio de desaturación”, que persiste, procediéndose a intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y trasladándolo a la UVI, donde le realizan varias pruebas, -entre ellas, ecocardio, en la que se aprecia “prótesis Ao con gradiente 16 y escape paravalvular moderado compatible con la función arterial (130/35). IM moderada”, y se diagnostica “EAP (...), con disfunción ventricular, IM moderada y escape paravalvular”; el día 25 se reseña “prótesis Ao con grad. máx. de 30 y con insuficiencia paraprotésica significativa (hay flujo reverso en Ao torácica descendente). Mitral engrosada con insuficiencia grado III”, diagnosticándose “disfunción protésica”; el día 26 se consigna que, “comentado el caso con Cardiología y C. Cardíaca, se decidió hacer estudio hemodinámico. Aortografía pensando en recambio por prótesis estándar (...). Tras realizar aortografía se comprueba válvula aórtica con insuficiencia severa (...). Se decide IQ para recambio valvular”. j) Informe de alta del Área del Corazón, por exitus el día 27 de diciembre de 2007, fechado el 25 de enero de 2008. En él se recoge que se trata de un “paciente diagnosticado de estenosis aórtica severa, con riesgo quirúrgico elevado debido a la edad y con morbilidad: fibrilación auricular, enfermedad pulmonar crónica, marcapasos, función deprimida del ventrículo izquierdo y episodios de fallo cardíaco previos (...). Con fecha 20-12-2007 se realiza el implante (...). El resultado inmediato es satisfactorio, sin gradiente residual ni regurgitación paravalvular significativa./ En las horas siguientes al implante presenta un episodio de fallo, por lo que se traslada a la Unidad Coronaria con resolución del cuadro tras tratamiento médico./ Durante su estancia en la Unidad presenta otro episodio de fallo, alternando con fases de mejoría clínica, y los repetidos ecos realizados son informados como mala función de ventrículo izquierdo, y sin datos de disfunción valvular aórtica./ El 24-12-2007, la situación clínica empeora significativamente, precisando intubación y traslado a la UVI. Un cateterismo cardíaco realizado el 26-12-2007 muestra datos de insuficiencia aórtica severa, por lo que se indica recambio valvular quirúrgico, implantándole una prótesis aórtica (...). Pasa a la UVI y a las 24 h presenta un cuadro de shock refractario a tratamiento y exitus”.

4. Mediante escrito notificado a los reclamantes el día 24 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo les advierte que disponen “de diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción de la presente notificación, para acreditar (la) capacidad de representación en el procedimiento de uno de los hijos”.

5. Durante la instrucción, se ha incorporado al expediente una copia del poder para pleitos otorgado, el 29 de septiembre de 2008, por uno de los hijos del paciente a favor, entre otros, de quien actúa en su nombre y representación.

6. Con fechas 6 y 31 de octubre de 2008, el Secretario General del Hospital “X” remite al Servicio instructor los informes emitidos por los Servicios de Cirugía Cardíaca y de Cardiología, respectivamente.

En el suscrito por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca el día 30 de septiembre de 2008, se constata que el perjudicado fue “sometido a recambio valvular aórtico por vía percutánea (y a la) implantación de una válvula Corevalve./ Dicho procedimiento se llevó a cabo el 20-12-2007 sin incidencias./ Posteriormente presentó signos de fallo cardíaco, que remitieron tras la instauración de (tratamiento) médico, (y) nuevamente signos de fallo cardíaco y edema agudo de pulmón (...), con empeoramiento progresivo de su situación clínica, que obligaron a su ingreso en la UCI el día 24-12-07 (...). En esta situación, y tras terapia médica intensiva, y con el diagnóstico de disfunción de la prótesis fue sometido a cirugía urgente, practicándose el recambio de dicha prótesis por una válvula biológica (...). A continuación fue trasladado a la UCI donde prosiguió en bajo gasto y shock cardiogénico, siendo causa de exitus”.

