

En Logroño, a 4 de abril de 2024, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras D^a. Amelia Pascual Medrano, D^a. Ana Reboiro Martínez Zaporta y D^a. M^a. Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

12/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por XXX, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria tras intervención quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y que valora en 208,803,82 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 27-10-22 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el 28-10-22, el XXX expuso que:

-El 21 de abril del año 2020, se le realizó un estudio URO TAC tras presentar episodios de hematuria macroscópica, en el que se le detecta de forma casual un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

-El 29 de abril de 2020, en el Hospital de San Pedro, tras realizar interconsulta con el servicio de cirugía vascular, se le realizó un TAC de tórax y abdomen con contraste intravenoso y reconstrucciones en 3D para poder caracterizar morfológicamente el aneurisma.

-El 14 de mayo de 2020 en el Hospital de San Pedro, se llevó a cabo intervención quirúrgica en la que sufrió una lesión de plexo braquial derecho (estructura nerviosa formada por los ramos ventrales de las raíces cervicales C5-C6-C7-C8 y T1 que dan lugar a los nervios de los miembros superiores y que es encargado de inervar el miembro superior.

Queda objetivado que, dentro del protocolo de preparación al quirófano del paciente, se realizaron



varios intentos de canalizar una vía central en la vena yugular interna sin éxito, según el informe del servicio de anestesia, de 14 de mayo de 2020:

“Cabeza y cuello: leve hematoma en región cervical derecha, tras varios intentos de canalización de vía yugular interna derecha. Sin signos de complicación”.

-Del día 14 al 17 de mayo de 2020 el reclamante permaneció en el servicio de intensivos. En el informe de alta de servicio UCI no se hace ningún comentario de posibles complicaciones tras los tres intentos de inserción de vía ni de aparición de hematomas en la zona cervical.

-Del día 17 al 21 de mayo el X permaneció en la planta a cargo del servicio de cirugía vascular. Durante esos días avisó a los médicos de que presentaba dolor en el brazo derecho desde el día 17 de mayo. Asimismo, se pudo objetivar la formación de un hematoma en la región laterocervical derecha desde el día 14 de mayo, no apareciendo en ninguno de los informes mención a esta sintomatología, ni a los hallazgos clínicos.

-El día 21 de mayo recibe, el alta hospitalaria, sin que en dicho informe se haga mención a los hallazgos y sintomatología.

*-El día 24 de mayo de 2020, X acude al servicio de urgencias del HSP, al empeorar la cervicobraquialgia derecha que presentaba con dolor y dificultades para poder elevar y separar el brazo del cuerpo. El paciente es valorado por la Dra. X (neuróloga de guardia) y ya realiza un diagnóstico de **plexopatía braquial derecha superior, postraumática (tras la intervención) idiopática.***

-El día 27 de mayo de 2020, vuelve a acudir a urgencias al haber empeorado el dolor y la impotencia funcional del brazo derecho, e ingresa.

-El día 29 de mayo de 2020, se decide intervenir de nuevo, realizándose punción del pseudoaneurisma, evacuación del hematoma e implante de una endoprótesis Fluency 10x60 mm para intentar contener el pseudoaneurisma formado.

-El día 30 de mayo de 2020 pasa a planta de cirugía vascular.

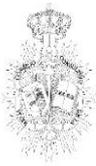
-El día 3 de junio de 2020, X debe ser intervenido de nuevo al reaparecer el pseudoaneurisma subclavio derecho, realizando una descompresión quirúrgica del mismo, permaneciendo ingresado hasta el 12 de junio de 2020.

-En julio de 2020 comienza a realizar rehabilitación.

-El 30 de abril de 2021, se decide una nueva intervención quirúrgica para mejorar la situación funcional del paciente, mediante una transposición nerviosa de nervio accesorio a supraclavicular, de nervio axilar a ramas radiales para tríceps y de fascículo del nervio mediano a ramas motoras del bíceps braquial, siendo dado de alta el 1 de mayo de 2021.

-Los días 14 y 17 de mayo, X acude a urgencias por sangrar las heridas postquirúrgicas.

-El día 17 de septiembre de 2021, se dan por agotadas las posibilidades de recuperación de la lesión con tratamiento rehabilitados, mediante informe de la Dra. X, del servicio de rehabilitación describiendo la situación del paciente como “Funcional. Extremidad superior derecha sin limitaciones cuando trabaja sin elevación de hombro”.



2. El 9 de noviembre de 2021 el INSS le concedió una incapacidad permanente total por las secuelas derivadas de la cirugía.

3. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, el interesado entiende que:

“1º) Existe relación causa efecto directa y probada entre intentos de punción de la vena yugular interna realizados y la lesión del plexo braquial derecho que X ha presentado.”

