

Expediente Núm. 51/2016
Dictamen Núm. 78/2016

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión ordinaria por procedimiento escrito del día 31 de marzo de 2016, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de un familiar como consecuencia de la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de mayo de 2015, dos interesadas, una en su propio nombre y derecho y la otra también en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hermanos, presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de un familiar tras una intervención quirúrgica de aneurisma.

Exponen que su pariente fue diagnosticado en el año 2008, tras realizarle un angio TAC, de un "aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y dilatación aneurismática en la arteria ílica primitiva" izda., de estenosis de la arteria renal y de arterioesclerosis, manteniéndose idéntica situación en los practicados en 2009 y 2010, y detallan las dimensiones del aneurisma.

Tras manifestar que los hallazgos del efectuado en 2011 implicaban un "crecimiento con respecto a los datos anteriores", y que en el año 2012 la situación clínica no sufrió variación, destacan que en 2013 "se le diagnostica (...) un gran aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con trombo mural que presenta signos de rotura contenido (...) que (ha) incrementado su tamaño en torno (a) 7 mm".

Señalan que "ante tal cuadro clínico por el Hospital "X" se programa intervención quirúrgica consistente en endoprótesis fenestrada de aneurisma de aorta abdominal", y que "como consecuencia de la intervención (el paciente) sufre `supuestamente` una desestabilización y fallece".

Afirman que "el paciente no estaba en condiciones de ser sometido a dicha intervención", y que "tal circunstancia era plenamente conocida por los facultativos", por lo que "el fallecimiento se debe única y exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo por los servicios médicos del Hospital `X`".

Cuantifican los daños sufridos en un importe total de ciento treinta y cuatro mil doscientos siete euros con setenta céntimos (134.207,70 €), de los cuales 86.276,40 € corresponderían a la esposa y 9.586,26 € a cada uno de los cinco hijos.

Adjuntan diversos informes radiológicos.

2. Mediante escrito de 3 de febrero de 2015 (*sic*), el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de

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

Asimismo, les requiere para que procedan a acreditar el parentesco que alegan, y a la segunda reclamante para que acredite también que actúa en nombre y representación de sus hermanos.

El día 18 de junio de 2015, los perjudicados presentan una copia del Libro de Familia y un documento privado en el que los últimos cuatro reclamantes autorizan a la segunda a representarles en el procedimiento.

3. Con fechas 4 de junio y 6 de julio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V un informe del Servicio de Cirugía Vascul y una copia de la historia clínica del paciente.

El día 8 de julio de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul y una copia de la historia clínica.

En la historia clínica figuran, entre otros documentos, los siguientes: a) Consentimiento para la cirugía del aneurisma de aorta torácico-abdominal, suscrito por el paciente el 8 de mayo de 2014. En él se recoge la cardiopatía isquémica como una de las complicaciones que se pueden producir, así como la posibilidad de "no actuar sobre el aneurisma" y que este "puede romperse con el tiempo". b) Informe de alta por exitus del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", de 12 de junio de 2014, en el que figuran los antecedentes patológicos del paciente y se reseña que "es conocido del Servicio desde 2008 por padecer un aneurisma de aorta toraco-abdominal tipo IV de Crawford, con imágenes sugestivas de rotura contenida a la altura de los troncos digestivos. En ese momento, dados los antecedentes de muy elevado riesgo quirúrgico y la topografía del aneurisma, no era posible la cirugía abierta ni el tratamiento endovascular con endoprótesis. Se ha mantenido estable a lo largo del seguimiento, asintomático y sin crecimiento del aneurisma hasta junio de 2013,

