

En Logroño, a 24 de octubre de 2014, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo habiéndose ausentado el Consejero D. José Luis Jiménez Losantos, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. José María Cid Monreal emite, por unanimidad de los asistentes, el siguiente

DICTAMEN

44/14

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (SERIS) formulada por D. R. L. S., por daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenido por sutura de una rotura espontánea del bíceps distal del brazo derecho con secuela de lesión del nervio mediano que determinaron su declaración en situación de incapacidad permanente total por el INSS; y que valora en 187.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 30 de diciembre de 2013, en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, se presenta la expresada reclamación, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

“El reclamante, el día 26 de agosto de 2011, mientras se encontraba realizando un trabajo propio de su actividad profesional, consistente en levantar un material de unos 40 kgs. de peso, sintió un fuerte dolor en el brazo izquierdo, seguido de pérdida de movilidad en dicho brazo. Observó cómo el músculo bíceps se había contracturado y retraído, en la región distal del brazo, hasta la flexura del codo izquierdo.

Acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, donde el Médico que le atendió apreció el “signo del hachazo” efectuándosele una ecografía, a la vista de la cual se le informaba de la posición correcta del tendón de la porción larga del bíceps, y que la unión miotendinosa distal era normal, sugiriendo la existencia de una rotura de fibras en la unión del tercio medio-distal. No obstante, recomendó la repetición de dicha ecografía en 24 horas. Le colocaron un cabestrillo y le prescribieron un antiinflamatorio y un protector gástrico.

Con fecha 30-8-2011, acude a la consulta de su Médico de asistencia primaria (MAP), indicándole la realización de una nueva ecografía, que es realizada el 7-9-2011 y que informa de una "... pequeña cantidad de líquido rodeando el vientre muscular del bíceps, con presencia en su unión musculotendinosa distal de un área hipocogénica de aproximadamente 32x10 mm. sugerente de hematoma muscular con retracción tendinosa, no siendo visible distalmente el tendón bicipital, por lo que recomendamos estudio con RM... para descartar rotura distal del tendón del bíceps".

La Resonancia Nuclear Magnética del codo izquierdo le fue realizada el día 12-9-2011, es decir 17 días después de haber sufrido el accidente. En ella, se confirmaba la presencia de una "... rotura completa del tendón distal del bíceps con retracción proximal del mismo... y líquido a su alrededor". El reclamante es ingresado en el Hospital de día de Calahorra el 20-9-2011 y le intervienen quirúrgicamente realizándosele una "... sutura primaria de cabos, más tenodesis al braquial anterior". Le colocan un vendaje compresivo e instándole a realizar curas locales en su Centro de salud cada dos días, aunque le recomiendan acudir a Urgencias ante cualquier signo de infección. El Traumatólogo le revisaría, si no hubiera complicaciones, transcurridas tres semanas.

El día 23-9-2011, acude para realizar la primera de las curas prescritas, si bien informa de la presencia de parestesias en la palma de la mano y en los cuatro primeros dedos, así como debilidad en el primer y segundo dedos. Sospechándose la existencia de una lesión en el nervio interóseo anterior a nivel del codo, le intervienen de urgencia para realizar una inspección del nervio. El doctor señala que "... por debajo del muñón del bíceps se encuentra una laceración epineural del mediano con sus fascículos conservados, aunque con hematoma perineural. Se realiza descompresión del nervio mediano...". El informe de fecha 24-9-2011, tras esa intervención, consta el siguiente juicio clínico "... Neuropatía del mediano, laceración epineural y hematoma perineural con estructuras fasciculares del nervio conservadas". Estuvo ingresado hasta el día 24-9-2011, y, en el momento del alta, le prescribieron efferalgán, nolutil, un complejo vitamínico del grupo B, y se le recomendaba "... mover el codo lo que le permitiera el dolor, así como iniciar rehabilitación desde la retirada de los puntos...".

Durante el tratamiento rehabilitador le practicaron controles periódicos de la evolución de la neuropatía del mediano, apreciando ya en los primeros electromiogramas que le realizaron, la existencia de: i) Severa neuropatía axonal del nervio mediano izquierdo; ii) No se obtienen potenciales sensitivos; iii) Denervación activa en los músculos subsidiarios. El último estudio neurofisiológico practicado llega a la siguiente conclusión: "... El estudio ENG-EMG es compatible con neuropatía crónica del nervio mediano izquierdo de carácter axonal e intensidad moderada-severa". El paciente finaliza la rehabilitación el día 30-1-2013, emitiéndose informe haciendo constar en el mismo que no se apreciaban mejorías con respecto a la exploración que le había realizado 6 semanas antes. La situación podía considerarse como definitiva dado que se había cumplido el tiempo teórico de reinervación.