2º) No se pusieron en práctica las medidas de vigilancia y control que los protocolos existentes y la “lex artis ad hoc” aconsejan ante una posible complicación compresiva del plexo braquial.

3º) No se describen en el historial médico las quejas del paciente ni los hallazgos exploratorios, que por sí solos eran suficientes para poder sospechar una complicación neurológica.

4º) Existió un retraso de más de 7 días que no se puede justificar con los medios disponibles en la fecha de atención en el Hospital San Pedro.

5º) El retraso del diagnóstico tuvo unas repercusiones funestas en las posibilidades de recuperación del paciente.

6º) Existen unas secuelas definitivas que han originado un daño físico, psicológico, laboral, estético y económico profesional que debe ser indemnizado”.

En la reclamación finalmente se afirma que:

*“Como consecuencia de esta lesión latrogénica el X tuvo que someterse a **tres operaciones más** (dos de cirugía vascular para tratar el pseudoaneurisma formado y una tercera de microcirugía para intentar reparar los nervios dañados), ha sufrido un **trastorno adaptativo** (es la respuesta fisiológica a situaciones de estrés que implican la aparición de síntomas emocionales o conductuales significativos clínicamente. Los síntomas consisten en un malestar mayor a lo esperable dada la situación estresante, con o sin deterioro significativo de la actividad social o laboral, y aparecen durante los tres meses siguientes al inicio del acontecimiento estresor) y ha realizado **tratamiento rehabilitador** desde julio de 2020 hasta febrero de 2022. El paciente permaneció en situación de incapacidad laboral por este proceso desde el día 13 de mayo de 2020 hasta el 14 de mayo de 2021. Con fecha 8 de noviembre del 2021 se le concede una Incapacidad Permanente Total por este proceso y sus secuelas”.*

4. La indemnización por el anormal funcionamiento del Servicio Riojano de Salud, se cuantifica en **208.803,82 euros**, que desglosa:

- a) Periodo de incapacidad temporal: 36.859,04 euros.
- b) Secuelas físicas (50 puntos) y estéticas (5 puntos), según baremo: 110.035,78 euros.
- c) Factor corrector por intervenciones quirúrgicas: 3.150,00 euros.



d) Perjuicio personal particular (moderado): 50.000 euros.

e) Perjuicio personal patrimonial: 8.759 euros.

5. A su reclamación el interesado acompañó la documentación que tuvo por conveniente, entre ella, un informe médico pericial de fecha 18 de julio de 2022 emitido por el Dr. X, especializado en “Valoración de daño corporal”, así como un informe no pericial de Unidad de Cirugía Artroscópica (UCA) de 21 de X de 2022.

Segundo

El 31 de octubre de 2022, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 2-11-2022, el Sr. Instructor del expediente se comunica al reclamante diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada al paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

3. Con fecha 2-12-2022 se remite por la citada Área la siguiente documentación que obra en el expediente:

-Copia de la historia clínica, que comienza con la hoja de inclusión en el sistema de organización y programación quirúrgica, de fecha 27-04-2020, del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, del HSP, con diagnóstico de Aneurisma Aorta Abdominal de 7 cm.

-Se incorporan los informes siguientes que a continuación se resumen:

i) Informe del Dr. X, del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del HSP de Logroño, de fecha 8-11-2022.

Advierte que no ha sido cirujano principal en ninguna de las intervenciones quirúrgicas a las que el paciente ha sido sometido. Detalla que el día 14 de mayo de 2020 participó como cirujano asistente y al no ser encargado principal no le consta ningún problema de acceso vascular y que no ha tenido participación en el



seguimiento postoperatorio. Completando su actuación el 13 de junio.

ii) Informe de la Dra. X, del Servicio de Anestesiología del HSP de Logroño.

“Realizo check-list en la sala de preanestesia y en el quirófano, según protocolo de actuación del HSP... Cojo dos vías periféricas de grueso calibre. Realizo inducción anestésica e intubación orotraqueal al primer intento. Canalizo la arteria radial izquierda sin incidencias para tener un control hemodinámico invasivo continuo. Vía central: Preparo campo estéril y desinfecto la piel con solución antiséptica para prevenir complicaciones infecciosas según las recomendaciones de las Guías clínicas de la ASA (American Society of Anesthesiologists) del acceso venoso central.

Utilizo el control ecográfico durante la punción, como vengo haciendo por protocolo siempre que canalizo una vía central, porque así es recomendado por las guías clínicas de la ASA de mi especialidad médica. A pesar de todas las medidas de seguridad implementadas, durante la punción de la vena yugular interna derecha ecoguiada y con técnica Seldinger, se genera un hematoma postpunción por lo que retiro y comprimo en la región cervical derecha durante unos minutos. Dada la necesidad de tener una vía central debido a las características del procedimiento, de nuevo y siguiendo el mismo protocolo, preparo y limpio la piel en región cervical izquierda y utilizando la ultrasonografía como guía en la técnica, canalizo la vena yugular interna izquierda bilumen sin incidencias...