en que se repite un TAC que demuestra un crecimiento de 7 mm del diámetro aneurismático respecto a los estudios previos, hasta alcanzar los 84 mm. Dado el elevado riesgo de nueva rotura del aneurisma, con potenciales fatales consecuencias para la vida del paciente, se valora la posibilidad de emplear unos dispositivos de reciente aparición, las endoprótesis aórticas con ramas, para intentar solucionar su patología. Es una intervención muy compleja y no exenta de riesgos, pero se entendió necesario plantearla, como única solución posible frente al elevado riesgo de nueva rotura fatal inminente por crecimiento del diámetro aneurismático. Se repite el TAC en febrero de 2014 para tomar las medidas oportunas y proceder a la fabricación de esta endoprótesis personalizada; en este estudio se comprueba además un nuevo crecimiento de los diámetros de 5 mm respecto al previo de junio de 2013. Se informa al paciente del alto riesgo de paraplejia, isquemia mesentérica y renal, así como los derivados de sus antecedentes cardiológicos. Acepta nuestra propuesta y firma el documento de consentimiento informado". Añade que "se ha contado con un especialista experto en la colocación de estos dispositivos y la intervención se ha realizado el día 15 de mayo de 2014. A lo largo de la misma ha resultado muy dificultosa la canalización de las arterias viscerales, tronco celíaco y ambas renales, que presentaban estenosis ya conocidas desde hace años, habiendo empleado incluso técnicas de recurso, tipo chimenea, para la mesentérica superior. Estas circunstancias, además de la necesidad de un baipás externo en la arteria ilíaca derecha para introducir el dispositivo han alargado la intervención, produciéndose finalmente una desestabilización general del paciente, por lo que fue preciso su traslado a la UCI una vez finalizada la operación". c) Hoja de informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "X", de alta por exitus el día 16 de mayo de 2014.

El día 26 de junio de 2015 emite informe el Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat. En él, tras consignar la imposibilidad de cirugía abierta, señala que "se informa al paciente y familia de estas circunstancias en revisiones en consultas externas, según consta en la historia clínica de enero de

2009, septiembre de 2009, octubre de 2010, abril de 2011, octubre de 2011 y junio de 2012; en concreto de que, dado que no se ha producido crecimiento del aneurisma se decide actitud conservadora ante el elevado riesgo de tratamiento”.

Refiere los riesgos de la intervención, de los que el paciente fue informado, y cita la revisión reciente de un estudio que “comunica unas tasas de mortalidad, según las series, de hasta el 21%; de isquemia medular (de) hasta el 33,3%, y de reintervenciones (de) hasta el 25%”.

4. El día 23 de julio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él reseña que “en este caso se plantea la disyuntiva de una intervención quirúrgica de alto riesgo (21% de mortalidad) o dejar el aneurisma a su evolución, probablemente fatal (la mortalidad en caso de rotura de aneurisma está cercana al 90% de los casos). A la vista de los datos obtenidos por las exploraciones que se habían realizado, la intervención quirúrgica estaba correctamente indicada (la cirugía está indicada en los casos de aneurismas sintomáticos y en los asintomáticos de más de 6 cm de diámetro)./ El alargamiento del tiempo de intervención por la dificultad técnica y la aparición de una isquemia aguda del miembro inferior izquierdo (riesgo típico que el paciente conocía y del que fue informado verbalmente y consta en el documento de consentimiento informado) fue lo que provocó la desestabilización del paciente (insuficiencia renal y coagulopatía de consumo) ocasionando su fallecimiento a pesar de las medidas tomadas para evitarlo”.

Concluye que “la indicación quirúrgica era correcta a pesar de los riesgos técnicos y de la situación clínica del paciente. El fallecimiento no se produjo por una incorrecta actuación médica, sino por las complicaciones que aparecieron, que son las típicas de estos casos”.

5. Mediante oficios de 5 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 12 de noviembre de 2015 por una especialista en Angiología y Cirugía Vasculuar. En él señala que "el seguimiento se realiza de manera correcta desde 2008, donde el aneurisma presenta un diámetro en ese momento de 50 x 57 mm y crecimiento progresivo en los TACs de 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013./ El Servicio de Cirugía Vasculuar del (Hospital) "X", de acuerdo a las indicaciones de tratamiento, consideró indicado de manera correcta el seguimiento periódico con angio TAC, se informó al paciente y a la familia y se fue realizando, presentándose en sesión clínica cada revisión./ Se consideró de manera correcta un paciente de alto riesgo quirúrgico para la cirugía abierta, hasta el momento (en) que se valoró la posibilidad endovascular, en junio de 2013, como técnica alternativa a la cirugía abierta en pacientes de alto riesgo quirúrgico./ Se informó a la familia de los riesgos de la cirugía, y así se recogió en la historia clínica del paciente. El 8 de mayo de 2014 el paciente firma el documento de consentimiento informado de manera correcta, tras haberle explicado riesgos y beneficios de la intervención./ La intervención quirúrgica se realiza contando con el apoyo técnico de un experto en la colocación de estas prótesis, siendo este proceder el recomendado dada la compleja curva de aprendizaje que se requiere para el implante de estas prótesis (...). El paciente posteriormente fue trasladado de manera correcta, dada su inestabilidad, al servicio de UCI, donde es manejado de manera correcta hasta su fallecimiento".

Concluye que "la praxis en relación a la indicación del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta toracoabdominal, así como al procedimiento y posterior manejo, fue la correcta".

7. Con fecha 26 de noviembre de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado, también a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él se concluye que “la actuación del equipo médico del servicio del Principado de Asturias de salud se ha adecuado a la *lex artis*, pues la intervención quirúrgica endovascular estaba indicada y se realizó de manera correcta”.

8. Mediante escrito notificado a los interesados el 14 de diciembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

9. El día 27 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Razona que “la asistencia prestada al paciente (...) fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Dada la evolución del aneurisma y el peligro inminente de rotura, se planteó (...) al paciente (que firmó el documento de consentimiento informado) (y) a la familia la necesidad de intervención quirúrgica, y estos aceptaron. Dadas las características del paciente, se optó por una técnica menos cruenta (endartrectomía) que la cirugía abierta. El fallecimiento no se produjo por una incorrecta actuación médica, sino por las complicaciones que aparecieron, que son las típicas en estos casos”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de febrero de 2016, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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.

Ahora bien, en el supuesto examinado la reclamación se presenta por la esposa y por una de las hijas del fallecido que dice actuar en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus hermanos. Requerida para que acredite la representación aporta un documento privado, insuficiente para ello.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 32.4 de la LRJPAC, la "falta o insuficiente acreditación de la representación no impedirá que se tenga por realizado el acto de que se trate, siempre que se aporte aquélla o se subsane el defecto dentro del plazo de diez días que deberá conceder al efecto el órgano administrativo". En este caso, la Administración actuante no ha realizado un nuevo trámite de subsanación. Sin embargo, teniendo en cuenta el principio de

eficacia, reconocido en el artículo 3 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida.

No obstante, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación efectuada en representación de los hijos del finado sin que, por el procedimiento legal oportuno, se verifique dicha representación, toda vez que una falta de subsanación de este defecto sería motivo suficiente para desestimar la reclamación formulada en nombre y representación de los mismos.

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 15 de mayo de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 16 de mayo de 2014, 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.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños dimanantes del fallecimiento de un paciente cuyos familiares atribuyen a una intervención mal indicada.

Hay constancia en el expediente del fallecimiento del paciente en un hospital público tras una intervención por aneurisma, por lo que hemos de reconocer en sus familiares un daño moral susceptible de ser reclamado.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el

daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir 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 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.

Ha quedado acreditado en el expediente que en 2008 se le diagnosticó al paciente un aneurisma de aorta toraco-abdominal tipo IV de Crawford, y que acudió a revisiones anuales, practicándosele un angio TAC en junio de 2013 en el que se observa que aquel alcanza los 84 mm.

Los reclamantes reconocen que se programó la intervención quirúrgica ante tal "cuadro clínico". En efecto, se le colocó una endoprótesis fenestrada de aneurisma tras la que sufrió una desestabilización y falleció.

En su escrito inicial, los interesados reprochan que "el paciente no estaba en condiciones de ser sometido a dicha intervención", y que "tal circunstancia era plenamente conocida por los facultativos", por lo que "el fallecimiento se debe única y exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo por los servicios médicos del Hospital 'X'".

Entrando en el análisis de la reclamación, resulta que el fallecimiento del paciente no permite considerar que la actuación de los facultativos haya sido deficiente, pues, como ya hemos señalado, la obligación del servicio público de salud es una obligación de medios, no de resultado. La afirmación que efectúan los interesados al respecto no es suficiente para apreciarla, y no aportan ningún informe que la respalde.

Los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento avalan la indicación de la intervención en el momento en que se practicó, pues las dimensiones del aneurisma alertaban sobre su posible rotura.

El Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar que dispensó la asistencia señala que "es una intervención muy compleja y no exenta de riesgos, pero se entendió necesario plantearla, como única solución posible frente al elevado riesgo de nueva rotura fatal inminente por crecimiento del diámetro aneurismático". Informa también sobre la evolución de la técnica, que hacía posible una intervención mediante endoprótesis aórticas con ramas.

Como señala el informe técnico de evaluación, "en este caso se plantea la disyuntiva de una intervención quirúrgica de alto riesgo (21% de mortalidad) o dejar el aneurisma a su evolución, probablemente fatal (la mortalidad en caso de rotura de aneurisma está cercana al 90% de los casos)". El mismo informe especifica que "la cirugía está indicada en los casos de aneurismas sintomáticos y en los asintomáticos de más de 6 cm de diámetro"; dimensiones que había

excedido el que padecía el paciente, por lo que “la intervención quirúrgica estaba correctamente indicada”.

Consta, asimismo, que incluso se buscó a un experto en endoprótesis para realizar la operación. El informe técnico de evaluación también explica que “el alargamiento del tiempo de intervención por la dificultad técnica y la aparición de una isquemia aguda del miembro inferior izquierdo (riesgo típico que el paciente conocía y del que fue informado verbalmente y consta en el documento de consentimiento informado) fue lo que provocó la desestabilización del paciente (insuficiencia renal y coagulopatía de consumo), ocasionando su fallecimiento a pesar de las medidas tomadas para evitarlo”.

Por su parte, la especialista en Angiología y Cirugía Vasculuar que informa a instancia de la compañía aseguradora señala que el familiar de los interesados fue considerado “de manera correcta un paciente de alto riesgo quirúrgico para la cirugía abierta, hasta el momento (en) que se valoró la posibilidad endovascular, en junio de 2013, como técnica alternativa a la cirugía abierta en pacientes de alto riesgo quirúrgico”. Sobre la intervención quirúrgica, pone de manifiesto que “se realiza contando con el apoyo técnico de un experto en la colocación de estas prótesis, siendo este proceder el recomendado dada la compleja curva de aprendizaje que se requiere para el implante de estas prótesis”. Afirma, asimismo, que “el paciente posteriormente fue trasladado de manera correcta, dada su inestabilidad al servicio de UCI, donde es manejado de manera correcta, hasta su fallecimiento”.

En definitiva, hay constancia en el expediente de que se evaluaron los riesgos y beneficios de la intervención antes de realizarla, y de que el paciente fue debidamente informado de la situación aceptando someterse a la misma.

Los interesados no aportan ninguna prueba que se oponga a los hechos expuestos que permita apreciar error en el consentimiento que el paciente prestó a la intervención. Ni siquiera comparecen en el trámite de audiencia.

Por tanto, debemos concluir que “la praxis en relación a la indicación del tratamiento endovascular del aneurisma de aorta toracoabdominal, así como al procedimiento y posterior manejo, fue la correcta”.

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.