*Con fecha 21-2-13, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social le reconoce al reclamante como **Incapacitado Permanente en Grado Total**, con efectos del 6-2-13, basándose en el siguiente cuadro clínico residual: "... Rotura bilateral del tendón del bíceps braquial. Secuelas de infección en cicatriz del brazo izquierdo con afectación del nervio mediano produciéndole las siguientes limitaciones orgánicas y funcionales: pérdida de fuerza de flexión en ambos antebrazos por rotura del tendón bicipital...".*

Resulta errónea e incierta la apreciación del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el sentido de atribuir las secuelas sufridas por (el paciente) a una infección en la cicatriz quirúrgica, infección que en ningún momento se produjo, tal y como puede apreciarse en todo su historial clínico.

Las secuelas que sufre (el paciente) encuentran su origen en una lesión iatrógena del nervio mediano por laceración del mismo, al intervenirle de su rotura del tendón distal del bíceps izquierdo. Y son neurológicas. Las secuelas que el reclamante presenta vienen perfectamente definidas en el Historial Clínico del paciente y son las siguientes:

A) Secuelas permanentes (Tabla VI): i) Paresia del nervio mediano en un rango que puede considerarse moderado-severo (14 puntos); ii) Disestesias Severas en el miembro superior izquierdo, fundamentalmente la mano (el cuadro es asimilable a una causalgia) (5 puntos). Por tanto como secuelas fisiológicas, tenemos como resultado 19 puntos.

B) Estabilización Lesional (Tabla V): Este periodo de estabilización lesional es el que transcurre desde que se produjo la lesión y, por lo tanto, el daño al paciente, es decir desde el día 20-9-11, hasta la fecha en la que (el paciente) fue dado de alta por el Servicio de Rehabilitación del Hospital-Fundación Calahorra, constatando como tal fecha en el historial clínico del paciente, el 30-1-2013, emitiendo el correspondiente informe. El periodo de estabilización lesional fue, por lo tanto, de 498 días, resultando 1 día de hospitalización (del 23-9-11 al 24-9-11) y 497 días improductivos.

C) Factores de Corrección (Tabla IV): La Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social le ha reconocido la situación de Incapacidad Permanente en el Grado de Total. (El paciente) presenta las limitaciones inherentes a la paresia del nervio mediano, y que, pueden interferir en la destreza y manipulación de objetos finos, del ordenador, etc. Resulta también evidente la dificultad que puede sufrir para realizar cualquier actividad deportiva que requiera la utilización del miembro superior izquierdo. Las secuelas han venido interfiriendo de forma importante en poder realizar una vida normal. El dolor lancinante que viene sufriendo por las noches, interfiere con un descanso nocturno normal, a pesar del tratamiento farmacológico que le han venido prescribiendo.

A la citada reclamación, se adjunta diversa documentación relativa a la asistencia prestada, así como informe pericial que acredita las deficiencias asistenciales enumeradas en su reclamación así como la justificación de la cantidad reclamada.

Segundo

En fecha 10 de enero de 2014, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructora del mismo, comunicándose igualmente al reclamante diversa información relativa a la instrucción.

Tercero

El mismo día, se solicita a la Dirección-Gerencia de la Fundación Hospital de Calahorra y a la Dirección del Área de Salud Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada al reclamante, su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron sobre la asistencia dispensada y la situación actual del paciente, comunicándose

igualmente la reclamación a la Correduría de Seguros con la que se tiene contratada la póliza de responsabilidad civil.

La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo. Y, tras la misma, consta escrito de personación en el expediente de la Fundación Hospital de Calahorra, mediante Procuradora con poder a su favor.

Cuarto

A continuación, obra informe emitido a instancia de la Aseguradora de Hospital Fundación Calahorra, cuyas conclusiones son las siguientes:

“(El paciente), de 51 años de edad sufrió una rotura en la unión miotendinosa del bíceps braquial izquierdo el día 26-8-2011, diagnosticada mediante dos ECO y una RM, y tratada quirúrgicamente el día 20-9-2011. Se realizó una sutura directa de la rotura más tenodesis al braquial anterior, sin aparentes complicaciones intraoperatorias.

Tras la cirugía, el paciente comenzó a notar parestesias en el territorio del n. mediano. Clínicamente, presentaba signos de afectación del mismo, por lo que se decidió llevar a cabo una exploración quirúrgica, efectuado el 23-9-2011 y en la que se apreció una laceración superficie del mismo, indudablemente consecuencia de la cirugía previa.