...Realizo vigilancia del hematoma durante toda la intervención quirúrgica”.

iii) Informe de la Dra. X, del Servicio de Angiología y Cirugía vascular de 18- 11- 2022.

*“El día 24/05/2020 acude a urgencias por dolor en la ESD.
Les explico mi impresión y que habría que hacer una RMN; para ello ingresaría; el paciente prefiere hacerla de forma ambulatoria.
La solicito muy preferente.
Habrá que hacer un ENG también, te avisaremos para hacerlo.*

*...
-IMPRESIÓN CLINICA:*

*Plexopatía braquial derecha superior, posiblemente postraumática (por la intervención).
Desde urgencias se solicita RMN de la extremidad de manera preferente que se realiza el día 27-05-2020.*

*...
Se cita al paciente en urgencias y tras visualizar las imágenes se decide ingreso.*

*...
Conclusión*

Fino derrame pleural derecho. Se confirma la presencia de pseudoaneurisma a nivel supraclavicular derecho de aproximadamente 51x44mm”.

iv) Informe de neurología de la Dra. X, de noviembre de 2022.

“Paciente valorado urgencias por neurología el día 24 de mayo de 2020. Resumen:

...

Con la sospecha de Plexopatía braquial derecha superior; postcirugía se le aconsejó ingresar en el hospital para hacer el estudio, pero el paciente refirió hacer las pruebas de forma ambulatoria”.

v) Informe del Dr. X, del Área de Anestesiología y Reanimación, de 28 de noviembre de 2022.

“Tras la cirugía, ingresa en la unidad polivalente de críticos a cargo del servicio de anestesiología y reanimación para monitorización y vigilancia clínica estrecha.

Durante su ingreso, el paciente permanece estable hemodinamicamente gracias a la acción de fármacos vasoactivos (noradrenalina en perfusión endovenosa). Presenta un leve hematoma en región cervical derecha secundario al intento de canalización de vena yugular derecha durante la cirugía. Durante su ingreso, no se aprecian signos clínicos de complicación respecto a dicho hematoma.

Durante su ingreso en la unidad de críticos, el paciente se arranca la vía central yugular izquierda canalizada en quirófano, (se evidencia en la primera radiografía de tórax postoperatoria la ausencia de vía central), por lo que se indica canalizar la vía central de acceso periférico en extremidad superior derecha para continuar con la perfusión de noradrenalina, necesaria para mantener al paciente con vida. Tras evidenciar en la segunda radiografía un bucle entre vena cefálica y basilica a la altura del hombro, se retira dicha vía central 15 cm.

... No se evidencian molestias o signos de déficit neurológico en extremidad superior derecha durante su ingreso en la unidad”.

Cuarto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 9-3-2023 por *CRITERIA* y, en particular, por la Dra. X, médico especialista en Anestesiología, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente establece las siguientes conclusiones:

“1. Varón de 62 años al que le fue diagnosticado un aneurisma de aorta abdominal, (patología con una alta mortalidad) de manera casual en un reconocimiento médico de otra especialidad.

2. Es programado para ser intervenido de manera urgente de cirugía abierta de aneurisma aórtico abdominal de forma programada el día 14 de mayo de 2020 en el Complejo San Millán-San Pedro de La Rioja y presenta como secuela una plexopatía braquial derecha por compresión, debido a un pseudoaneurisma de la arteria subclavia del mismo lado.

3. El hecho de que se forme un pseudoaneurisma y que haya generado las secuelas, no implica que haya existido una mala asistencia:

3.1 El paciente fue tratado en tiempo y forma en función de la instauración de los síntomas. Las pruebas de imagen complementarias se realizaron conforme aparecieron signos de alarma: primero, la pérdida de fuerza en el brazo derecho que se estableció una vez el paciente fue dado de alta del hospital; y segundo, la presencia de una masa pulsátil supraclavicular.



3.2 La sola presencia de un hematoma cervical en el contexto de una punción dificultosa de vena yugular junto a una antiagregación y a la administración de heparina necesarias en el postoperatorio, así como un dolor leve de brazo únicamente registrado en una ocasión por enfermería, no requeriría pruebas complementarias, dado que por sí mismos no son signos de alarma.

3.3 Hemos de reconocer además que la formación de un pseudoaneurisma de arteria subclavia postpunción de vena yugular interna derecha es una entidad muy poco habitual en la clínica diaria.

4. Desarrollo cada uno de los argumentos:

4.1 La formación de pseudoaneurisma se atribuye a una complicación en el intento de canalización de una vía central en la vena yugular interna derecha por el anestesiólogo responsable durante la cirugía de aneurisma abdominal, a pesar de haber realizado la punción bajo control ecográfico, según marcan las guías vigentes.