En el elaborado por el Jefe del Servicio de Cardiología el 28 de octubre de 2008 se señala que los pacientes con estenosis aórtica grave, por lo general,

fallecen en el séptimo u octavo decenio de su vida; que, después de un periodo de latencia, “aparecen los síntomas: angina, disnea o fallo cardíaco (...). Tras el inicio de los síntomas, la supervivencia media es de 2 a 3 años, con un alto riesgo de muerte súbita. El intervalo medio hasta la muerte desde el inicio de los síntomas es el siguiente: (...) disnea, dos años, e insuficiencia cardíaca congestiva, 1,5 años, siendo esta situación la de peor pronóstico”. Expone que en la historia clínica del ahora fallecido consta que presentó un aumento de la disnea y edemas en miembros inferiores, ambos síntomas de la insuficiencia cardíaca, y un episodio grave de insuficiencia cardíaca que precisó ingreso en diciembre (de) 2007, por lo que (...) se encontraba dentro del grupo de mayor riesgo”. En cuanto al tratamiento, sostiene que “la decisión más crítica en los pacientes con estenosis aórtica es la de sustitución de la válvula aórtica”, que se ha de “realizar a la mayor brevedad posible, una vez aparecida la sintomatología, debido al mal pronóstico que adquiere la enfermedad a partir de ese momento”. En la actualidad “disponemos de dos métodos para la sustitución valvular”: quirúrgico y percutáneo. En cuanto al primero, indica que “es un tratamiento establecido desde hace años, pero la mortalidad del procedimiento se ve incrementada de forma muy significativa por la edad y la presencia de enfermedades concomitantes que llegan a multiplicarla hasta 10 veces”, especificando que “el paciente que nos ocupa presenta múltiples y graves comorbilidades según consta en el informe de alta: fibrilación auricular, marcapasos, enfermedad pulmonar crónica, función deprimida del ventrículo izquierdo y episodios de fallo cardíaco”. Por lo que se refiere a la sustitución valvular percutánea, menciona que “reduce (...) la mortalidad en un tercio en este grupo de pacientes” y que “se trata de una técnica que está implantada, o en vías de hacer, en la mayoría de hospitales del mundo, incluido nuestro país, que tienen programas de tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica”, y aclara que “en nuestro hospital este programa está totalmente desarrollado, se han tratado 14 pacientes y 10 más están pendientes de serlo. De los 14 tratados, 3 fallecieron. Uno, tras recambio quirúrgico (...), otro por hemorragia abdominal y un tercero por fallo multiorgánico, a pesar del normal

funcionamiento de la válvula. El resto, 11 pacientes, están vivos y con total resolución de su enfermedad”. Añade que en este caso la intervención fue realizada por los dos facultativos que identifica, “ambos hemodinamistas con amplia experiencia”, y da cuenta de la existencia en el Hospital “X” de un equipo de Cardiología de guardia cada día, “compuesto por 2 médicos residentes de la especialidad y 3 cardiólogos de plantilla. Uno de presencia física y dos localizados. Uno de ellos específicamente para hemodinámica”, por lo que “la presencia o no del médico implantador carece de relevancia”. Considera que la técnica con mayor especificidad y sensibilidad para detectar malfuncionamiento valvular es el ecocardiograma, que se le realizó prácticamente a diario, y que la decisión de cirugía en un paciente en esta situación ha de estar basada en datos sólidos de disfunción valvular, que no existieron hasta 6 días después del implante.

Concluye que el perjudicado era “portador de una estenosis aórtica severa sintomática, ante la cual la indicación absoluta es de recambio valvular. La presencia de episodios repetidos de insuficiencia cardíaca obliga a que este recambio se haga a la mayor brevedad posible. Además, se acompañaba de múltiples comorbilidades que aumentan de forma significativa la mortalidad y morbilidad operatoria. Esto le hacían un candidato ideal al recambio percutáneo de la válvula aórtica./ El procedimiento se realizó en el Laboratorio de Hemodinámica, con buen resultado inmediato./ La evolución post-implante fue tórpidas, y cuando se constató la presencia de disfunción valvular fue sometido a intervención quirúrgica de recambio de la válvula, a pesar de lo cual el paciente falleció”.

**7.** Con fecha 6 de noviembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él sostiene que, aunque los reclamantes afirman que “la intervención de recambio valvular que se le hizo (...) no venía motivada por una situación de urgencia, ya que no había un riesgo inmediato” para su vida, lo cierto es que el paciente “presentaba múltiples y graves comorbilidades, según consta en (...) la

historia clínica: fibrilación auricular, marcapasos, enfermedad pulmonar crónica, función deprimida del ventrículo izquierdo y episodios de fallo cardíaco”, por lo que “se encontraba claramente dentro de la indicación de sustitución valvular, y el método elegido para la misma, así como la actuación post-implante han sido correctos, y se informó previamente al paciente de las alternativas terapéuticas y de sus riesgos”. Estima que “un riesgo de fallecimiento de un tres por ciento en un procedimiento quirúrgico es un altísimo riesgo que obedece a la importancia de la intervención que se practica”, añadiendo que tras el inicio de los síntomas de estenosis aórtica grave “la supervivencia media es de dos a tres años, con un alto riesgo de muerte súbita” y que “el desarrollo de los síntomas identifica un momento crítico en la historia natural de esta enfermedad”, de lo que queda constancia en la historia clínica del perjudicado, que “presentó un aumento de la disnea y edemas en miembros inferiores, ambos síntomas de la insuficiencia cardíaca, y un episodio grave” de esta enfermedad “que precisó ingreso en diciembre de 2007, por lo que, tal como hemos visto, se encontraba dentro del grupo de mayor riesgo. Fue intervenido y el riesgo descrito en el consentimiento firmado por el paciente se materializó”.

**8.** Mediante escritos de 10 de noviembre de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**9.** Con fecha 20 de noviembre de 2008, emite informe un especialista en Cardiología de una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora. En él subraya que “el paciente tenía un altísimo riesgo quirúrgico (mayor del 20%)” y que los resultados del procedimiento percutáneo “varían entre los diferentes grupos de acuerdo con el nivel de experiencia pero también con el tipo de pacientes, ya que éstos no tienen unas características clínicas totalmente homogéneas”.

Concluye que “el paciente padecía una estenosis valvular aórtica severa y había sufrido varios episodios de insuficiencia cardíaca congestiva: ésta es

una situación de mucha gravedad, con una supervivencia no mayor de 2 años a partir de la misma si no se opera al paciente (...). Además de la EA el paciente sufría de otros problemas de salud (...) que aumentaban mucho el (...) riesgo de una intervención quirúrgica; en estos casos (...) está indicada la implantación de una válvula protésica por la vía percutánea, ya que tiene mucha menos mortalidad que la cirugía. El paciente tenía unas características clínicas que le hacían idóneo para esta alternativa, así que la proposición de la misma fue correcta (...). Aunque de reciente introducción y difusión, dicho procedimiento (...) se ha ido implantando en todo el mundo”, está indicada “para aquellos pacientes, sobre todo mayores, con EA y con otras enfermedades concomitantes y por lo tanto con un alto riesgo quirúrgico, bajando una mortalidad global estimada del 30% al 10% (...). La indicación fue correcta, el procedimiento lo hicieron facultativos experimentados en Cardiología intervencionista y en un centro adecuadamente equipado; el seguimiento post-implantación fue correcto y las complicaciones fueron diagnosticadas a tiempo y cuando se detectó una disfunción severa de la prótesis se indicó la operación de recambio de la misma, la cual se hizo de manera correcta (...). La atención al paciente fue en todo momento correcta y se atuvo a la *lex artis ad hoc*”.

**10.** El día 12 de febrero de 2009, se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El 17 de febrero de 2009 se persona la representante de aquéllos en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto en ese momento por trescientos cincuenta y siete (357) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**11.** Con fecha 27 de febrero de 2009, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que afirman, en contra de lo señalado en los informes obrantes en el

expediente, que los problemas de la prótesis se detectaron de forma inmediata tras la operación y que si no se hubiera demorado la sustitución de la misma no se habría producido el fallecimiento. Asimismo, se ratifican en lo expuesto en su reclamación en relación con los defectos en la información previa al consentimiento que se le facilitó al perjudicado, especificando, que no se le advirtió de los riesgos derivados de una mala colocación de la válvula y que la que se le proporciona al paciente ha de corresponder a las circunstancias que concurren en su caso, lo que, a su juicio, no sucedió respecto al riesgo de fallecimiento del 2% que se indicaba en el consentimiento que aquél firmó para la intervención.