Este hecho se debe considerar como una complicación innata al acto quirúrgico, que figuraba de forma clara en el C.I. firmado por el paciente, estando motivada por la íntima relación anatómica entre el tendón distal del bíceps y el nervio mediano, y siendo totalmente independiente del momento en que aquel se ejecute.

Por tanto, este perito no aprecia la existencia de mala praxis alguna por parte de los Especialistas que han participado en el diagnóstico y tratamiento de este paciente, lo acaecido constituye una complicación innata a la cirugía, con la mala fortuna de una recuperación incompleta de la lesión nerviosa”.

Quinto

A continuación, aparece el informe de la Inspección médica del SERIS, cuyas conclusiones son las siguientes:

“(El paciente) presentó el 26 de agosto de 2011 una rotura de la unión miotendinosa del bíceps braquial derecho, que fue tratada de manera conservador en el Servicio de Urgencias del HOSP, al no apreciarse por ecografía más que una rotura fibrilar. El Dr. M. V., que realizó la ecografía, indica, en su informe de 30-1-2014, que, al realizar la ecografía, apreció una zona que correspondía a un importante edema agudo que impedía la visualización correcta del tendón distal del bíceps en ese momento, por la importante inflamación local. En su informe, sugiere, en caso de duda diagnóstica clínica, se repita la ecografía en 24 horas porque, en una fase subaguda (con menor inflamación), se podría visualizar la porción distal del bíceps y aportar datos concluyentes al estudio.

Esta nueva ecografía se realiza el 7-9-2011 a petición del MAP del asegurado y en ella se pone de manifiesto la posible rotura del tendón, por lo que se recomienda realizar una Resonancia

Magnética (RMN), que se realiza el 12-9-2011 y que diagnostica la rotura completa del tendón distal del bíceps.

Es intervenido quirúrgicamente el 20-9-2011 en la FHC por el Dr. E. R. que realiza una sutura primaria de cabos más tenodesis al braquial anterior.

El 23-9-2011, acude a realizar la primera cura tras la cirugía, refiriendo parestesias en palma de mano y dedos 1º al 4º, así como debilidad del 1º y 2º dedos. Se sospecha lesión del nervio interóseo anterior a nivel del codo; y es intervenido quirúrgicamente de urgencia por el Dr. E. R. para realizar inspección del nervio, apreciándose, por debajo del muñón del bíceps, laceración epineural del mediano, con sus fascículos conservados, aunque con hematoma perineural. Se realiza descompresión del nervio mediano.

Comienza tratamiento con fisioterapia y terapia ocupacional y se realizan varios estudios neurofisiológicos evolutivos que muestran neuropatía del mediano de carácter axonal e intensidad moderado-severa. También neuropatía zonal sensitiva, que produce dolor neuropático, que se muestra resistente a distintos tratamiento antiálgicos.

El 16-2-2012, el asegurado sufre rotura espontánea del bíceps distal del brazo derecho, que se trata de manera conservadora mediante fisioterapia.

En enero de 2013, el Traumatólogo y el Médico rehabilitador valoran que, a la velocidad de reinervación de 1 mm. al día y 45 cm. por reinervar, ha transcurrido el tiempo suficiente para considerar la situación del paciente como secuelas.

En enero de 2013, tanto el Traumatólogo que realizó la intervención quirúrgica, como el rehabilitador, emitieron informe de secuelas definitivas para el asegurado que, fundamentalmente, son las de la neuropatía del nervio mediano, secundarias a recuperación incompleta, que le pueden ocasionar dificultad para la manipulación fina de objetos, así mismo existe trastorno de la propiocepción que dificulta el manejo independiente del 2º dedo a la hora de manipular objetos y dolor neuropático de regular control.

La Dirección Provincial del I.N.S.S. de La Rioja, le reconoce una Incapacidad Permanente Total para su trabajo habitual con efectos del 6-2-2013.

De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que se trata de un paciente que presentó, al realizar un esfuerzo, una rotura completa del tendón distal del bíceps braquial izquierdo, que inicialmente no fue diagnosticada en la ecografía realizada en el Servicio de Urgencias, por el edema agudo presente que impedía la correcta visualización del tendón. Se realizó una segunda ecografía el 7-9-2011, en la que se apreciaba retracción tendinosa y se recomendaba estudio con RMN, que se hizo el 12-9-2011, con el diagnóstico de rotura completa del tendón distal del bíceps. Ante este diagnóstico, se decidió intervención quirúrgica, que se realizó el 20-9-2011, y en el transcurso de la cual se produjo una lesión iatrógena del nervio mediano a su paso por el codo, que fue diagnosticada por la clínica que presentaba el paciente 3 días después de la cirugía y obligó a intervenir quirúrgicamente de nuevo, comprobándose en este acto quirúrgico una laceración epineural del nervio mediano, con sus fascículos conservados, aunque con hematoma perineural, sin evidencia de infección en la cicatriz.

Se realizó tratamiento rehabilitador oportuno hasta la máxima recuperación posible de la lesión, que no fue completa, quedando como secuela una neuropatía del nervio mediano, que supone cierto

grado de dificultad para la manipulación fina de objetos, así como un dolor neuropático difícil de controlar y de curso variable, que evoluciona en etapas de mejoría y recaída sin previo aviso”.

Sexto

Notificado el trámite de audiencia a los interesados, se presentan escritos por parte de la representación de Fundación Hospital de Calahorra y por el propio reclamante.

Séptimo

El 10 de septiembre de 2014, se dicta Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por considerar no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios. La misma es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 13 de octubre.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 16 de octubre de 2014 y registrado de entrada en este Consejo 17 de octubre de 2014, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, 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 20 de octubre de 2014, 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

Asignada la ponencia al 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 del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad de 187.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC), 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.

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 para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria es una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

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 primera 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 *condicio 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.

Pues bien, en el presente caso, no parecen existir dudas acerca de la existencia de relación de causalidad entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio sanitario, que, además, es doble:

- Por una parte existe un inicial diagnóstico inadecuado y que no es objeto de posterior confirmación sino hasta pasados ya bastantes días, pues, diagnosticada inicialmente una rotura fibrilar, sin embargo no era un diagnóstico claro, pues, en la ecografía, coincidiendo con la zona dolorosa, se apreciaba un área de edema agudo que hacía que el diagnóstico no fuese seguro; por lo que, en la propia hoja de asistencia, se hacía constar “*en caso de duda diagnóstica, repetir la ecografía en 24 horas*”. Surge una primera cuestión, al menos, desde el punto de vista de un profano: ¿a quién iba dirigida esa indicación? ¿al propio paciente?. Lo normal, es que si, el diagnóstico no era seguro dadas las dificultades de la ecografía por la existencia del edema, el propio Facultativo que lo atiende indique la necesidad y no la conveniencia de repetir la ecografía para asegurar ese diagnóstico inicial, que posteriormente se demostró era equivocado o, al menos, incompleto. Máxime si se tiene en cuenta que en esa misma hoja, se le pauta ser reconocido por el Médico de atención primaria en 10-15 días.
- Por otra parte, y tras ser diagnosticado correctamente, en la intervención quirúrgica que se le practica el día 20 de septiembre de 2011 se le causó una lesión iatrógena del nervio mediano a su paso por el codo, lo que obligó a una nueva intervención quirúrgica.

Determinada, por lo tanto, la existencia de relación de causalidad, es necesario analizar la concurrencia o no de los criterios de imputación que podrían hacer surgir la responsabilidad exigida. Y, a este particular, debe ponerse de manifiesto que, en el caso sometido a nuestra consideración, junto con el escrito inicial de reclamación, se adjunta un informe pericial que, antes de proceder a la valoración del daño corporal reclamado, se pronuncia sobre la existencia de una praxis adecuada o no, en la asistencia prestada al paciente, extremo que los otros informes, tanto el elaborado a instancias de la Aseguradora como el de la Inspección, no rebaten, al menos de manera adecuada, pues, en definitiva, la única causa a que se alude para eludir la responsabilidad es indicar que la lesión del nervio mediano era un riesgo, incluido en el consentimiento informado, y que, por lo tanto, estando informado y aceptado el riesgo ello supone un criterio negativo de imputación; y, por lo tanto, no surge responsabilidad patrimonial.

Sin embargo, esta postura es, en principio, una simplificación excesiva de la cuestión debatida. En el informe del Dr. F., se indica que, desde que se produce la lesión, hasta que la misma es intervenida, existe una demora de 25 días, que no está justificada, pues se manifiesta que, ya en la asistencia inicial, se presentaban todos los signos clínicos que debían hacer sospechar una rotura completa del tendón distal del bíceps.

Esa demora, según el citado informe, causó, con toda seguridad, una mayor retracción del tendón roto y, en consecuencia, una mayor dificultad para su posterior manipulación y reubicación anatómica.

Por lo tanto, aquí se está aludiendo a la existencia de un criterio positivo de imputación, como es el caso de un funcionamiento anormal del servicio sanitario que, por el retraso, causa una agravación de la patología que presentaba el paciente.

