

En Logroño, a 27 de julio de 2015, 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. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**40/15**

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 formulada por D. F.G.I, por daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenido de cornetes y rebaje de la espina nasal, sin consentimiento informado, con diagnóstico previo de un quiste nasolabial inexistente; y con diversas secuelas nasales leves; y que valora en 100.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

D<sup>a</sup> Y.A.G, Letrada del Ilustre Colegio de Abogados de La Rioja, en nombre y representación del antes expresado paciente, mediante escrito fechado el 19 de abril de 2014 y registrado en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales el 29 de mayo de 2014, formula reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración pública, por una deficiente atención sanitaria dispensada al mismo.

En fecha 3 de junio de 2014, se requiere a la indicada Letrada para que acredite la representación que dice ostentar, procediendo a realizar tal subsanación mediante comparecencia personal efectuada tanto por la requerida como por el reclamante el 17 de junio de 2014, ante el Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Los hechos en que se fundamenta la reclamación son los siguientes:

*“PRIMERO.- En el año 2013, concretamente el 7 de marzo de 2013, fue diagnosticado de quiste nasolabial, según el informe (del Servicio de) Radiología de este mismo centro (Doc. 1), también le realizaron otras pruebas como una ortopantomografía (Doc.2). Pues bien, mi representado es citado para operación el día 28 de junio de 2013, intervención que iba a ser realizada en el Hospital San Pedro por el Dr. P. La intervención, en un principio, se trataba, según el consentimiento firmado por mi representado y tal y como había quedado con el Dr. M, en extirpar un quiste nasolabial inferior derecho. Tal y como consta en el informe del Dr. M, así como en el consentimiento firmado para tal intervención, firmado el 15/4/13 con sus pruebas y sus informes previos, como el del Servicio de Anestesiología y Reanimación, de 25 de mayo de 2013 (Doc.3).*

*SEGUNDO.- Tras la mencionada operación, el Dr. P, mientras el (paciente) sigue anestesiado totalmente, informó a los familiares, al tiempo que el paciente seguía anestesiado, que (el citado paciente) no tenía el quiste mencionado, pero que el problema es que por la nariz prominente del paciente, el Dr. P. comentó a la familia que los problemas respiratorios eran habituales: El Dr. P. decidió, unilateralmente, intervenir, finalmente, sin haber firmado consentimiento alguno al respecto, de la realización de un rebaje de espina nasal y una limadura o cauterización de cornetes (Doc.4, informe de protocolo quirúrgico). Ante semejante noticia, los familiares del (paciente), se quedaron estupefactos. El mismo Dr. reconoció haber operado sin haber mirado ninguna prueba previa (TAC e informes previos ...). Aún con todo, siguió la intervención. Como así se puede comprobar en el documento de protocolo quirúrgico, de fecha 28/06/2013 (Doc. 5), donde describe exactamente las acciones realizadas durante la operación, diciendo literalmente que no existía el famoso quiste nasolabial, que sí estaba, sin embargo, contemplado en el documento de anestesia y reanimación (Doc.4).*

*TERCERO.- Tras despertar de la anestesia, mi representado, se encontraba en un estado de ansiedad importante. Muy afectado por las informaciones que le dio el Dr. P. y sus comentarios sobre el contenido de la intervención. A mi representado, le surgieron enormes dudas sobre el aspecto de su nariz, su funcionamiento, si podría respirar correctamente, qué era la espina nasal, qué eran los cornetes ..., también se preguntaba sobre el sentido de su olfato, ¿se habría quedado bien?.*

*A los tres días, retiran el tapón bigotera, sin dar demasiadas explicaciones. Fue dado de alta el 29 de junio de 2013 (Doc. 6). En el diagnóstico en este mismo documento, figuraba: "**sinusitis maxilar derecha. Epistaxis**". (Doc. 8). Asimismo, en el informe de alta del Servicio de Otorrinolaringología, en su diagnóstico aparece lo siguiente: "Ausencia de quiste nasolabial derecho; espina nasal anterior prominente; hipertrofia de cornetes". Tratamiento hospitalario: "cauterización de cornetes; rebaje de espina nasal".*

*CUARTO.- El paciente seguía con sus miedos y ansiedad, como no podía ser de otra manera, ya que se le había intervenido de algo que él no había sido informado. Mi representado fue citado el 9/7/2013, a consulta con el Dr. P. En ella el Dr. reconoció que no había actuado correctamente: que, para él, el quiste no existía, porque, al parecer, se había reabsorbido, es decir, cabía la posibilidad de que el quiste del que hablamos, volviese a reproducirse. En cuanto a los otros extremos de la intervención, confesó al paciente que no tenía que haber tocado ni los cornetes ni haber limado la espina nasal.*

*QUINTO.- En la consulta, el Dr. le pauta Ialumas. El 10 de julio de 2013, por la tarde, sufrió una hemorragia nasal, que se le detuvo, más o menos, en 20 minutos. Al principio, no le dio importancia,*



*pero conforme pasa el tiempo, el miedo se apoderó de mi representado y decidió no decir nada a su familia para no trasladarles su preocupación.*

*Al día siguiente, el 11/07/2013, al amanecer, el paciente se despertó con otra hemorragia nasal, que cedió en unos veinte minutos, tampoco le hizo partícipe a su familia, para no preocuparles. El mismo día, sobre las 9:30 de la mañana, se repitió el episodio de la hemorragia, esta vez de manera importante, por ambos orificios y tragando sangre. Llamaron a la ambulancia y fue conducido, en compañía de su mujer, al Hospital (Doc.7). En este último informe, citaban (al paciente) para retirar el taponamiento, el 12 de julio (en el informe consta el 13, pero es, en realidad, el 12, cuando se lo retiran). Este mismo día, ingresa (tal y como se puede comprobar en la nota de ingreso, Doc. 7).*

*SEXTO.- En (el Servicio de) Urgencias, le atendió el Dr. D.C, le taponó la nariz. Tuvo que insistir para que le diese un informe sobre su estado y el tratamiento propuesto (reposo) tras su paso por (al Servicio de) Urgencias, porque el paciente, en el momento, se hallaba realizando un curso, oficial, subvencionado y debía acreditar su situación de baja, para no perder os derechos del mismo. Sobre las 20:30 horas del mismo día 11/07/13, acudió otra vez, por sangrado masivo, (al Servicio de) Urgencias. Por la nariz y por la boca. Esta vez fue atendido por el Dr. S. en urgencia, el cual intentó taponar la herida in situ. El paciente entró en síncope y tuvo que ser intervenido de urgencia, la madrugada del 11/07 al 12/07/13. Efectivamente, es intervenido, tal y como consta en el Doc. 8. En esta intervención, volvieron a realizar taponamiento anteroposterior y emplazaron a revisión a mi representado, el 16 de julio, tal y como consta en el Doc. 9 y 10 (consentimiento informado).*

*SÉPTIMO.- (El paciente) permaneció ingresado en el Hospital y, a los tres días, comenzaron a quitarle los taponamientos, así hasta el día 16 de julio. A las horas de este episodio, otra vez comenzó a sangrar, y fue taponado por Médicos residentes, de muy malas maneras, el trato fue bastante malo. El paciente aguantó el taponamiento último, porque estaba muy sedado. Este último taponamiento no fue resuelto de manera satisfactoria, ya que seguía escapándose sangre por la garganta, Ante este escenario, (el paciente) y su familia, hablaron con el Dr. S., el cual atendió con interés el problema de mi representado y decidió intervenir el 16 de julio de 2013. Tras esta última intervención el paciente sufrió dolores importantes, que no le dejaban descansar ni ingerir alimento alguno. Ante esta situación y que el paciente notaba aún sangre escurriéndose por la garganta, decidieron realizar una embolización vascular en epitaxis.*

*OCTAVO.- La intervención se hizo con éxito y el paciente siguió hospitalizado como unos seis días por los taponamientos anteriores y posteriores. Durante los días de ingreso (el paciente) permaneció hospitalizado con mucho dolor, medicado con morfina. Le dieron el alta el 24 de julio, había perdido 8 kgs, siguiendo temeroso ante un inminente sangrado, siempre iba a acompañado de su esposa.*

*NOVENO.- El 20/08/13, acudió a consulta con el Dr. D.C. y le realizó una limpieza de la zona. Hasta que el 29 de agosto, otra vez comenzó a sangrar a la hora de la siesta y se dirigió (al Servicio de) Urgencias. Le atendió el Dr. S. que le diagnosticó infección. El paciente sigue con una importante ansiedad y precisa tratamiento para dormir y para las persistentes cefaleas que padece. Además, sufre de dificultades respiratorias, que hacen su vida cotidiana más complicada, ya que es una persona joven de 40 años, que debe de trabajar y ocuparse de su familia y esto resulta un verdadero handicap, que condiciona su existencia y la de su familia, por una intervención totalmente discrecional y a criterio unilateral del Médico que le intervino, ya que el paciente, fue informado de una operación completamente distinta. Mi representado se ha visto obligado a dejar su formación académica y laboral, con la consiguiente pérdida de oportunidad laboral, debido a las graves hemorragias y migrañas que ha padecido y padece. Además, en las últimas visitas con el Especialista, sigue con muchas molestias, no puede desempeñar su trabajo habitual, como encargado de obra, ya que los ambientes polvorientos y ruidosos resultan muy insalubres a mi representado,*

*además de presentar dolor, inflamación y mala respiración nasal, con obstrucción del lacrimal derecho. Se encuentra pendiente de estabilización de lesiones”.*

En base a ello, el reclamante solicita el abono de una indemnización de 100.000 euros.

### **Segundo**

En fecha 18 de junio de 2014, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 17 de junio de 2014 (en que ha tenido lugar la subsanación de la reclamación) y se nombra Instructora del mismo.

Por escrito de 19 de junio de 2014, la Instructora comunica a los interesados la iniciación del expediente y les informa de los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

Asimismo, se remite copia de la reclamación presentada a la Aseguradora del SERIS, W.R.B.E, quien acusa recibo el día 20 de junio de 2014.

### **Tercero**

Mediante comunicación interna de 19 de junio de 2014, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Otorrinolaringología al paciente; una copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada; y, en particular, informes emitidos por los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y de la situación actual del reclamante.

### **Cuarto**

Con fecha 19 de agosto de 2014, la Directora del Área de Salud remite a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud (Servicio de Asesoramiento y Normativa) la documentación solicitada por la Instructora, incluyendo la historia clínica y los informes emitidos por los Dres. P., D.C. y S.H.

**1.-** El informe del Dr. P. (quien dirigió la primera intervención), de 16 de julio de 2014, expresa lo siguiente:

### **RELACIÓN DE LOS HECHOS:**

*“El paciente acude a la consulta ORL en marzo 2013 por dolor en región nasogeniana derecha, y, a la exploración, se le descubre una formación quística dolorosa a la palpación. En el estudio radiológico que se le realiza TC facial (7/3/2013) y ortopantomografía (16/3/2013), no se identifican lesiones ni erosiones óseas. Con el diagnóstico de quiste nasolabial derecho, se le incluye en lista de espera quirúrgica el 15/4/2013 y se le da un consentimiento informado para la intervención quirúrgica "extirpación de neoformaciones benignas del vestíbulo nasal" y que firma el paciente y donde quedan reflejadas las posibles complicaciones de esta intervención, especialmente el de la hemorragia nasal.*

*El día 28/6/2013, acude para operarse de su quiste nasolabial y, tras revisar el estudio radiológico, en el que no se aprecia una lesión quística, y, tras examinar al paciente en el que, a grosso modo, no se ve ni se palpa un quiste nasolabial salvo una formación dura, que parece corresponder a la espina nasal anterior, el Cirujano decide exponer estas circunstancias a la familia, pues el paciente está sedado y no puede decidir. La familia no toma la decisión de suspender o posponer la intervención, por lo que el Cirujano decide realizar la intervención de exploración del vestíbulo nasal, mediante una incisión gingivolabial y despegamiento de las partes blandas, para exponer el hueso maxilar superior a nivel de la toda la abertura piriforme (entrada a las fosas nasales) desde la espina nasal anterior hasta la cabeza del cornete inferior. El quiste nasolabial o naso alveolar es una malformación congénita de la nariz que se forma a partir de restos embrionarios del conducto lacrimonasal y que debemos diferenciar de otras formaciones quísticas congénitas de vecindad, como los quistes nasopalatinos. Durante la exploración, se descubre una espina nasal anterior prominente por lo que se realiza el despegamiento de las fibras conjuntivas que anclan la mucosa a la espina nasal y, posteriormente, se pasa pila escofina para disminuir su tamaño. Se termina la intervención, dando unos puntos en la mucosa gingivolabial, se cauteriza la mucosa del cornete inferior y se coloca una gasa de bordes en ambas fosas nasales y una bigotera sobre el labio superior, para evitar que una hemorragia nasal y una mejor cicatrización de la herida.*

*Durante el postoperatorio, el paciente no sangró, por lo que se le dio de alta el día 29/6/2013 (ver notas al alta).*

*Acude a revisión en la consulta Dr. P, el día 9/7/2013, y no sangra, pero, el 11/7/2013, con motivo de la limpieza de los mocos y costras nasales, comienza a sangrar por la nariz de forma intermitente, acude (al Servicio de) Urgencias y se le tapona la nariz; al día siguiente, acude porque sigue sangrando y se realiza, bajo anestesia general, la retirada de su taponamiento nasal con Rapid-Rhino, se revisan ambas fosas nasales, se cauterizan las zonas sangrantes y se coloca un taponamiento antero-posterior. Se retira el taponamiento posterior, el día 15/7/2013, y el taponamiento anterior, a las 9:22 horas del día 16/7/2013. A las 17:41 horas, avisan al Médico de Urgencias ORL, por nuevo sangrado posterior de las fosas nasales, no continuo ni masivo, pero que, ante la persistencia del sangrado, se revisa en quirófano el día 17/7/2013, colocándose de nuevo un taponamiento antero-posterior de ambas fosas nasales. Con fecha 19/7/2013, se le realiza una arteriografía de las arterias esfenoplatinas y, al no encontrar un punto arterial sangrante, no se le emboliza. Con fecha 21/7/2013, se le transfunde sangre por cifras de hemoglobina baja. Se le da de alta el día 24/7/2013, con revisiones en consulta externa y tratamiento ambulatorio, lavados con suero, pomada de rinocusi vitamínico, paracetamol y desketoprofeno, omeprazol y bromazepam.*

*Durante los controles en consulta externa, en agosto 2013, refiere mucosidad nasal purulenta, con restos hemáticos y se le diagnostica de rinosinusitis aguda, que cede al tratamiento con levofloxacin.*

## CONCLUSIONES

- 1.- *Paciente diagnosticado de quiste nasolabial y se le entrega y firma consentimiento informado de "extirpación de lesión benigna del vestíbulo nasal", donde se explica la posible complicación de epistaxis tras la intervención.*
- 2.- *El día de su intervención, se explora de nuevo al paciente, sin palpar el típico quiste nasolabial blando y voluminoso en el vestíbulo nasal; sólo se palpa una formación de consistencia dura en línea media.*
- 3.- *El cirujano habla con la familia, al estar el paciente sedado, de la dificultad de encontrar el quiste nasolabial.*
- 4.- *Se realiza la intervención programada de abordaje y exéresis del quiste nasolabial por vía sublabial, mediante una incisión gingivolabial y despegamiento del mucoperiostio con exploración del acceso a la fosa nasal desde la espina nasal hasta el cornete inferior.*
- 5.- *A partir del 13º día de la intervención, comienza con pequeños episodios de epistaxis que posteriormente se hacen más frecuentes e intensos, a pesar de los taponamientos anteriores (Rhino-Rapid) y anteroposteriores en dos ocasiones, en quirófano con anestesia general al ser una maniobra dolorosa.*
- 6.- *La exploración radiológica-arteriografía selectiva de ambas arterias esfenopalatinas no demuestra la existencia de un punto sangrante susceptible de embolizar.*
- 7.- *En las últimas revisiones, le han quedado unas secuelas de perforación septal anterior, sinequias en fosa nasal derecha y molestias dolorosas.*

## 2. Por su parte, en el informe del Dr. D.C, 20 de julio de 2014, se hace constar:

- 1.- *El paciente es intervenido quirúrgicamente el 28/6/2013 de reducción de cornetes y espina nasal anterior. Tras ser dado de alta, acude (al Servicio de) Urgencias por presentar epistaxis por FND que precisa taponamiento e ingreso.*
- 2.- *El día 12/7/2013, tiene ser intervenido de urgencia ante nueva epistaxis, practicándose cirugía endoscópica nasosinusal y taponamiento nasal.*
- 3.- *Ante nueva epistaxis, se le realiza 2ª intervención quirúrgica, por presentar de nuevo epistaxis. Se desestima, por parte (del Servicio de) Radiología Intervencionista, la embolización supraselectiva del territorio de la arteria esfenopalatina. El 21/7/2013, precisa de transfusión de 1 concentrado de hemáties. El día 24/7/2013, es dado de alta sin taponamiento.*
- 4.- *Desde el día de alta y a petición propia del paciente, es revisado en consultas externas por mi persona. Desde ese momento, ha presentado un cuadro de sinusitis aguda, el 29/8/2013, tratado con antibiótico oral (levofloxacino). Se le realiza un TC de control, el 7/5/2014, con resultado: adquisición en vacío con reconstrucción de las imágenes en tres planos, con ventana de hueso y ventana de partes blandas; correcta aireación de los senos paranasales y fosas nasales, sin masas ni LOES. No identificamos lesiones ni erosiones óseas. Resto de estructuras craneofaciales valoradas, sin alteraciones.*



5.- *El paciente presenta, de forma continua, cuadro de algias craneofaciales, de predominio derecho, molestias oculares en forma de lagrimeo y, a la exploración, presenta una sinequia en fosa nasal derecha con perforación de tabique nasal y abundantes costras bilaterales, que precisan de lavados con agua hipertónica y pomadas nasales”.*

3. Finalmente, el informe de 19 de agosto de 2014, suscrito por el Dr. S.H, consigna lo siguiente:

*“Atiendo al paciente por primera vez en la noche el día 11 de julio de 2013: Acude (al Servicio de) Urgencias por sangrado nasal izquierdo, que no cede; procedo a exploración nasal y a colocar taponamiento nasal de Rapid-Rhino por el sangrado, el paciente sigue sangrando, por lo que precisa revisión urgente en quirófano, bajo anestesia general por la intensidad del sangrado. Se revisan ambas fosas nasales y se coloca nuevo taponamiento nasal antero-posterior, con gasa de bordes después de cauterizar las zonas sospechosas de sangrado. El paciente queda hospitalizado, para observación, con tratamiento analgésico, antibiótico y sueroterapia con control analítico en los siguientes días. Preciso nueva revisión en quirófano el día 16 de julio, control radiológico el día 19, y es dado de alta el día 24 de julio, citándose, para revisión en consulta, el día 31 de julio.*

*Atiendo nuevamente al paciente por (el Servicio de) Urgencias el día 29 de agosto de 2013 por sangrado nasal derecho en el seno de cuadro infeccioso sinusal, se realiza anamnesis y exploración ORL con estudio analítico. Se prescribe tratamiento antibiótico y; cuidados nasales según informe. Se concierta cita de revisión en consultas en unos 10 días”.*

### Quinto

Consta unido al expediente un informe médico pericial, de 22 de septiembre de 2014, realizado por Especialista en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial, a instancia de la Aseguradora del SERIS, con el fin de valorar la atención sanitaria dispensada al paciente, en relación a la intervención a la que fue sometido el día 28/06/2013 para *“extirpación de neoformación benigna del vestíbulo nasal”*. En el apartado relativo a los hechos que han dado lugar a la confección del informe, se refleja lo siguiente:

*“(El paciente) es un hombre que, en el momento de la intervención objeto del presente informe, tiene 39 años, sin antecedentes relevantes para el caso. Tras las pruebas complementarias (TAC máxilofacial y ortopantomografía), la firma de los consentimientos informados y el estudio preanestésico, es intervenido, el día 28/06/2013, con el diagnóstico de **quiste nasolabial derecho**. Según el parte quirúrgico, diagnóstico de ausencia de quiste nasolabial derecho, con espina anterior prominente e hipertrofia de cornetes, realizándose cauterización de cornetes y rebaje de espina nasal. Es dado de alta el mismo día, según figura, con el mismo plan de las septoplastias que se entrega en mano. Indicación de mantener la bigotera el taponamiento nasal durante 48 horas.*

*El día 11/07/2013, acude al Servicio de Urgencias por epistaxis en fosa nasal derecha. Refiere sangrado bilateral desde hace 3 días, que cedió con presión. Esa mañana, sangrado más abundante en fosa nasal derecha. Se realiza taponamiento bilateral. Se indica volver el día 13 de julio para retirar tapón.*



*Esa misma noche (00:05h. del día 12/07/2013), ingresa por epistaxis de repetición, con sangrado masivo anterior y posterior, que indican revisión en quirófano. La misma se lleva a cabo, con anestesia general, se observan esfacelos en las colas en ambos cornetes inferiores, que se cauterizan. Se coloca taponamiento anteroposterior.*

*El día 19/07/2013, se realiza arteriografía, sin apreciar puntos sangrantes. Es dado de alta el día 24/07/2013.*

*El día 29/08/2013, acude nuevamente (al Servicio de) Urgencias por sangrado en fosa nasal derecha, expulsa también moco purulento. Con diagnóstico de sinusitis maxilar derecha y epistaxis, es dado de alta con indicación de Asey, Paracetamol, Lebalm Gel y lavados nasales.*

*El paciente reclama alegando que no existió consentimiento informado para la intervención de cornetes y rebaje de la espina nasal, y, a consecuencia de ello, ha requerido dos operaciones, asistencias en urgencias y sinusitis crónica”.*

En el mismo informe, se obtienen las siguientes **conclusiones** médico-periciales:

- 1. “El paciente tenía un diagnóstico clínico y radiológico de quiste nasolabial. Firmó un consentimiento informado para resección de lesión en vestíbulo nasal, en el que se hallaban como posibles complicaciones el sangrado nasal, la perforación septal, la aparición de sinequias o de infecciones postoperatorias.*
- 2. El día de la intervención el Cirujano no detecta ningún quiste y le realiza una resección de espina nasal anterior, con cauterización de cornetes que, pudiendo estar indicada, no es la intervención para la que el paciente había dado su autorización.*
- 3. En el postoperatorio, el paciente presenta episodios de epistaxis de repetición para los que se hace un tratamiento correcto. La aparición de secuelas, como las sinequias o la perforación septal, se relaciona seguramente con la necesidad de llevar a cabo taponamientos nasales y cirugías de epistaxis en varias ocasiones.*
- 4. El paciente presenta un episodio de sinusitis que responde bien a tratamiento antibiótico. Las algias faciales postoperatorias del paciente no son atribuibles a problemas nasosinuales, ya que el último TAC realizado no muestra alteraciones sinusales.*
- 5. La alteración del olfato postoperatoria, muy posiblemente, sea transitoria. En ningún momento se realiza ninguna maniobra quirúrgica sobre el área olfatoria de la fosa nasal (en el techo). Las costras pueden atribuirse a la perforación septal o a la inflamación de los cornetes por la cauterización, siendo, en este caso, también de carácter transitorio.*
- 6. Una reducción parcial de la espina nasal anterior no modifica prácticamente nada la forma de la pirámide nasal. No es esperable que las distintas intervenciones a las que fue sometido el paciente hayan alterado su forma nasal.*
- 7. Si bien la intervención quirúrgica realizada sobre el paciente no fue exactamente la propuesta, el tratamiento de sus complicaciones fue acorde a lex artis. Las secuelas derivadas de sus cirugías (sinequias, perforación del tabique nasal, costras, disminución del olfato) son todas transitorias o susceptibles de tratamientos satisfactorios”.*



## Sexto

El día 1 de septiembre de 2014, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación.

En el informe de la Inspección médica, que es emitido el día 21 de octubre de 2014, se determinan los siguientes hechos:

*“1. (El paciente), con antecedentes de sinusitis maxilar derecha en el 2008, es diagnosticado, en marzo de 2013, por el Servicio de ORL, de quiste nasolabial. El Dr. M.R, Especialista del Servicio y que le atiende, con fecha 15/04/2013, le da las hojas de consentimiento informado para la extirpación de neoformaciones benignas del vestíbulo nasal, que el paciente firma en la misma fecha, aunque no aparece la firma del Dr. M. En esa misma fecha, se realiza, por el citado Facultativo, la inclusión en lista de espera quirúrgica del paciente, figurando, como diagnóstico, quiste nasolabial derecho y la resección del mismo como tipo de intervención. También se describe como intervención de prioridad baja. Esta hoja sí que está firmada tanto por el Facultativo como por el paciente.*

*2. Habiéndose realizado el preoperatorio, (el paciente) es intervenido, el 28/06/2013, figurando, en la hoja del protocolo quirúrgico, como diagnóstico, ausencia de quiste nasolabial derecho, espina nasal anterior prominente e hipertrofia de cornetes. La intervención consistió en la cauterización de cornetes y rebaje de espina nasal. Dentro del apartado de lesiones, llama la atención la referencia que, en el TC de marzo, había ausencia de quiste nasolabial. También figura que la intervención es realizada por el Dr. P, figurando como ayudante el Dr. S. Con esa fecha, es dado de alta, siendo emplazado a acudir a consultas externas de ORL para seguimiento.*

*3. El 09/07/2013, es visto en consulta por el Dr. P., que anota como aspectos más relevantes, costras de moco en cornetes cauterizados en ambas fosas nasales. Se queja de molestias en labio por la incisión sublabial. Manda volver en dos meses para valorar resultados.*

*4. El 11/07/2013, acude (al Servicio de) Urgencias del Hospital San Pedro (HSP) por sangrado bilateral desde hace tres días, que ceden con presión. La última vez más abundante por fosa derecha. Es atendido en (el Servicio de) Urgencias por el Facultativo especialista de guardia de ORL Dr. D.C, señalando que el paciente presenta epistaxis en fosa nasal derecha, procediendo a una aspiración de los coágulos, observándose una escara térmica en cola de cornete inferior derecho y a taponamiento con gasa de borde. Prescribe cobertura de antibióticos, y lo emplaza a revisión para el sábado 13 de julio.*

*5. Ante la persistencia de la epistaxis, el paciente acude nuevamente (al Servicio de) Urgencias ese mismo día, el 11/07/2013, ingresando, posteriormente, en el Servicio de ORL. Al día siguiente, ante la presencia de sangrado masivo, es conducido al quirófano para una revisión de los cornetes y nuevo taponamiento. La intervención, según figura en la hoja de protocolo, es realizada por el Dr. S.H. Según el informe de alta, el 19/07/2013, el Servicio de Radiología Intervencionista realiza una arteriografía, sin apreciar puntos sangrantes. El 24/07/2013, es dado de alta, con indicación de acudir a consulta externa para revisión el 31/07/2013.*

6. El 20/08/2013, acude a consulta externa, siendo atendido por el Dr. S.H, que anota lo siguiente: mucho mejor aspecto de la mucosa nasal. Retiro taponamientos costrosos y seguir con pomada y lavados. Pauto omeprazol y noctamid.

7. El 29/08/2013, (el paciente), acude nuevamente (al Servicio de) Urgencias del HSP por nuevo sangrado nasal. Es explorado por el Otorrinolaringólogo de guardia, Dr. S.H. y con el diagnóstico de sinusitis maxilar derecha y epistaxis, se le indica plan terapéutico y se remite a revisión en consultas externas de ORL.

8. El paciente, periódicamente, viene siendo atendido en consultas externas de ORL, en concreto, el 03/09/2013, el 15/10/2013, el 14/01/2014, el 15/04/2014, el 06/05/2014, y el 04/06/2014. A lo largo de las mismas, se observa una mejoría evidente con estabilización de sus lesiones. En la última consulta, se dice que sigue con molestias de carácter facial y ha sido revisado por (el Servicio de) Oftalmología acerca de una obstrucción lacrimal que el paciente experimentaba.

9. El 09/07/2014 y a petición del paciente, el Dr. D.C, realiza un informe médico en el que, además de describir los acontecimientos que ha sufrido el paciente, señala que el paciente presenta como diagnóstico actual, sinequia (adherencias) nasal y perforación septal post-taponamientos múltiples. Hay una correcta aireación de los senos paranasales y fosas nasales, sin masas ni lesiones ni erosiones de carácter óseo. Persiste en la exploración abundantes costras bilaterales y el paciente aqueja cuadros de algias cráneo-faciales de predominio derecho y molestias oculares en forma de lagrimeo.

En dicho informe se alcanzan las siguientes **conclusiones** (apartado “discusión científico-técnica”):

*“De los datos clínicos aportados en este expediente, se concluye que el paciente, previamente a la intervención, está diagnosticado de quiste nasolabial, y, para su extirpación, es introducido en lista de espera quirúrgica con prioridad baja. No sabemos si el diagnóstico, en principio, es correcto, pero el propio Dr. P, en el momento de la intervención, no aprecia lesión quística alguna. Sorprende, que sea el mismo 26/06/2013 cuando el paciente acude a operarse, que se refiera al estudio radiológico realizado meses antes además de la propia exploración del paciente, como fundamento para descartar la lesión quística. Y mucho más que esto se realice cuando el paciente está ya sedado. Lo más lógico parecería que, antes de inducir a la sedación para la intervención quirúrgica, se hubiera observado y constatado la presencia o no del quiste nasolabial y con el paciente consciente, se le hubiera explicado la situación y él hubiera podido adoptar la decisión más acorde con su interés. Se trata de un hombre de 39 años cuya decisión no puede ser sustituida por su familia y mucho menos en un tipo de intervención que no reúne criterios de urgencia alguna. No olvidemos que había sido clasificada como prioridad baja dos meses antes.*

*En este sentido, es cierto que la intervención, que no dudo que fuera realizada sentada en un diagnóstico correcto, esto es hipertrofia de cornetes y espina nasal anterior prominente, no tenía el consentimiento informado del paciente y, por lo tanto, las consecuencias de las mismas fueron padecidas por el paciente como un daño sobreañadido al que no había prestado su aquiescencia.*

*El desarrollo evolutivo que sigue a la intervención quirúrgica y que incluye varios episodios de epistaxis que exigen taponamientos, nuevos ingresos con realización de una segunda intervención*

*quirúrgica para revisión, la realización de una arteriografía por el Servicio de Radiología Intervencionista, así como la administración de trasfusión de un concentrado de hemáties, están dentro de las complicaciones que este tipo de intervenciones pueden experimentar y que, por lo tanto, si el paciente hubiera, previa información, firmado su consentimiento, no habría nada que objetar, pues es cierto que se tomaron, en tiempo y forma, todas las medidas que se hacían necesarias desde el punto de vista clínico para afrontarlas, tratarlas convenientemente y aminorar sus posibles consecuencias.*

*En cuanto a las consecuencias, una vez estabilizado el proceso, además de las subjetivas que narra el paciente y que describe su representante, como de miedo a las epistaxis, éstas parecen tener carácter leve. Cuadros de algias cráneo-faciales y sinequia (adherencias) nasal con perforación del tabique nasal y abundantes costras que precisan el lavado con agua hipertónica y la aplicación de pomadas nasales. Por otra parte, debe considerarse que, ya cinco años antes, en el 2008, el paciente presentaba cuadros de sinusitis maxilar derecha con rinorreas mucopurulentas e hipertrofia de cornetes. Por tanto, no parecería justo imputar todas estas consecuencias que, a mi entender, son de carácter leve, a la intervención realizada al paciente sin su consentimiento”.*

### **Séptimo**

Notificado al reclamante (mediante escrito de 1 de abril de 2015) la apertura del trámite de audiencia, por parte del interesado no se ha presentado alegación alguna.

### **Octavo**

Con fecha 22 de junio de 2015, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en la que plantea que se estime parcialmente la reclamación y, en consecuencia, que se abone al reclamante la cantidad de cuatro mil trescientos un euros con diecinueve céntimos (4.301,19 euros) como reparación integral de los daños derivados del funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Noveno**

El Secretario General Técnico, el día 26 de junio de 2015, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido favorablemente el 6 de julio de 2015.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 8 de julio de 2015, registrado de entrada en este Consejo el día 10 de julio de 2015, 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 día 10 de julio de 2015, 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 misma 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 100.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, 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 la obligación del profesional médico y 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 ésta se manifieste, lo primero que inexcusablemente debe analizarse 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.

### Tercero

#### **Sobre la existencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso**

1. El reclamante mantiene que su estado actual es consecuencia de una *“una intervención totalmente discrecional y a criterio unilateral del médico que le intervino, ya que el paciente, fue informado de una operación completamente distinta”,* habiéndose *“visto obligado a dejar su formación académica y laboral con la consiguiente pérdida de oportunidad laboral debido a las graves hemorragias y migrañas que ha padecido y padece. Además en las últimas visitas con el especialista, sigue con muchas molestias, no puede desempeñar su trabajo habitual, como encargado de obra, ya que los ambientes polvorientos y ruidosos resultan muy insalubres a mi representado, además de presentar dolor, inflamación y mala respiración nasal, con obstrucción del lacrimal derecho”.*

2. La Propuesta de resolución, partiendo de la premisa de que *“los daños que se alegan no tienen la gravedad aludida ni se han derivado en su totalidad de la asistencia sanitaria a la que se imputan”,* y reconociendo que *“lo cierto es que el paciente no dio su consentimiento para la intervención que se le practicó”,* considera que no ha quedado probado que, en la operación realizada el 28 de junio de 2013, existiera mala praxis, dado



que -según sostiene- la misma se efectuó de forma correcta, habiéndose tratado adecuadamente las complicaciones que se presentaron con posterioridad. A pesar de ello (la intervención estaba indicada y todo el tratamiento se siguió de acuerdo con la *lex artis*), concluye: *“no puede obviarse que el paciente no fue informado ni dio su consentimiento para la misma, constituyendo esta falta de consentimiento informado una omisión indemnizable; pues, si se le hubiesen explicado las características de la operación quirúrgica que se le practico, los riesgos y las posibles consecuencias que de ella podían derivarse, aun contemplando el mejor resultado posible, hubiera podido elegir entre las distintas alternativas existentes y, entre ellas, la no intervención, y se hubiera respetado de ese modo la autonomía del paciente legalmente reconocida”*.

**3.** Como ha venido recordando este Consejo Consultivo (en dictámenes D.15/05, D.55/05, D.86/05 y D.89/07, entre otros), el hecho de que conste la existencia del consentimiento informado prestado por el paciente no constituye una causa de exoneración de la responsabilidad médica. En el caso de la asistencia sanitaria, el funcionamiento del servicio público consiste en el cumplimiento por parte de la Administración de un juicio previo e individualizado respecto de cada paciente, correlativo a su derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

**4.** En el caso sometido a nuestra consideración, la existencia de relación de causalidad entre el daño alegado por el reclamante y la actuación administrativa, parece evidente, pues los propios Facultativos que atendieron al paciente en la intervención quirúrgica llevada a cabo el 28 de junio de 2013, reconocen que el indicado paciente, el día 28 de junio de 2013, acude para operarse de un quiste nasolabial y, tras revisar el estudio radiológico en el que no se aprecia una lesión quística y previo examen del paciente (no viendo ni palpando un quiste nasolabial, salvo una formación dura que parece corresponder a la espina nasal anterior) el Cirujano decide exponer estas circunstancias a la familia, puesto que el paciente está sedado y no puede decidir. La familia no toma la decisión de suspender o posponer la intervención, por lo que el Cirujano decide realizar la intervención de exploración del vestíbulo nasal mediante una incisión gingivolabial y despegamiento de las partes blandas para exponer el hueso maxilar superior a nivel de la toda la abertura piriforme (entrada a las fosas nasales) desde la espina nasal anterior hasta la cabeza del cornete inferior. Durante la exploración se descubre una espina nasal anterior prominente, por lo que se realiza el despegamiento de las fibras conjuntivas que anclan la mucosa a la espina nasal y posteriormente se pasa pila escofina para disminuir su tamaño. Se termina la intervención dando unos puntos en la mucosa gingivolabial, se cauteriza la mucosa del cornete inferior y se coloca una gasa de bordes en ambas fosas nasales y una bigotera sobre el labio superior para evitar que una hemorragia nasal y una mejor cicatrización de la herida (así lo expresa el informe del Dr. P, de 16 de julio de 2014).

**5.** Con más claridad, se expresa el informe médico pericial aportado por la Compañía de Seguros B, al afirmar lo siguiente:

*“El paciente tenía un diagnóstico clínico y radiológico de quiste nasolabial. Firmó un consentimiento informado para resección de lesión en vestíbulo nasal en el que se hallaban como posibles complicaciones el sangrado nasal, la perforación septal, la aparición de sinequias o de infecciones postoperatorias. El día de la intervención el Cirujano no detecta ningún quiste y le realiza una resección de espina nasal anterior con cauterización de cornetes que, pudiendo estar indicada, no es la intervención para la que el paciente había dado su autorización. En el postoperatorio, el paciente presenta episodios de epistaxis de repetición para los que se hace un tratamiento correcto. La aparición de secuelas como las sinequias o la perforación septal se relaciona, seguramente, con la necesidad de llevar a cabo taponamientos nasales y cirugías de epistaxis en varias ocasiones”.*

## **6. En resumen, como refleja el dictamen de la Inspección médica:**

*“Habiéndose realizado el preoperatorio, (el paciente) es intervenido 28/06/2013 figurando en la hoja del protocolo quirúrgico como diagnóstico ausencia de quiste nasolabial derecho, espina nasal anterior prominente e hipertrofia de cornetes. La intervención consistió en la cauterización de cornetes y rebaje de espina nasal. Dentro del apartado de lesiones llama la atención la referencia que en el TC de marzo había ausencia de quiste nasolabial” (para terminar aseverando que) “se concluye que el paciente previamente a la intervención está diagnosticado de quiste nasolabial, y para su extirpación es introducido en lista de espera quirúrgica con prioridad baja. No sabemos si el diagnóstico en principio es correcto, pero el propio Dr. P. en el momento de la intervención no aprecia lesión quística alguna. Sorprende, que sea el mismo 26/06/2013 cuando el paciente acude a operarse, que se refiera al estudio radiológico realizado meses antes además de la propia exploración del paciente, como fundamento para descartar la lesión quística. Y mucho más que esto se realice cuando el paciente está ya sedado. Lo más lógico parecería que, antes de inducir a la sedación para la intervención quirúrgica, se hubiera observado y constatado la presencia o no del quiste nasolabial y con el paciente consciente, se le hubiera explicado la situación y él hubiera podido adoptar la decisión más acorde con su interés. Se trata de un hombre de 39 años cuya decisión no puede ser sustituida por su familia y mucho menos en un tipo de intervención que no reúne criterios de urgencia alguna. No olvidemos que había sido clasificada como prioridad baja dos meses antes.*

*En este sentido, es cierto que la intervención, que no dudo que fuera realizada sentada en un diagnóstico correcto, esto es hipertrofia de cornetes y espina nasal anterior prominente, no tenía el consentimiento informado del paciente y por lo tanto las consecuencias de las mismas, fueron padecidas por el paciente como un daño sobreañadido al que no había prestado su aquiescencia.*

*El desarrollo evolutivo que sigue a la intervención quirúrgica y que incluye varios episodios de epistaxis que exigen taponamientos, nuevos ingresos con realización de una segunda intervención quirúrgica para revisión, la realización de una arteriografía por el Servicio de Radiología Intervencionista, así como la administración de trasfusión de un concentrado de hemáties, están dentro de las complicaciones que este tipo de intervenciones pueden experimentar y que por lo tanto si el paciente hubiera, previa información, firmado su consentimiento, no habría nada que objetar, pues es cierto que se tomaron en tiempo y forma todas las medidas que se hacían necesarias desde el punto de vista clínico para afrontarlas, tratarlas convenientemente y aminorar sus posibles consecuencias”.*

*En cuanto a las consecuencias, una vez estabilizado el proceso, además de las subjetivas que narra el paciente y que describe su representante, como de miedo a las epistaxis, éstas parecen tener*

*carácter leve. Cuadros de algias cráneo-faciales y sinequia (adherencias) nasal con perforación del tabique nasal y abundantes costras que precisan el lavado con agua hipertónica y la aplicación de pomadas nasales. Por otra parte debe considerarse que ya cinco años antes, en el 2008, el paciente presentaba cuadros de sinusitis maxilar derecha con rinorreas mucopurulentas e hipertrofia de cornetes. Por tanto, no parecería justo, imputar todas estas consecuencias que a mi entender, son de carácter leve, a la intervención realizada al paciente sin su consentimiento”.*

7. Respecto al consentimiento informado, hemos de recordar lo ya manifestado en otros dictámenes (como el D.18/10, entre otros), a propósito de esta figura como criterio negativo de imputación objetiva, que supone la no existencia de responsabilidad patrimonial, cuando el paciente ha sido informado de los riesgos que presenta el tratamiento o la intervención que se propone y luego presta su consentimiento a estos, si, finalmente, un daño de cuya eventual producción fue informado se produce efectivamente.

El consentimiento informado venía ya regulado en el artículo 10.5 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, ahora derogado y sustituido por el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y, por lo que afecta a esta Comunidad Autónoma, por la Ley riojana 2/2002 de 17 de abril, que también regula el derecho del paciente a ser informado sobre el estado de su salud. Actualmente dicha información es necesaria para toda actuación en el ámbito de la sanidad, comprendiendo, por lo tanto, toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. El paciente tiene derecho a que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Este criterio tiene su génesis en el Derecho privado y equivale a una cláusula voluntaria y genérica de exoneración de responsabilidad, aceptada por el paciente.

El mismo significado ha de otorgarse al consentimiento informado en el marco de la responsabilidad patrimonial. En este campo el presupuesto de este criterio es el de la existencia de una obligación prestacional, (que aquí no deriva de un contrato sino de una relación jurídico pública) y equivale a una cláusula voluntaria y genérica de exoneración de dicha responsabilidad por la cual el paciente asume los riesgos típicos de los que fue informado, de modo que, entonces, ha de entenderse que éste tiene el deber jurídico de soportar el daño en materia de responsabilidad sanitaria de la Administración (o, como hemos señalado en otros dictámenes, la imposibilidad de imputar a la Administración el daño producido). Esta cláusula tiene mayor alcance práctico que en el derecho privado, porque la Administración no responde por culpa, sino objetivamente y, entonces, si no fuera por ella, deberá responder incluso habiendo cumplimiento escrupuloso de su obligación prestacional que, en todo caso, es de medios y de no resultado.

Al hilo de lo anterior, y por lo que se refiere al presente caso, resulta indiscutible que el paciente prestó su consentimiento y fue informado para la resección de una lesión en el vestíbulo nasal y, ello no obstante, al detectarse la ausencia de un quiste nasolabial, y sin que el propio asegurado (se encontraba sedado) pudiera prestar un nuevo consentimiento, el cirujano que llevó a cabo la intervención procedió a una cauterización de cornetes y a un rebaje de la espina nasal. Como consecuencia de ello, el paciente hubo de ser nuevamente intervenido, quedándole unas secuelas de perforación septal anterior, sinequias en fosa nasal y molestias dolorosas.

Ante la falta de consentimiento para llevar a cabo la operación que finalmente se consumó, este Consejo, de conformidad con la Propuesta de resolución, concluye que, en el caso dictaminado, surge una responsabilidad patrimonial de la Administración, consistente en el deber de indemnizar al reclamante por la privación de la posibilidad de decisión, como consecuencia de la ausencia de advertencia de los riesgos de la intervención realizada, en la medida que el paciente pudo haber optado por otras alternativas o, simplemente, haber continuado como se encontraba.

En consecuencia, este Consejo entiende que ha habido, en este caso, un funcionamiento anormal del Servicio público sanitario, por falta de consentimiento informado a la intervención quirúrgica practicada; lo cual ha producido, además de daños físicos, también daños morales en el paciente, que deben ser indemnizados.

#### **Cuarto**

##### **Sobre la cuantía de la indemnización**

**1.** El reclamante, en su escrito inicial, solicita una indemnización por un importe alzado de 100.000 euros, sin que proceda a justificar los criterios seguidos para alcanzar la citada cifra.

**2.** La Propuesta de resolución sugiere indemnizar al reclamante con 4.301,19 euros, cantidad resultante de una aplicación analógica del baremo de accidentes de circulación en función de los días de hospitalización, secuelas leves y factor de corrección, atendiendo sólo a los daños físicos irrogados al reclamante.

**3.** Este Consejo, por el contrario, entiende que, a dicha Propuesta de indemnización de los daños físicos, hay que añadir los morales producidos al paciente, no sólo al haber prescindido de su necesario consentimiento informado, sino también por las molestias, dolores y secuelas psicológicas que padece.

Como hemos señalado en reiteradas ocasiones, los daños morales han de ser objeto de una valoración global y alzada que tenga en cuenta las distintas circunstancias del caso.

Pues bien, en aplicación de este criterio, el Consejo entiende que la indemnización por daños morales puede ser fijada en este caso en la cantidad de 5.000 euros.

Dicha cantidad de 5.000 euros debe ser añadida a la de 4.301,19 euros que sugiere la Propuesta de resolución en concepto de daños físicos por aplicación analógica del baremo de accidentes de tráfico, lo que da una indemnización total de 9.301,19 euros, que es la que este Consejo estima procedente conceder al reclamante en el presente caso.

## CONCLUSIONES

### Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, en el presente caso, existe relación de causalidad entre el funcionamiento del sistema público de salud, y los daños reclamados por el paciente.

### Segunda

En cuanto al importe de la indemnización, ésta debe fijarse, a juicio de este Consejo, en la cantidad de 9.301,19 euros, que deberán ser abonados al reclamante, 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