**12.** Con fecha 11 de marzo de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “el paciente se encontraba claramente dentro de la indicación de sustitución valvular” y que el “método elegido para la misma, así como la actuación post-implante han sido correctos”, además se le “informó previamente (...) de las alternativas terapéuticas y sus riesgos” y considera que “un riesgo de fallecimiento de un dos o un tres por ciento en un procedimiento quirúrgico es un altísimo riesgo que obedece a la importancia de la intervención que se practica”. Concluye manifestando que el perjudicado “fue intervenido y el riesgo descrito en el consentimiento firmado por el paciente se materializó”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de marzo de 2009, registrado de entrada el día 24 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

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

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 1 de septiembre de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 27 de diciembre de 2007,

por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

**SEXTA.-** Los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le prestó en un hospital público.

Consta en el expediente el fallecimiento del pariente de los interesados, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada uno de ellos, que realizaremos en el caso de que concurran los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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

Los interesados consideran que el fallecimiento se produjo a causa de una cadena de errores en la indicación de la operación -que, a su juicio, no era necesaria, pues el paciente gozaba de buena salud para su edad- y en la técnica utilizada -que había fracasado en varias ocasiones-. Asimismo, alegan demora en la intervención para el recambio de la válvula, pues se realizó transcurridos 6 días desde el implante, durante los cuales -dicen- aquélla presentaba problemas. En el trámite de audiencia, sostienen, en contra de lo recogido en los distintos informes obrantes en el expediente, que los problemas de la prótesis se detectaron de forma inmediata tras la operación y que si hubiera sido sustituida en un primer momento no se habría producido el fallecimiento. Por último, aducen, que la información previa al consentimiento proporcionada al paciente fue defectuosa, pues no se le advirtió de los riesgos derivados de una mala colocación de la válvula, y se minimizó en aquél el dato relativo de mortalidad, toda vez que el facilitado del 2% no se correspondía con las circunstancias que concurrían en su caso.

Sin embargo, no aportan prueba alguna de sus manifestaciones, mientras que obran en el expediente datos que se oponen a los hechos que relatan e informes que avalan la actuación de los profesionales de la sanidad pública.

En efecto, todos los informes emitidos coinciden en que el perjudicado no gozaba de buena salud y que concurrían en él graves circunstancias que

aconsejaban la intervención. Así, constan entre sus antecedentes la edad, 81 años, y la estenosis aórtica grave con insuficiencia cardíaca congestiva, que, según el Servicio de Cardiología, es un factor de mal pronóstico, con un periodo medio de supervivencia de 1,5 años. De hecho, en el documento de consentimiento informado se consigna que si la enfermedad no se trata existe riesgo de fallo del corazón y de muerte. El propio informe técnico de evaluación subraya esta necesidad dada la situación concreta del paciente, motivo por el que, según todos los informes, estaba indicada la sustitución de la válvula aórtica.

En cuanto a la técnica utilizada, el Servicio de Cardiología afirma que en este caso se descartó la sustitución quirúrgica por la edad del paciente y la presencia de enfermedades concomitantes -fibrilación auricular, marcapasos, enfermedad pulmonar crónica, función deprimida del ventrículo izquierdo y episodios de fallo cardíaco-, factores que multiplican, incluso por 10, la mortalidad del procedimiento. Tanto el informe emitido por el cardiólogo como el informe técnico de evaluación avalan la sustitución valvular percutánea, ya que reduce la mortalidad.

El Servicio de Cardiología consigna que se trata de una técnica ya consolidada en el Hospital "X" (de hecho, la válvula se implantó sin incidencias) y que no hubo datos sólidos de disfunción valvular hasta 6 días después del implante, momento en el que el paciente fue sometido a recambio valvular. Durante este periodo estuvo en observación, y los propios reclamantes refieren exploraciones y pruebas, entre ellas, varios ecocardiogramas y una aortografía para confirmar el diagnóstico cuyos resultados, que no coinciden con los indicados en la reclamación, figuran anotados en las hojas de curso clínico obrantes en el expediente.

Un eventual error -no acreditado- en el documento de consentimiento informado, relativo a la tasa de mortalidad, es irrelevante en este caso, pues el ahora fallecido había autorizado al Servicio de Cirugía Cardíaca para que efectuara la sustitución valvular quirúrgica, que tiene un riesgo muy superior.

Concluimos, por tanto, que no se ha acreditado la existencia de una violación de la *lex artis*, por lo que no resulta posible apreciar relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.