Por lo que se refiere a la lesión yatrogénica del nervio mediano, se indica en el informe que, pese a que el Facultativo que le intervino informaba que era producto de una laceración del nervio, lo cierto es que, *a posteriori*, se ha comprobado que provocó un daño axonal grave-severo y, en cuanto a las causas, se indica que no pudo ser más que una actuación inadecuada con alguno de los instrumentos utilizados en la intervención, sin que exista otra causa que haya podido producir esa lesión del nervio mediano.

Ahora bien, pese a lo manifestado, ello por sí solo no hace surgir la responsabilidad exigida, por cuanto y, en lo que al retraso en la intervención practicada, lo cierto es que tampoco se determina en qué forma ha afectado a la posterior lesión del nervio mediano. Una cosa es que, por ese retraso, la manipulación y reubicación anatómica sea más complicada, y otra es que esa fuese la causa de la lesión, por lo que, de ese retraso, no parece desprenderse la existencia de un daño real y efectivo, más allá de las molestias que se haya podido sufrir durante el periodo de tiempo transcurrido entre la lesión y la intervención quirúrgica.

Y por lo que se refiere a la lesión producida en la intervención quirúrgica, se indica que la misma está contenida en el consentimiento informado y que, por lo tanto, ello determina la inexistencia de responsabilidad, al tener el reclamante la obligación de soportar el daño. Hemos indicado en otros dictámenes que, en estos casos, más que el deber de soportar el daño lo que se produce es la concurrencia de un criterio negativo de imputación. Sin embargo, también hemos dicho que el consentimiento informado no es ningún salvoconducto que determine que, ocurrida alguna de las circunstancias incluidas en el mismo, quede excluida la responsabilidad patrimonial. Y, así, en este caso, el documento de consentimiento informado, a este particular, manifiesta lo siguiente:

“Los riesgos generales inherentes a cualquier intervención quirúrgica son infrecuentes y perfectamente asumibles y pueden considerarse leves, (hematomas, infecciones superficiales, tromboflebitis, dehiscencia de heridas) y graves, (infecciones profundas, lesiones vasculares y nerviosas, embolia grasa o pulmonar, fracturas). Entre los riesgos, también figura el fallo del instrumental o aparatos quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico mediante reparación abierta del bíceps implica unos riesgos específicos infrecuentes, también asumibles, que pueden considerarse leves (infección, fracaso de la técnica)...”.

Pues bien, a juicio de este Consejo Consultivo el citado consentimiento informado resulta excesivamente genérico y poco concreto, por lo que, del mismo, no puede desprenderse la existencia de un criterio negativo de la imputación. El riesgo que se produce no aparece dentro de los derivados de la intervención que se practica, sino que hace referencia a cualquier intervención quirúrgica, y se califican como infrecuentes y perfectamente asumibles, pudiendo considerarse como leves o graves, y, entre estos últimos, las lesiones nerviosas.

Sin embargo, “lesiones nerviosas” es una expresión excesivamente genérica que no puede amparar cualquiera de este tipo que se produzca, máxime cuando el informe de parte obrante en el expediente manifiesta que la lesión se ha producido como consecuencia del instrumental utilizado en la intervención quirúrgica y, casi, con seguridad, con el bisturí. Ello determina que, en el momento de la incisión, no se prestó todo el cuidado necesario y, como consecuencia de ello, se produjo la lesión, que, además, no fue apercibida durante la intervención sino días después. Al menos, debiera haberse acreditado por la Administración cómo pudo producirse esa lesión, en qué momento de la intervención, y ello con el fin de poder determinar si, efectivamente, la lesión del nervio mediano fue algo inevitable.

Todo ello nos lleva a considerar que existe responsabilidad patrimonial y que la reclamación debe ser estimada en este punto.

Tercero

Sobre la cuantía de la indemnización

No existiendo ninguna duda sobre la existencia de una defectuosa prestación del servicio sanitario, queda pendiente la cuantificación de la indemnización que corresponde percibir al reclamante.

Atendiendo a los días de curación contenidos en el informe del Dr. F., así como a los puntos por secuelas funcionales, consideramos que la indemnización a abonar debe ascender a la cantidad de 45.000 euros, sin que proceda incrementar la misma por otros conceptos, pues el reclamante es beneficiario de una pensión de seguridad social como consecuencia de la incapacidad que se le declaró en su día.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada parcialmente, en los términos contenidos en el cuerpo de este dictamen.

Segunda

La indemnización a percibir por la reclamante queda fijada, por todos los conceptos, en la cantidad de 45.000 euros, cantidad que deberán ser abonadas en metálico, con cargo a la partida presupuestaria correspondiente.

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.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero