

En Logroño, a 21 de junio de 2011, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**42/11**

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con la Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> J. G. P. por los daños, a su juicio, derivados de una tiroidectomía.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

D<sup>a</sup> J. G. P., diagnosticada de bocio multinodular, fue programada por el Servicio de Cirugía General del Hospital *San Pedro* para ser intervenida mediante la realización de una tiroidectomía total el 4 de mayo de 2009. Consta que previamente había firmado los correspondientes consentimientos informados, tanto para la intervención, como para la anestesia general empleada.

Al iniciarse la intervención quirúrgica y habiendo transcurrido 50 minutos con normalidad desde la inducción anestésica, la paciente presenta un deterioro en la saturación sanguínea de oxígeno decidiéndose realizar una traqueotomía de urgencia para garantizar la oxigenación. Se procede a realizar la exéresis de nódulo tiroideo en el istmo para la adecuada colocación del traqueostoma. Tras corregir la desaturación y normalizarse los parámetros ventilatorios, se procede, por parte del Servicio de Otorrinolaringología, a la colocación definitiva de la cánula cerrando el orificio traqueal realizado en el primer momento, sin realizar la tiroidectomía.

Según indica la Anestesiista presente en dicha intervención en el informe de fecha 16 de julio de 2010, como posibles causas de dicha desaturación sanguínea de oxígeno se establecieron la extubación inadvertida o la obstrucción del tubo endotraqueal. Ante la gravedad del caso se siguió el protocolo habitual; solicitar ayuda y el carro de intubación difícil, comprobar nuevamente la colocación del tubo endotraqueal, realizar aspiración a través de este e iniciar ventilación manual. Ante la persistencia de la mala situación clínica de la paciente, saturación de oxígeno del 60% y tendencia a la bradicardia que precisó soporte inotrópico, datos que pueden comprobarse en la hoja de anestesia realizada durante la intervención, se intentó el intercambio del tubo endotraqueal posiblemente obstruido. Dicha maniobra se vio dificultada por la propia cirugía del cuello y por las condiciones anatómicas de la paciente (consta en la hoja de anestesia que la clasificación de Cormack-Lehane de visión a la laringoscopia había pasado de un grado 2 a 3), por lo que se solicitó la realización de una traqueotomía de emergencia consiguiendo con ella una ventilación eficaz y recuperación de la saturación de oxígeno.

Constan, como antecedentes quirúrgicos de la paciente, tres intervenciones previas realizadas bajo anestesia general con fechas 31 de mayo de 2004, 7 de noviembre de 2007 y 4 de abril de 2008, en las que presentaba visión laringoscópica según clasificación Cormack-Lehane grados 2-3.

En el postoperatorio inmediato, la paciente es trasladada a la Unidad de Medicina Intensiva, con evolución favorable, siendo trasladada a planta de hospitalización quirúrgica al día siguiente.

Dos días después de la operación, es valorada por un Especialista en ORL que objetiva una parálisis flácida de la cuerda vocal izquierda, buen paso de aire por vías superiores y buena voz. Revisada la traqueotomía, se aprecia que se ha realizado muy lateral hacia el lado izquierdo.

## **Segundo**

Al presentar la paciente buena evolución y tras realizarle un TAC cervico-torácico, es intervenida el 19 de mayo de 2009, practicándose la tiroidectomía total, que no se llegó a realizar en la primera intervención, sin presentar incidencias y con postoperatorio favorable. El estudio histopatológico del tiroides informó de hiperplasia multinodular de tiroides.

Durante todo el periodo de ingreso, se le realiza seguimiento, tanto por el Servicio de Cirugía como por el de Otorrinolaringología. Este último se encarga de realizar a diario el cambio de la cánula de plata, hasta su retirada el 21 de mayo de 2009, tras la que se procede al cierre progresivo de su traqueostoma por aproximación de bordes, con curas diarias por dicho Servicio. Es dada de alta el 26 de mayo de 2009.

### **Tercero**

El 4 de junio de 2009, acude a revisión por ORL donde se aprecia un buen cierre del traqueostoma y se le realiza nasofibroendoscopia, con diagnóstico de parálisis recurrente iatrogénica de CVI.

El 26 de junio de 2009, acude a control en Consulta de Cirugía, presentando ligera disfonía, no disfagia y buena consolidación de la herida quirúrgica.

En la siguiente revisión, realizada el 4 de septiembre de 2009, consta que presentaba disfonía y discreta disnea, pero buena tolerancia oral y sin disfagia. La herida presentaba buena consolidación y la auscultación pulmonar era normal. Se solicitó interconsulta a GAL y Neumología.

El 24 de septiembre de 2009, es valorada por el Servicio de Neumología para estudio de disnea que refería como sensación de falta de aire y disnea de esfuerzo. En la exploración, presentaba saturación de oxígeno del 97% y auscultación cardiopulmonar normal. Se le realiza Rx de tórax, sin hallazgos; y espirometría, que fue normal, no encontrándole patología respiratoria en ese momento que justificara sus molestias.

En las siguientes revisiones, se le remite a realizar tratamiento por logopedia, con el que mejora su disfonía, además de tratamiento rehabilitador por presentar linfedema de cuello.

Posteriormente, la paciente refiere presentar un empeoramiento de su cuadro respiratorio, con disnea a mínimos esfuerzos y disfonía importante. Se le realiza estudio mediante TAC cervicotorácico, en el que se aprecia una mínima estrechez en el tercio superior de la traquea (10 mm. de diámetro en la zona más estenótica con resto de la luz traqueal de 15 mm.). Se plantea la posibilidad de realizarle aritenoidectomía, por lo que es derivada al Servicio de Cirugía Torácica que, tras valorar la discreta estenosis traqueal y presentando la paciente voz de buena calidad, sin disnea de reposo y sin estridor, desestima cualquier acción quirúrgica.

### **Cuarto**

Con fecha 4-05-2010, tuvo entrada en el registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, reclamación del 3 de mayo de 2010, presentada por D<sup>a</sup> J. G. P., en el que solicita una indemnización de 225.151,00 euros por los daños y perjuicios que entiende se le han causado como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital *San Pedro* de Logroño.

### **Quinto**

El 29 de junio de 2010, es valorada la reclamante en Consultas de ORL. En las notas de evolución médica de dicha consulta, consta que la paciente se quejaba de disnea, disfonía con falta de volumen de la voz y sequedad de boca. Indicaba no poder estar en la cocina del bar en el que trabajaba por la irritación que le producían los gases en la garganta. Además, refería que, desde que le operaron, en ocasiones, cuando comía, le daba la tos, debiendo comer agachada ya que, si extendía la cabeza, le daba la tos. En la exploración realizada, la voz sonaba bien, sin disfonía y buen volumen, aunque insistía en cuchichear, como si le faltase intensidad. A nivel de la tráquea, se observaba mínimo estrechamiento, que no impedía una buena respiración. En la fibroscopia, se observaba el cierre completo de la glotis, a pesar de la parálisis de la CVI en línea media, por compensación de la CVD. El Médico que realizó dicha consulta consideró que su parálisis de CVI no le impedía tener una buena fonación, una respiración normal y una tos productiva. Se remitió a valoración de su capacidad respiratoria.

En julio de 2010, es vuelta a valorar por el Servicio de Neumología por aparente disnea para la que indicaba estar en tratamiento con broncodilatadores, además de un antihistamínico, sin saber porqué (la paciente, hasta ese momento, no había sido diagnosticada de asma). La auscultación pulmonar era limpia, con algún runcus espiratorio aislado y sin estridor inspiratorio. Se le realizó Rx de tórax, sin presentar hallazgos; gasometría arterial y espirometría, con test broncodilatador negativo, sin apreciarse insuficiencia respiratoria ni afectación funcional de vías altas ni componente obstructivo de vías bajas.

### **Sexto**

Seguido el expediente en todos sus trámites, con fecha 11 de mayo de 2011 se formula, por la Instructora, Propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación. La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con la Propuesta de resolución en su informe, emitido el 24 de mayo de 2011.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 24 de mayo de 2011, registrado de entrada en este Consejo el día 31 de mayo de 2011, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 1 de junio de 2011, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como 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.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo por la D.A. 2.<sup>a</sup> de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, por ser la cuantía de la reclamación superior a 600 euros, en concordancia con el cual ha de ser interpretado el artículo 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de este Consejo Consultivo.

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 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 Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común (LPAC).

## Segundo

### **Análisis de la eventual responsabilidad del Servicio Riojano de Salud**

El caso sometido a nuestro dictamen, que obliga a pronunciarnos sobre la posible responsabilidad de la Administración sanitaria riojana, reúne características específicas de gran relevancia, como son la notable entidad del daño por el que se reclama la indemnización —lo que explica la importante cuantía de la misma en la pretensión de la reclamante— y la complejidad del supuesto de hecho que la genera. Por tal razón, resulta necesario abordar y resolver, en su orden lógico, si concurren o no los requisitos o presupuestos en todo caso exigibles para que nazca la responsabilidad sanitaria por daños personales imputables al funcionamiento de ese particular servicio público, que son los siguientes:

A) Que exista *relación de causalidad en sentido estricto* entre el daño cuya indemnización se reclama y la conducta seguida por los Facultativos como prestación que forma parte del contenido del derecho a ser atendido por el Servicio Riojano de Salud de que goza la paciente.

Pues bien, en el presente caso, el inevitable y necesario análisis de la relación de causalidad en sentido estricto —esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente, conforme a la lógica y la experiencia, explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar— conduce de forma palmaria a afirmar el nítido enlace entre los daños cuya indemnización se pretende y la atención sanitaria prestada a la interesada por el Servicio Riojano de Salud.

En efecto, como hemos explicado reiteradamente, 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; y tal análisis determina claramente, en la hipótesis que nos ocupa, que los daños sufridos por la reclamante tienen su origen en las complicaciones sufridas en su primera operación y, en particular, en la necesidad de realizar en ella una traqueotomía de urgencia que es la que, en definitiva, explica los daños o secuelas que hoy padece.

Esta afirmación, contenida en el escrito de reclamación, resulta plenamente confirmada por el informe aportado por la interesada del Dr. M., Especialista en la materia, y —lo que

acaso es más importante— no resulta contradicha por ninguno de los demás informes de Facultativos que obran en el expediente.

B) Que, supuesto lo anterior, concorra el imprescindible y legalmente necesario *criterio de imputación* de la responsabilidad a la Administración.

Como hemos explicado ya reiteradamente en otros dictámenes, en el ámbito sanitario, la conducta de los Facultativos a la que debe estar ligado el daño no participa del criterio objetivo que con carácter general establece para la responsabilidad patrimonial de la Administración la LPAC, sino que tiene un carácter específico por tener la responsabilidad su origen, no en un daño que deriva del funcionamiento normal o anormal de la Administración, o sea, de un deber abstracto de ésta con destinatarios genéricos, sino en un daño efectivo que nace del incumplimiento por ésta de una específica *obligación de hacer* de la que es acreedor el paciente que tiene derecho, no sólo a una genérica y abstracta *atención sanitaria*, sino a las prestaciones concretas que en su caso requiera ésta.

Esto es justamente lo que explica que, de acuerdo con el ordenamiento vigente, la obligación concreta cuyo incumplimiento puede dar lugar a responsabilidad de la Administración sanitaria tenga dos *fuentes*: en la primera u ordinaria, que cabe calificar como *convenida*, participan los Facultativos que actúan por aquélla proponiendo al paciente la intervención que estiman requerida por su estado de salud (deber y derecho *de información*) y, además, el propio paciente añadiendo a esa propuesta u *oferta* su *aceptación (consentimiento informado)*; en la segunda o extraordinaria, en cambio, la fuente de la obligación no es *convenida* sino *legal*, pues es la ley la que impone a los Facultativos y demás personal del Servicio público de salud atender directamente a los pacientes, sin necesidad de su consentimiento informado, en los casos en que la atención sanitaria que requieran sea *urgente*.

Por lo demás, la existencia en ambos casos de una obligación previa a cargo de los Facultativos y, en último término, de la Administración por la que actúan, explica que coincidan la doctrina y de la jurisprudencia en afirmar que *tal obligación es de medios y no de resultado*, por lo que sólo se incumple aquélla, con la responsabilidad consiguiente, cuando la conducta de prestación del servicio por los Facultativos no resulta conforme con la *lex artis ad hoc* o cuando, aun siéndolo —y habiendo daño—, exceda lo actuado de la legitimación conferida por el propio paciente (*consentimiento informado*) o por la ley (falta objetiva de la situación de *urgencia* requerida).

Pues bien, en el caso que nos ocupa, es este segundo presupuesto o requisito de que concorra el necesario *criterio de imputación* para que nazca la responsabilidad de la Administración sanitaria el que entendemos no puede afirmarse.

En este sentido, el informe pericial del Dr. M., aportado por la interesada, valora el daño y deja clara, como ya se ha indicado, la relación de causalidad en sentido estricto; pero, en el mismo, no se afirma en momento alguno el incumplimiento por los

Facultativos del Servicio Riojano de Salud de sus obligaciones previas *de medios*, en cuyo cumplimiento, centrado en la actuación de aquéllos conforme a la *lex artis ad hoc*, insisten los demás informes periciales que obran en el expediente. Y a lo que consta o resulta de éste como elemento probatorio debe atenerse inevitablemente este Consejo Consultivo, que, sea cual sea la incidencia que en su ánimo pueda causar el grave resultado dañoso sufrido por la paciente, no puede sino pronunciarse conforme a Derecho.

Pues bien, atendiendo a esos criterios objetivos, lo relevante es: i) que en la información que precedió a la primera operación, constaba, como posible complicación, la eventualidad de que hubiera que realizar una traqueotomía, habiendo prestado la interesada, con ese contenido, el consentimiento informado; ii) que, al surgir tal complicación, hubo de realizarse tal traqueotomía en condiciones cubiertas, en parte, por dicho consentimiento y, además, por requerirla una situación de urgencia —un deterioro en la saturación sanguínea de oxígeno que la hizo necesaria—, resultando, en todo caso, de los informes periciales que se ocupan de ello y que constan en el expediente, que la actuación fue conforme con la *lex artis*; y, iii) finalmente, que, en las incidencias y evolución posterior, nada tienen que ver las intervenciones y decisiones sanitarias adoptadas, sino el propio estado de salud de la paciente.

Por todo ello, a juicio de este Consejo Consultivo y con los medios de prueba disponibles, debe desestimarse la reclamación.

## CONCLUSIONES

### Única

La pretensión de indemnización ejercitada por la reclamante debe ser desestimada, puesto que no resulta del expediente que los daños por los que reclama sean imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

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