4.2 El anestesiólogo fue consciente de la formación de un hematoma cervical durante la punción según los informes aportados. **La complicación vascular más habitual en este tipo de situaciones es la punción accidental de la arteria carótida** que discurre paralela a la vena yugular interna y se trata de manera conservadora tal como el anestesiólogo relata haberlo manejado: se retiró la aguja, se comprimió la zona y se vigiló el hematoma cervical resultante. Finalmente canalizó la vena yugular interna del otro lado sin incidencias.

4.3 La canalización de la vía central fue imprescindible durante la cirugía del aneurisma para la administración de noradrenalina, droga vasoactiva que permitió tratar la hipotensión del shock hemodinámico que se produjo por pérdida sanguínea durante la intervención.

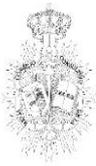
4.4 En el informe de admisión en la UCI tras la cirugía se hace referencia a la presencia de un hematoma leve en región cervical derecha.

5. La falta de alusión al hematoma cervical o a un dolor en brazo derecho en los informes médicos durante el ingreso hospitalario entre el 14 y el 21 de mayo, incluso de diferentes especialidades y ubicaciones, que el paciente refiere en consultas posteriores, hace que concluyamos que no constituyeron signos de alarma en ningún caso que justificaran la realización de pruebas complementarias en ese momento.

6. La formación de un pseudoaneurisma de arteria subclavia tras la canalización de una vena yugular interna derecha es una complicación rara y generalmente de diagnóstico tardío ya que los síntomas sugestivos suelen tardar en aparecer. La masa pulsátil en región supraclavicular es típica y en nuestro paciente apareció a los 13 días de la punción. Es decir, la complicación vascular tras una punción de vena yugular interna derecha tuvo un curso subagudo de inicio muy lento y completamente inespecífico en un principio.

7. Las pruebas realizadas y solicitadas cuando apareció la clínica neurológica inicial, primer signo de alarma en el transcurso de la enfermedad, fueron adecuadas en tiempo y forma: una analítica, un TAC cráneo-cervical y una exploración neurológica exhaustiva por un médico especialista en neurología.

8. Una vez apareció la masa pulsátil supraclavicular, se indicaron las pruebas correspondientes para valorar un posible pseudoaneurisma de arteria subclavia: TAC torácico y arteriografía diagnóstica, además de una resonancia magnética del plexo braquial y una electromiografía.



9. Una vez se diagnosticó la complicación, el tratamiento fue multidisciplinar.

9.1. El servicio de Cirugía vascular trató de manera urgente y de forma definitiva el pseudoaneurisma de la arteria subclavia, aunque requirió 2 intervenciones para que fuera completamente efectivo.

9.2 El servicio de Traumatología trató la lesión nerviosa mediante cirugía de trasposición nerviosa. El resultado fue favorable con mejoría del movimiento del brazo: el paciente consiguió recuperar la flexoextensión del codo y la prono-supinación del brazo, No consiguió elevar el hombro.

9.3 El servicio de Rehabilitación intervino en el diagnóstico evolutivo y fisioterapia durante todo el transcurso de la lesión. En mayo de 2022, consta una evolución favorable y sin complicaciones desde un punto de vista vascular, ni aórticas ni en la extremidad superior. En la última evolución médica se comenta lo siguiente: “Actualmente funcional. Renovación del carné de conducir. Miembro superior derecho sin limitaciones cuando traba sin elevación del hombro.”

10. El paciente firmó todos y cada uno de los consentimientos informados para cada intervención y procedimiento anestésico, entendiéndolo con ello la gravedad de su primera cirugía de aneurisma abdominal y las posibles complicaciones derivadas de su intervención”.

Quinto

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 22-5-2023, emitido por la Sra. X, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

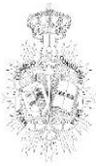
“1. Paciente a quien en abril-2020 se le realizó diagnóstico incidental de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, en contexto de estudio por parte del Sº de Urología, tras haber presentado un episodio de hematuria macroscópica.

2. Las actuaciones encaminadas al diagnóstico de precisión, así como la adopción de las medidas terapéuticas, ajustadas al diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal, fueron llevadas a cabo con diligencia, corrección científica y cumpliendo con la normativa vigente en cuanto a información y consentimiento del paciente.

3. A XX se le practicó exclusión abierta de aneurisma de aorta abdominal, procedimiento quirúrgico por el que se optó libremente, tras ser informado detalladamente acerca de riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento de dicho aneurisma y haber firmado el documento de Consentimiento informado. El procedimiento quirúrgico cursó sin complicaciones imprevisibles, ni graves.

4. En el contexto de los procedimientos intraoperatorios a cargo del Sº de Anestesia, se realizó la canalización de una vía venosa central, a través de la vena yugular interna derecha, con campo estéril, ecoguiada y de acuerdo con la técnica de Seldinger. En el curso de dicho procedimiento se generó un hematoma postpunción.

5. La canalización de una vía venosa central, estaba plenamente indicada en el contexto de la cirugía que se realizó al paciente, dada la previsible necesidad de administración de fármacos con alta osmolaridad, fármacos vasoactivos y monitorización hemodinámica de forma constante, por tratarse



de una técnica quirúrgica con alto riesgo de sangrado, riesgo de embolia y por consiguiente de shock.

6. El procedimiento de canalización de la vena yugular interna derecha se realizó de acuerdo con el protocolo establecido en las guías de la ASA (American Society of Anesthesiologists). Tanto por lo que respecta a la elección de la vía de acceso (vena yugular interna), asociada de acuerdo con la literatura científica a una menor incidencia de eventos adversos asociados, como en cuanto a la técnica (antibioterapia, campo estéril, inserción ecoguiada de aguja y controles del procedimiento).

7. La punción arterial en el contexto del acceso una vía venosa central, en concreto por lo que respecta a la punción accidental de arteria carótida en acceso vía yugular interna derecha, está descrita en la literatura científica como una complicación mecánica frecuente (3%-15% de los casos, según las series consultadas) recomendándose como abordaje inmediato de dicha complicación compresión local (10 minutos).

8. La Dra. X, identificó la complicación y a abordó adecuadamente, retirando la aguja, realizando compresión y vigilando el hematoma a lo largo de la intervención quirúrgica. **A pesar de haberse tomado las medidas descritas, se produjo un pseudoaneurisma subclavio derecho, complicación también descrita en la literatura científica, tras punción arterial accidental.**

9. Tras la intervención quirúrgica el paciente fue ingresado en la UCI, donde permaneció entre los días 14 y 17 de mayo de 2020. Pese al control estricto de signos y síntomas que se sigue con los pacientes ingresados en dicho servicio, no consta en la historia clínica del paciente la existencia de signos ni síntomas apreciados por el personal sanitario a cuyo cargo estuvo, ni quejas del paciente que orientasen a la sospecha de la existencia de una complicación a nivel de la zona de punción venosa yugular derecha.

10. El paciente permaneció ingresado en planta a cargo del Sº de Cirugía Vasculuar de 17-05-2020 al 21-05-2020, fecha en el que fue dado de alta hospitalaria. Durante su ingreso en planta no existe constancia de la identificación por parte del personal sanitario de signos, ni síntomas indicativos de evolución desfavorable del hematoma subsiguiente a la punción para acceso venoso central a nivel de vena yugular derecha.

11. En cuanto a la sintomatología referida a la extremidad superior derecha, de acuerdo con la historia clínica, refirió presentar “dolor a nivel del brazo derecho” el día 21-05-2020, pero a la exploración no se apreciaron signos de flebitis, ni de ningún otro signo que pudiese ocasionarlo. Dicho dolor cedió con la analgesia pautada. No constan en la historia clínica quejas del paciente referidas a otras alteraciones de la sensibilidad a nivel de dicha extremidad (parestias), ni a déficit/alteraciones en la movilidad de la misma.

12. De acuerdo con el contenido del informe del Sº de Cirugía Vasculuar del día 21-05-2020, en el momento de dicha alta, el paciente no presentaba signos ni síntomas sugestivos de complicación aguda de la punción venosa yugular derecha, ni signos exploratorios de alarma a nivel de la extremidad superior derecha.

13. El paciente, de acuerdo con sus propias manifestaciones, al acudir al Sº de Urgencias el día 24-05-2020, había comenzado a notar parestias y disminución de fuerza a nivel de extremidad superior derecha tres días antes, es decir el día 21-05-2020. No obstante, no consta que manifestara al personal sanitario del Sº de Cirugía Vasculuar la existencia de las mismas antes de ser dado de alta hospitalaria. Las actuaciones que llevaron a cabo los profesionales del Sº de Urgencias y del Sº de Neurología fueron correcta y apropiadas al contexto clínico del paciente, siendo éste quien declinó la posibilidad del ingreso hospitalario para completar el estudio, que se le ofreció.



14. En la a visita al S° de Urgencias del día 27-05-2020, fue cuando se constató la existencia de un hematoma pulsátil a nivel supraclavicular derecho, que dado el antecedente de acceso venoso central vía yugular derecha, sentó la sospecha de la existencia de una complicación vascular.

Subsiguientemente se actuó con la debida premura y adecuación en la indicación de pruebas diagnósticas y de ingreso hospitalario del paciente.

15. Para tratar el pseudoaneurisma de arteria subclavia derecha del que había sido diagnosticado, fue intervenido con carácter urgente el día 29-05-2020, mediante la colocación de endoprótesis y en un segundo tiempo, por indicación del S° de Neurología, se realizó descompresión quirúrgica supraclavicular derecha, por presentar plexopatía braquial derecha superior.

16. Posteriormente, en abril-2021, acorde con la evolución del paciente y tras seguir tratamiento fisioterápico a cargo del S° de Rehabilitación, previa valoración conjunta de los servicios de Cirugía vascular y de Traumatología, se le realizó cirugía de transposición nerviosa, por persistencia de afectación axonal muy severa del nervio musculocutáneo, severa del nervio axilar y moderada del nervio radial derechos.

17. Tras recibir tratamiento fisioterápico desde julio a diciembre de 2021, fue dado de alta de dicho tratamiento por estabilización clínica.

18. En fase aguda (27-05.2020), el paciente presentaba desde el punto de vista motor, imposibilidad para la elevación y separación de la extremidad superior derecha. Tras manejo y tratamiento conjunto a cargo de los servicios de Cirugía Vascular, Neurología, rehabilitación y Traumatología, en diciembre de 2021, el paciente recuperó función motora de la musculatura que posibilita la elevación del hombro, quedando secuela de imposibilidad de elevación activa de hombro derecho, si es posible la elevación pasiva del mismo Consideración de funcional. Superó reconocimiento médico que le autorizó para la conducción de vehículo”.

Sexto

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia al reclamante y a la aseguradora.

El 6-7-2023, el reclamante presenta escrito de alegaciones en el que básicamente reitera su solicitud inicial.

Séptimo

En fecha 7-9-2023, se formula la Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación pues “*si bien la lesión arterial y consecuente hematoma supone la materialización de un riesgo típico de la canalización de la vía venosa central, la formación de un pseudoaneurisma de arteria subclavia no es una complicación directamente asociada con la técnica anestésica, sino que es una complicación de la primera, complicación poco frecuente lo que compromete su diagnóstico y tratamiento, como señala la Dra. Martín*” y en consecuencia no es imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento del servicio público.



Octavo

La Secretaria General Técnica de la Consejería actuante, el día 8 de septiembre de 2023, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 15 de septiembre de 2023.

El transcurso de seis meses, desde el inicio del procedimiento sin que haya recaído resolución expresa puede entenderse como contraria a la indemnización solicitada (artículo 91.3 de la LPACAP).

En el presente caso, la petición de dictamen a este Consejo se formuló ya expirado dicho plazo. No obstante, no hay ninguna vinculación con el sentido desestimatorio por silencio, de suerte que la resolución final del procedimiento puede ser estimatoria, total o parcial, o desestimatoria (art. 24.3 LPACAP).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 19-02-2024, registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 21-02-2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.



FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 208.803,82 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65,67,81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la



actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen 3/07, “*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo*”.

El Tribunal Supremo (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo-de 13 de noviembre de 2012, ECLI:ES:TS:2012:7272) tiene sentado el mismo criterio en relación a la obligación de medios:

“la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, más en ningún caso garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria, ... la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ... ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles”.

Como señala la STS de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º: “«...este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido



en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes al contrario, para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*".

2. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. Que la Constitución determine, en su artículo 106.2, 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”*, lo que es reiterado en la Ley 39/2015, artículo 32.2 con la indicación que *“en todo caso, el daño alegado deberá ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”*, no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además de éste debe ser antijurídico, en el sentido de quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento.



2. Cabe recordar que la *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerdan las Sentencias del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007; ECLI:ES:TS:2007:5763 y ECLI:ES:TS:2007:4902.

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que **no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste”.***

3. Con independencia de lo anterior, este Consejo ha reiterado, en buen número de dictámenes que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 12 de septiembre, ECLI:ES:TSJLR:2008:292, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necessitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes***



de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

4. Pues bien, en el presente supuesto, el reclamante afirma en su escrito que: i) se ha producido una lesión consecuencia de una inadecuada intervención quirúrgica; ii) no se adoptaron las medidas suficientes ni se siguieron los protocolos existentes; iii) no se prestó la atención adecuada que provocó un retraso en el diagnóstico, pese a los numerosos indicios; y, iv) Consecuencia de todo ello existen secuelas definitivas que han originado un daño físico, psicológico, laboral, estético y económico-profesional que debe ser indemnizado.

A) La intervención quirúrgica

Programado de manera urgente, el día 14 de mayo de 2020 en el Complejo hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, se realizó una cirugía abierta de aneurisma de aorta abdominal con exclusión abierta del aneurisma e interposición de injerto aorto-aórtico, bajo anestesia general.

Una vez que el paciente se encontraba bajo los efectos de la anestesia general, la anesthesióloga responsable Dra. X procedió a canalizar una vía central con control ecográfico, según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Anestesiología. La canalización de una vía central en una cirugía de aneurisma de aorta es una práctica habitual y totalmente justificada. La vena yugular derecha es el acceso central de elección por presentar la tasa de complicaciones más baja con respecto al resto de vías centrales. La canalización de vías centrales guiada por ecografía ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones secundarias hasta en un 50% y la anesthesióloga hizo uso de la misma para realizar la técnica.

La anesthesióloga responsable eligió de manera correcta dicho acceso como primera opción, no obstante, la punción no está exenta de complicaciones, entre las cuales la punción accidental de la arteria carótida es la más común.

Una vez la anesthesióloga evidenció signos de sangrado cervical y según refiere su informe, retiró la aguja y realizó una compresión sobre el mismo, tal y como se establece en la literatura. A continuación; cambió de lado para canalizar la vena yugular izquierda y así no seguir traumatizando el lado derecho, lo que discurrió sin incidencias. Monitorizó la evolución del hematoma cervical durante la intervención y procedió a despertar y extubar al paciente sin incidencias.

La presencia de un hematoma postpunción de la vena yugular interna derecha está recogida en el informe de la anestesia que recoge en su escrito el propio reclamante: *“Cabeza y cuello: leve hematoma en región cervical derecha, tras varios intentos de*



canalización de vía yugular interna derecha. Sin signos de complicación.” Precisamente por ello la anesthesióloga afirma que “Realizo vigilancia del hematoma durante toda la intervención quirúrgica. Cuando termina el procedimiento, hematoma estable y estabilidad hemodinámica”

En consecuencia de lo anterior, si bien la formación del pseudoaneurisma se puede atribuir a una complicación en el intento de canalización de una vía central en la vena yugular interna derecha durante la cirugía de aneurisma abdominal, no se puede afirmar, como lo hace el reclamante, que se hiciera con mala praxis, o falta de medios, ya que la única razón que exhibe para ello es errónea: No haber utilizado como técnica la ecografía, cuando queda reflejado en todos los informes que así se hizo. Sobre la complicación en el intento de canalización se da: *“a pesar de haber realizado la punción bajo control ecográfico, según marcan las guías vigentes”*.

Respecto del resto de actuaciones durante la intervención, tanto el informe de la especialista perito, Doctora X, como el de la médico inspectora, Sra. X, determina sin ningún género de dudas que:

-La canalización de una vía venosa central, estaba plenamente indicada en el contexto de la cirugía que se realizó al paciente (conclusión 5).

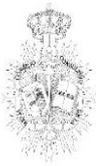
-El procedimiento de canalización de la vena yugular derecha se realizó de acuerdo con el protocolo establecido (conclusión 6).

-La punción arterial en el contexto del acceso a una vía venosa central, en concreto por lo que respecta a la punción accidental de arteria carótida en acceso vía yugular interna derecha, está descrita en la literatura científica como una complicación mecánica frecuente, recomendándose como abordaje inmediato de dicha complicación compresión local (conclusión 7).

-La Dra. X, identificó la complicación y la abordó adecuadamente, retirando la aguja, realizando compresión y vigilando el hematoma a lo largo de la intervención quirúrgica. A pesar de haberse tomado las medidas descritas, se produjo un pseudoaneurisma subclavio derecho, complicación también descrita en la literatura científica, tras punción arterial accidental (conclusión 8).

B) Atención sanitaria

En la reclamación se intenta razonar que la aparición del “leve hematoma” que aparece en la intervención y objetivado en los informes, debiera de haber suscitado las suficientes sospechas para diagnosticar la aparición de una lesión que, por otra parte, no ofrecía ninguna sintomatología ni aparecían nuevos hallazgos que el escrito de reclamación menciona, y que



solo justifica en que se “*informó al menos a tres médicos*”, sin determinar el contenido de la información.

Lo único constatable, en cambio, es que el paciente durante los días que permaneció en la UCI, del 14 al 17 de mayo del 2020, no ofreció ningún signo o hallazgo objeto de mención y que desde el día 17 de mayo que pasa a planta de hospitalización a cargo del Servicio de Cirugía Vascular tampoco se hace referencia a la existencia de dolor u otro síntoma, únicamente el evolutivo de enfermería del mismo día de alta, el 21 de mayo de 2020 se comenta lo siguiente: “*dolor en brazo derecho. No signos de flebitis y otro motivo que cause dolor. Cede con analgesia pautada*”.

Ese mismo día 21 de mayo de 2020, es dado de alta hospitalaria con tratamiento habitual. El médico responsable escribe “*Tras su traslado a planta el paciente permanece afebril, asintomático desde el punto de vista vascular iniciando tolerancia y deambulación progresivas por lo que se considera que puede ser dado de alta*”. La enfermera escribe: “*dolor suave de herida quirúrgica abdominal*” en su informe de alta, sin hacer referencia a dolor en el brazo.

En consecuencia, el razonamiento que se puede hacer es el contrario al expuesto en la reclamación. No existiendo desde el ingreso en la UCI el día 14 de mayo hasta su alta hospitalaria el día 21 de mayo, ningún indicio, hallazgo o síntoma que provoque una atención específica, habiendo sido atendido tanto en la UCI como en planta por un servicio sanitario competente para evidenciar cualquier anomalía, y no existiendo ninguna causa que permita una explicación razonable debemos atender a las científicas, tan como recoge el informe médico pericial:

“La formación de un pseudoaneurisma de arteria subclavia tras una punción de vena yugular interna derecha es una complicación rara y generalmente de diagnóstico tardío ya que los síntomas sugestivos suelen tardar días en aparecer. La masa pulsátil en región supraclavicular es típica y en nuestro paciente apareció a los 13 días de la punción. Es decir, la complicación vascular tras una punción de vena yugular interna derecha tuvo un curso subagudo de inicio muy lento y completamente inespecífico en un principio”.

C) Retraso en el diagnóstico

Finalmente, el escrito de reclamación se fundamenta en la existencia de un “*retraso en el diagnóstico de más de 7 días que no se puede justificar con los medios disponibles... este retraso diagnóstico tuvo unas repercusiones funestas en las posibilidades de recuperación*”.

El 24-5-2020, tres días después de haber sido dado de alta, el paciente acude al Servicio de Urgencias del Complejo San Millán-San Pedro y de acuerdo con sus propias manifestaciones, tal como refleja el informe de la Inspección médica, transmite que había

comenzado a notar parestesias y disminución de fuerza a nivel de extremidad superior derecha tres días antes, es decir el día 21-5-2020.

El informe del servicio de urgencias, recoge una actuación afortunada de la Doctora X:

- i) la impresión médica: Plexopatía braquial derecha superior, posiblemente postraumática (por la intervención).
- ii) **Le explico mi impresión y que habría que hacer una RMN, para ello ingresaría.**
- iii) **El paciente prefiere hacerla de forma ambulatoria.**
- iv) La solicito muy preferente. Habrá que hacer una ENG también, le avisaremos para hacerlo.

El día 27-5-2020 el paciente vuelve a acudir al Servicio de urgencias donde ya se le constató la existencia de un hematoma pulsátil a nivel supraclavicular derecho, que dado el antecedente de acceso venoso central vía yugular derecha, sentó la sospecha de la existencia de una complicación vascular, actuándose con la debida premura y adecuación en la indicación de las pruebas diagnósticas y de ingreso hospitalario del paciente.

El día 29-5-2020 fue intervenido el X con carácter urgente para tratar el pseudoaneurisma de arteria subclavia derecha, mediante colocación de endoprótesis y en un segundo tiempo, por indicación del servicio de neurología se realizó descompresión quirúrgica supraclavicular derecha, por presentar plexopatía braquial derecha superior.

Por tanto, tal como hemos expuesto, una vez aparecido los síntomas, se diagnosticó la complicación con extrema prontitud, programándose las intervenciones reparadoras con urgencia.

D) Secuelas

El servicio de Traumatología trató la lesión nerviosa mediante cirugía de trasposición nerviosa. El resultado fue favorable con mejoría del movimiento del brazo: el paciente consiguió recuperar la flexoextensión del codo y la pronosupinación del brazo. No consiguió elevar el hombro.

El servicio de Rehabilitación intervino en el diagnóstico evolutivo y fisioterapia durante todo el transcurso de la lesión. En mayo de 2022, consta evolución favorable y sin complicaciones desde el punto de vista vascular, ni aórticas ni en la extremidad superior. En la última evolución médica se comenta lo siguiente: *“Actualmente funcional, Renovación del carné de conducir. Miembro superior derecho sin limitaciones cuando trabaja sin elevación del hombro.”*

En el escrito de reclamación consta que con fecha 8 de noviembre de 2021 se le concede una Incapacidad Permanente total por este proceso y sus secuelas.

En definitiva, podemos valorar que la actuación sanitaria prestada al paciente se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

La Dra. X, en su informe emite la siguiente conclusión final:

“Considerando los datos recogidos en la historia clínica de XXX, los informes solicitados y la bibliografía científica consultada, la actuación de los profesionales del Servicio Riojano de Salud, que intervinieron en el proceso asistencial a que hace referencia la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, puede considerarse ajustada a la lex artis ad hoc, no obstante la lesión sufrida en el contexto de procedimiento de acceso a la vía venosa central y la secuela motora descrita, derivada de la misma”.

5. Resumen conclusivo. De todo lo anterior se deduce que la atención sanitaria se ajustó a la *lex artis*, tanto en lo referente a la puesta a disposición de medios humanos y materiales, como en la gestión del tiempo de respuesta a los síntomas que se presentaron durante el proceso asistencial. No ha quedado acreditado ningún retraso en el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja, que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO