

Dictamen Núm. 99/2020

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de abril de 2020, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de febrero de 2020 -registrada de entrada el día 12 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a un deficiente seguimiento médico que impidió atajar a tiempo una infección.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 22 de abril de 2019, el viudo y la hija de una paciente fallecida tras una *shock* cardiogénico presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del óbito, que atribuyen a un defectuoso seguimiento que impidió que se abordase a tiempo una infección y las complicaciones subsiguientes.

Tras exponer los episodios relacionados con el marcapasos implantado a su familiar en 2008 y la postrera intervención por disfunción ventricular izquierda severa, señalan que “desde que el 10 de enero de 2017 se le realiza (...) el recambio del generador del marcapasos presentaba un hematoma franco sobre la bolsa (...) que se extendía a mama izquierda, siendo las molestias significativas, haciendo caso omiso los diversos facultativos a pesar de las innumerables visitas médicas realizadas (...). Fue en la revisión de 2 de marzo de 2018 cuando se descubre la situación clínica de la paciente permaneciendo ingresada hasta su muerte”.

Afirman que si los servicios médicos la “hubiesen atendido correctamente (...) cuando acudía aquejada de importantes molestias en la zona en la que tenía implantado el marcapasos se hubiese atajado la infección y no se hubiesen producido las complicaciones” que abocaron al fatal desenlace, y concluyen que el fallecimiento “se debe única y exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en cuarenta y cinco mil euros (45.000 €) euros para la hija y ciento veinte mil euros (120.000 €) para el viudo.

Acompañan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Cardiología del Hospital ....., de 7 de febrero de 2017, en el que se recoge “paciente con recambio de marcapasos en enero de 2017 con hematoma posoperatorio en resolución. Actualmente a seguimiento de eritema en la zona inferior del generador de marcapasos en resolución. La paciente se ha encontrado totalmente asintomática, sin fiebre, y tiene un hemocultivo de hace días negativo”. En el apartado relativo a recomendaciones se consigna que “se solicitan marcadores de infección (...). Continuar con el antibiótico hasta cumplir 15 días./ Acudirá a revisión de la herida en el hospital de día el 17 de febrero./ Si comienza con clínica infecciosa consultará”. b) Informe del Servicio de Cardiología, de 2 de marzo de 2018, en el que figura como motivo de ingreso “infección de bolsa de marcapasos”, objetivándose “abundante drenaje purulento al abrir la bolsa y esfacelos necróticos”. c) Informe del Servicio de

Cirugía Cardíaca, de 21 de marzo de 2018, en el que se indica que "llama la atención que esta paciente presenta una estenosis aórtica severa que no se había informado a nuestro Servicio, estando (...) programada para cirugía mañana (...). No veo que este sea el mejor momento para realizar un recambio valvular aórtico por el alto riesgo de endocarditis en un proceso de infección activo. Sí parece necesario intentar retirar el dispositivo de cara a mejorar los resultados del tratamiento ATB". d) Informe del Servicio de Cardiología, de 26 de marzo de 2018, en el que se señala que el 22 de marzo de 2018 "se realizó retirada de cable auricular completo y parcial de ventricular (...). Durante la noche en UCI, fiebre de hasta 38,8 °C, sin desestabilización hemodinámica (...). Se puso el marcapasos (...) evidenciándose escaso uso, por lo que por el momento no planteamos recolocar hasta resolución del cuadro infeccioso". e) Informe del Servicio de Cardiología, de 4 de abril de 2018, en el que se reseña que "en los últimos 3 días ha permanecido afebril, excepto una mínima febrícula registrada de 37,3 °C./ Comentado con Cirugía, la idea es que marche de alta mañana o el viernes con quirófano programado./ Comentaremos con Infecciosas el (tratamiento) AB a realizar de forma domiciliaria". f) Informe del Servicio de Cirugía Cardíaca, de 13 de abril de 2018, en el que consta que la paciente "acude a consulta para valoración previa a cirugía programada para el miércoles de la próxima semana./ Herida de marcapasos con irritación local, pero no supuración ni acúmulos claros./ Parece más inflamatorio que infeccioso, por lo que dejo con tratamiento conservador". g) Informe del Servicio de Medicina Intensiva, de 27 de abril de 2018, en el que se refleja "que se interviene el día 19-04-2018 mediante extracción de cable de marcapasos y sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica./ A la salida de CEC la paciente presenta disfunción ventricular izquierda severa en situación de shock cardiogénico que obliga a implante de asistencia ventricular izquierda (...). Pasa a la UCI (...). El día 23-04-2018 se realizó ecocardiografía tránsesofágica de control que mostró una prótesis aórtica normofuncionante y con un VI con hipertrofia severa y FEVI del 45 % con asincronía septal y aceptable contractilidad global. Ante estos hallazgos se decide disminuir el flujo de la

asistencia ventricular con vistas a retirada./ La madrugada del día 24-04-2018 avisan por descenso del BIS asociado a cambios pupilares. Se retira sedación y analgesia a las 2 a. m., sin conseguir reactividad (...), confirmando diagnóstico de muerte encefálica a las 10:45 del día 24-04-2018”.

**2.** Mediante oficio de 7 de mayo de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, el 31 de mayo de 2019 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía una copia, en formato electrónico, de la historia clínica de la fallecida y el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital ..... el 30 de mayo de 2019.

En este último, tras reseñar las actuaciones médicas que se llevaron a cabo, se concluye que “es importante recalcar que la paciente presentó una disfunción ventricular izquierda tras la cirugía de recambio valvular aórtico, precisando el implante de un corazón artificial, y que la causa del fallecimiento fue la muerte cerebral. Todas estas complicaciones fueron explicadas y están incluidas en el consentimiento informado que la paciente firmó”.

Entre la documentación obrante en la historia clínica figura el consentimiento informado para recambio de marcapasos cardíaco permanente, fechado el 10 de enero de 2017. En él se incluyen, dentro de los riesgos típicos, “molestias en la zona de implantación del generador, hematoma”, precisando que “muy raras son otras complicaciones más graves (trombosis venosa o intracardíaca, infarto pulmonar, sepsis, perforación cardíaca con taponamiento), si bien algunas de ellas requieren actuación urgente”.

**4.** Mediante oficio de 27 de junio de 2019, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección

de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital ..... el 25 de junio de 2019. En él señala que “en esta paciente se presentaron dos problemas absolutamente independientes:/ Infección de marcapasos./ Estenosis valvular aórtica intervenida./ La muerte de la paciente se debió a una isquemia cerebral aguda secundaria a un tromboembolismo probablemente originado en el sistema de asistencia ventricular./ La asistencia ventricular se asocia a riesgo de trombosis dentro del dispositivo, lo que puede dar lugar a episodios embólicos. Hasta en un 5 % de los pacientes sometidos a asistencia ventricular mecánica se observan episodios de isquemia cerebral de diferente severidad. Para disminuir este riesgo de trombosis los pacientes deben recibir tratamiento anticoagulante. En el caso de esta paciente estaba tratada con perfusión de heparina, con tiempos de coagulación en el rango recomendado./ La causa de la disfunción ventricular severa, que se presentó al final de la intervención de recambio valvular aórtico, es difícil de precisar con exactitud. Es posible que la isquemia durante la intervención jugase un papel importante, más agravado por un miocardio hipertrófico como consecuencia de la estenosis aórtica. Ante esta posibilidad se comprobó que (...) las coronarias estaban permeables tras el implante de prótesis y se implantó el *bypass* aortocoronario como medida terapéutica”.

Afirma que “los datos más relevantes en este caso son:/ Infección de marcapasos, tratado con antibióticos y extracción del sistema./ Estenosis aórtica severa, intervenida con recambio valvular y complicada con disfunción severa del ventrículo izquierdo, que precisa implante de asistencia ventricular mecánica./ Muerte cerebral, secundaria a isquemia embólica aguda, posiblemente en relación con trombosis a nivel de la asistencia ventricular, a pesar de una correcta anticoagulación”.

**5.** El día 29 de julio de 2019 emite informe una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, a instancias de la entidad aseguradora de la Administración.

En él expone que la paciente era “portadora de marcapasos por bradiarritmia a la que se le realiza recambio del generador el 10-01-2017. Presenta importante hematoma en la zona de implante del (marcapasos). Posteriormente signos de celulitis de la zona, se pauta tratamiento y se cursan hemocultivos. En un control posterior, el 7-02-2017, se solicitan RFA y se cita en 10 días./ No consta que se visitara de nuevo a la paciente en el (Hospital .....) con posterioridad. Se desconoce si a partir de esa fecha acudió a otro centro hospitalario en el que se consultó en ‘innumerables ocasiones’ aquejando molestias en la zona del (marcapasos), como se apunta en la reclamación. Ni en la documental aportada” ni en la que se adjunta a “la reclamación existe información al respecto./ El siguiente control en el (Hospital .....) es el 2-03-2018, más de 1 año después”.

Indica que “cada una de las intervenciones, implante de marcapasos, recambio de generador, intervención para extracción de cables de marcapasos y recambio valvular, ha sido precedida de la firma de los diferentes consentimientos informados en los que se contemplan las complicaciones acaecidas -hematoma e infección en zona de implante de (marcapasos) tras recambio de generador y fallecimiento tras intervención de recambio valvular-”, concluyéndose que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”.

**6.** Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a los interesados el 4 de noviembre 2019, estos examinan el expediente y con fecha 25 de noviembre de 2019 presentan un escrito de alegaciones en una oficina de correos en el que se limitan a reproducir el contenido de su reclamación inicial.

**7.** El día 21 de enero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

En ella razona que “en la reclamación, sin pericial ni argumento técnico que lo sustente, se asegura que el fallecimiento de la paciente se debe ‘única y

exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo desde que el 10 de enero de 2017 se realiza el recambio del generador de marcapasos’”, y aunque se hace alusión a “las innumerables visitas médicas” realizadas por parte de la paciente, se observa que, “al margen de la infección a la que los reclamantes imputan el nexo causal del fallecimiento, la realidad es que hay que tener en cuenta que la paciente fue sometida el 19 de abril de 2018 a una cirugía de recambio valvular aórtico y extracción del fragmento de electrodo de ventrículo derecho. Se implanta prótesis (...) y es preciso cerrar la aorta con una ampliación con parche de pericardio. Al finalizar la intervención (...) presenta disfunción ventricular severa que dificultó la recuperación de la circulación espontánea tras la circulación extracorpórea. En este momento se realiza un puente aortocoronario a la arteria descendente anterior. Ante la persistencia de la disfunción ventricular se implanta un sistema de asistencia ventricular izquierda mecánica (...). El implante resulta muy dificultoso, obligando a cambio de cánulas en varias ocasiones. Se logra la estabilización de la paciente y sale de quirófano estable, con asistencia ventricular y balón de contrapulsación intraaórtico, pasando a UCI. El 21 de abril de 2018 la evolución inicial es aceptable y en esta fecha, al retirar la sedación, la paciente está consciente, y el 24 de abril de 2018 presenta episodio brusco de midriasis bilateral arreactiva que evoluciona a situación de muerte encefálica”.

Constata que “el estudio necrótico demuestra múltiples lesiones isquémicas cerebrales, con isquemia aguda en el territorio de la arteria cerebral media derecha, como hallazgos más destacado en relación con la muerte encefálica./ En esta paciente se presentaron dos problemas absolutamente independientes: Infección de marcapasos./ Estenosis valvular aórtica intervenida./ La muerte de la paciente se debió a una isquemia cerebral aguda secundaria a un tromboembolismo probablemente originado en el sistema de asistencia ventricular./ La asistencia ventricular se asocia a riesgo de trombosis dentro del dispositivo, lo que puede dar lugar a episodios embólicos. Hasta en un 5 % de los pacientes sometidos a asistencia ventricular mecánica se observan episodios de isquemia cerebral de diferente severidad. Para disminuir

este riesgo de trombosis los pacientes deben recibir tratamiento anticoagulante. En el caso de esta paciente estaba tratada con perfusión de heparina, con tiempos de coagulación en el rango recomendado./ La causa de la disfunción ventricular severa, que se presentó al final de la intervención de recambio valvular aórtico, es difícil de precisar con exactitud. Es posible que la isquemia durante la intervención jugase un papel importante, más agravado por un miocardio hipertrófico como consecuencia de la estenosis aórtica. Ante esta posibilidad se comprobó que el origen de las coronarias estaban permeables tras el implante de prótesis y se implantó el *bypass* aortocoronario como medida terapéutica”.

Se concluye que “se ha actuado conforme a la *lex artis* en todo el proceso asistencial”.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de febrero de 2020, 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, cuya copia adverada adjunta en soporte digital.

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

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

apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 22 de abril de 2019, y el fallecimiento de la paciente tiene lugar el 24 de abril de 2018, por lo que es claro que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

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

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados -viudo e hija de la fallecida- reclaman una indemnización por los daños sufridos por la pérdida de su familiar, que atribuyen a una inadecuada atención médica subsiguiente a la intervención para el recambio del generador del marcapasos que impidió el abordaje oportuno de una infección y otras complicaciones.

Acreditada la realidad del deceso, hemos de presumir un daño moral en los allegados que aquí reclaman. Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de 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.

En el caso analizado, los interesados atribuyen el fallecimiento de su familiar a la falta de una adecuada atención a su sintomatología e importantes molestias pese a las “innumerables visitas médicas realizadas” tras el recambio del generador de marcapasos, en enero de 2017.

Al respecto se observa, en primer lugar, que la documentación obrante en el expediente no permite acreditar las “innumerables visitas” que se invocan, pues a la vista de la historia clínica -y tal como se explicita en el informe de la compañía aseguradora de la Administración- desde el 7 de febrero de 2017 no consta ninguna atención a la paciente en su centro hospitalario de referencia hasta el 2 de marzo de 2018, más de un año después, cuando ingresa por “infección de bolsa de marcapasos”. Pese a que el informe de la entidad aseguradora evidencia que ese lapso de ausencia se deduce también de la documentación médica que los reclamantes aportan, estos nada oponen en el trámite de audiencia, por lo que no se objetiva esa insistente demanda de asistencia.

Con relación al nexo causal, en segundo lugar, los perjudicados se detienen en la genérica invocación de una mala praxis en atención a la sintomatología y molestias que la fallecida presentaba desde la intervención de recambio de enero de 2017. Sin embargo, no aíslan la concreta actuación médica o episodio al que asocian la infracción de la *lex artis*, y tampoco especifican en qué consistió esa supuesta vulneración del buen quehacer médico. No aportan soporte pericial alguno de la infracción cometida, ni siquiera ofrecen una argumentación dialéctica al respecto, pues solo aluden a la “infección de bolsa de marcapasos” sin abordar su tratamiento ni su incidencia, cuando de lo actuado se desprende que no guarda relación con el fatal desenlace. Incluso después de examinar el expediente en el trámite de audiencia se limitan a reproducir la vaga imputación de su escrito inicial y prescinden de alegaciones específicas que cuestionen el criterio de los técnicos informantes.

Frente a ello, todas las periciales obrantes en el expediente, único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo, aprecian que la actuación médica se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Así, en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca se constata que, sin conexión con el recambio de marcapasos en enero de 2017, la paciente presentó una disfunción ventricular izquierda tras la cirugía de recambio valvular aórtico en abril de 2018 precisando el implante de un corazón artificial, atribuyendo la causa del fallecimiento a la muerte cerebral. En el informe del Director del Área de Gestión Clínica del Corazón se deslindan dos problemas en la paciente: por un lado, la infección de marcapasos y, por otro, la estenosis valvular aórtica intervenida. Tanto este especialista como el técnico que rubrica la propuesta de resolución aprecian que la muerte se debió a una isquemia cerebral secundaria a un tromboembolismo, probablemente originado en el sistema de asistencia ventricular y que esta se asocia a riesgo de trombosis dentro del dispositivo, lo que puede dar lugar a episodios embólicos, razonando que hasta en un 5 % de los pacientes sometidos a asistencia ventricular mecánica se observan episodios de isquemia cerebral de diferente severidad, y se pone de relieve que esta paciente "estaba tratada con perfusión de heparina, con tiempos de coagulación en el rango recomendado". Ambos peritos coinciden en que es difícil de precisar con exactitud la causa de la disfunción ventricular severa, y que es posible que la isquemia durante la intervención jugase un papel importante, más agravado por un miocardio hipertrófico, como consecuencia de la estenosis aórtica. Asimismo, la facultativa que informa a instancias de la entidad aseguradora repara en que "cada una de las intervenciones, implante de marcapasos, recambio de generador, intervención para extracción de cables de marcapasos y recambio valvular, ha sido precedida de la firma de los diferentes consentimientos informados en los que se contemplan las complicaciones acaecidas -hematoma e infección en zona de implante de (marcapasos) tras recambio de generador y fallecimiento tras intervención de recambio valvular-", concluyendo que "la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*".

En definitiva, no se objetiva en lo actuado negligencia médica alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de los informes incorporados al expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, quienes no hacen uso del derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no resulta antijurídico, por tratarse de la materialización de un riesgo asumido a la luz de una información previa adecuada, y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.