Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 8 2 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de noviembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 457/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, pues la interesada reclama una indemnización de 90.000,00 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el día 29 de septiembre de 2023, reclamando la interesada por el daño derivado de una intervención quirúrgica efectuada el día 14 de abril de 2021, que a su juicio considera deficiente, la cual se concretó no solo en una serie de secuelas físicas sino en la necesidad de ser reintervenida, realizándose una nueva intervención quirúrgica de su patología inicial el día 3 de abril de 2023.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En este caso, en el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulado por la interesada se afirma acerca de los antecedentes de hecho lo siguiente:

«PRIMERA.- El pasado día 14 de abril de 2021, esta reclamante fue intervenida quirúrgicamente de una Hemitiroidectomía Derecha en el Hospital Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria, en virtud de una operación planificada por el Servicio de Endocrinología del referido Hospital. Según le refirieron los facultativos de este Servicio, la

operación no revestía complejidad, ya que los nódulos que iban objeto de la misma se encontraban perfectamente localizados. El objeto de la operación era eliminar nódulo, el tratamiento de calcio y la mejora de la calidad de vida de la paciente.

SEGUNDA.- Tras la operación, los facultativos del Servicio de Endocrinología le refirieron que la operación, no había sido bien ejecutada, si bien se encontraba perfectamente planificada, y en consecuencia la operación debía ser repetida. En consecuencia, debiendo seguir con el tratamiento de calcio. Es de significar que, la reclamante, tuvo una secuela inmediata consistente en la perdida de voz, temblores en las manos y hormigueo en la cabeza, secuelas que a fecha de la presente siguen manifestándose, sin que haya vuelto a recuperar la normalidad de su voz y de sus manos.

TERCERA.-Con posterioridad, el 3 de abril de 2023, fue nuevamente intervenida en el mismo centro. Según le refirió el cirujano responsable a los familiares, la operación había salido bien. Si bien la operación ha supuesto una mejoría en la calidad de vida de la reclamante, no se ha llegado a recuperar de las secuelas descritas, perdida de voz, temblores en las manos y hormigueo en la cabeza, asimismo continúa con el tratamiento de calcio. Se deja designado su historial médico.

CUARTA.- Como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria y de las intervenciones quirúrgicas, esta reclamante ha estado casi dos años (720 días) soportando las secuelas de la primera operación (perdida de voz, temblores en las manos y hormigueo en la cabeza), además, de no poder prescindir del tratamiento de calcio. Asimismo, es de significar que, la segunda operación solo ha supuesto una leve mejoría. Como secuelas, esta reclamante tiene serias dificultades en el habla, con periodos de fuertes dolores y molestias en la cabeza y las manos. Asimismo, ha sufrido y sufre un importante daño moral derivado del prolongado periodo en que padeció y padece las molestias y la incertidumbre derivada de no saber cuándo recuperará su voz, y, por consiguiente, su normalidad. En consecuencia, se cifran los perjuicios sufridos en NOVENTA MIL EUROS (90.000.-€)

QUINTA.- En el presente caso, existe una infracción de la "lex artis" en la asistencia sanitaria proporcionada, tal como se constata del historial médico, de la que se deriva, en patente nexo de causalidad, el resultado dañoso producido y cuya indemnización se reclama. En consecuencia, se solicita que se inicie el procedimiento, se conceda el término de prueba en que se propone, y finalmente se dicte resolución expresa en que se reconozca el mal funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria, abonando a la interesado, en concepto de indemnización, la cantidad reclamada, la cual deberá ser objeto de actualización, devengando el interés legal desde la fecha de esta reclamación hasta su completo pago».

2. Además, para efectuar una correcta exposición de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe emitido por el Servicio

de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), el día 22 de abril de 2025, en el que se manifiesta lo siguiente:

«1.- Según historia clínica, informes, y documentación aportada, la paciente con fecha de nacimiento 29/08/1949 (71 años en el momento de los hechos), tiene antecedentes personales de rinitis, episodios de disnea y tos, además de síndrome de apnea hipopnea del sueño con uso de dispositivo nocturno CPAP (dispositivo que insufla aire a presión positiva), entre otros.

2.- La paciente, seguía controles en consultas externas de Endocrinología por datos de hiperparatiroidismo, con cifras elevadas de calcio en sangre.

3.- Según historia clínica e informe del Servicio de Endocrinología, en estudios de gammagrafía de tiroides practicados en junio/2018, se había objetivado un posible adenoma paratiroideo ectópico retrotraqueal derecho a la altura de D2, para lo cual se le realizaron otros estudios radiológicos recomendados.

4.- En Resonancia Magnética (RM) cervical enero/2020, se informó la presencia de nódulo de aproximadamente 1,1 cm, localizado posterior a la tráquea y a la derecha del esófago a nivel del 12 cuerpo vertebral dorsal, compatible con el diagnóstico de adenoma de paratiroides y coincidente con el descrito en la gammagrafía previa.

5.- En TAC de cuello, realizado en 02/2020, se informa de nódulo de 1,4 x 0,6 cm, localizado posterior y caudal al polo inferior del lóbulo tiroideo derecho, adyacente a la derecha del esófago, compatible con la sospecha de adenoma paratiroideo.

6.- Se realiza gammagrafía en 07/2021, siendo compatible con adenoma paratiroideo ectópico en localización descrita.

7.- Presentaba litiasis renal bilateral, osteoporosis e hipercalcemia (calcio elevado) > de 12 mg/dL, que obligaba a tratamiento hipocalcemiante con fármaco Cinacalcet en dosis de 90 mg cada 12 horas. Tras los estudios correspondientes por parte del Servicio de Endocrinología, el diagnóstico es un hiperparatiroidismo primario secundario a un adenoma de paratiroides que cumple criterios para tratamiento quirúrgico mediante extirpación por lo que la paciente es remitida al Servicio de Cirugía.

8.- Dado la posible existencia de adenoma en una glándula ectópica (no situada en su lugar habitual, inmediatamente por detrás de la glándula tiroides), y luego de realizar todas las pruebas de imagen de localización recomendadas, en consulta de Cirugía de fecha 27/05/20, de acuerdo con la paciente, se decide la intervención quirúrgica de paratiroidectomía, como alternativa terapéutica, por ser el único tratamiento eficaz para su patología, para lo cual se le dan todas las explicaciones sobre los hallazgos clínico radiológicos, procedimiento quirúrgico, riesgos inherentes, quedando suscrito en dicha consulta por parte de la paciente el consentimiento informado.

9.- Luego de ser valorados todos los estudios diagnósticos, en fecha 14/04/21, se le realiza la intervención quirúrgica durante la cual no se encuentra inicialmente el adenoma responsable del hipertiroidismo. Se le realiza tal como se recomienda en estos casos una hemitiroidectomía derecha, es decir, extirpación de la zona del tiroides donde se supone se encuentra el adenoma, según las pruebas de imagen. Ello se realiza, tal como se informó en el consentimiento informado porque en ocasiones la paratiroides afectada no está visible por encontrarse adherida y oculta en el tiroides. Tras la extirpación del tejido sospechoso y para comprobar el éxito de la operación se realizó determinación intraoperatoria de paratohormona (PTH) en sangre, cuyos niveles descendieron desde una cifra basal de 410 pg/mL a 214. También, como es habitual se envía la muestra de tejido extirpado para su estudio por Anatomía Patológica. Destacamos que durante la cirugía consta se identificó y preservó el nervio laríngeo recurrente derecho, no describiéndose incidencias.

10.- Si bien, en el estudio histológico del tejido extirpado no se encontró el adenoma de paratiroides y la calcemia realizada al día siguiente de la cirugía no acababa de descender: 11,18 mg/dL (8,20-10,50), la PTH si descendió encontrándose en el límite alto de la normalidad (de una cifra basal de 410 había descendido a 92,5 pg/mL), por lo que se decidió alta y seguir evolución en consultas.

11.- En su evolución fue valorada por ORL, por presentar disfonía, que apreció normalidad en la exploración, y se continuó su seguimiento con analíticas de control, además de nuevos estudios de imagen (gammagrafía y TAC de cuello).

12.- En TAC de abril/22, se describe la persistencia de nódulo hiperdenso en el mediastino retro traqueal adyacente a la pared lateral derecha, describiéndose se trata de nódulo de 2,5 x 1,1 cm (plano sagital), que en su cuadro clínico de hiperparatiroidismo primario sugiere un adenoma paratiroideo.

13.- En estudio de gammagrafía de 09/07/22, se aprecia lesión nodular paraesofágica derecha intratrorácica, compatible con adenoma paratiroideo ectópico.

14.- Consta en notas clínicas de fecha 02/06/22, mejoría clínica de la paciente tras rehabilitación con Logopeda.

15.- El 30/08/22, se plantea en Comité de Tiroides-Paratiroides, nueva intervención quirúrgica con marcaje intraoperatorio de Medicina Nuclear dado la dificultad para la detección del adenoma paratiroideo.

16.- En notas de Preanestesia anterior a la segunda cirugía, consta en exploración física que no presenta disfonía.

17.- Previas explicaciones y aceptación por su parte, ingresa de forma programada en fecha 02/04/23, realizándose nueva cirugía en fecha 03/04/2023, consiguiéndose con grandes dificultades según el propio informe del Servicio de Cirugía, localizar intraoperatoriamente

la paratiroides ectópica y proceder a su extirpación mediante paratiroidectomía inferior derecha (mediastínica retrotraqueal). El descenso en el estudio funcional hormonal de la paratorhormona (PTH) y la identificación de tejido paratiroideo en el estudio anatomopatológico de las muestras extirpadas, es prueba de que finalmente, a pesar de la dificultad, el adenoma fue extirpado. Tras evolución favorable su alta fue emitida el día 04/04/23, para su seguimiento en consultas.

18.- Con posterioridad a la cirugía de extirpación de paratiroides, se produjo hipocalcemia postquirúrgica que se normalizó tras administrar suplementos de calcio, constando en notas clínicas de consulta de fecha 20/07/23, el calcio en rango normal por lo que se administra solo una dosis de calcio al día, pauta que podría ser la habitual en pacientes que como ella padecen de osteoporosis.

19.- En consulta al Servicio de Urgencias de fecha 16/06/23, a la que acude por proceso ajeno a este (ingesta accidental de lejía), dentro de formulario de urgencias donde se recogen determinados aspectos respiratorios, neurológicos entre otros, queda descrito que la paciente se comunica con habla clara».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 29 de septiembre de 2023, como ya se dijo.

El día 14 de noviembre de 2023, se dictó la Resolución n.º 630/2023 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, formulando alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 14 de octubre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que «A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, por ser correcta la actuación sanitaria prestada a la interesada.

En la Propuesta de Resolución se señala acerca de la cuestión de fondo que «La instrucción del expediente revela que en primer término se realizaron todas las pruebas diagnósticas para concretar la patología que padecía, siendo informada por el servicio de cirugía, como así consta en la historia clínica (folio 41) del tipo de procedimiento que se le iba a realizar, así como de los posibles daños o secuelas que podían surgir, aceptando su realización.

Como afirma el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, nos encontramos ante la materialización de riesgos de la intervención quirúrgica, habiéndose realizado la intervención según las técnicas habituales, no objetivándose que se produjeran maniobras intempestivas y no habiéndose demostrado, en ningún momento, que haya existido una incorrecta actuación médica.

En el caso que nos ocupa, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a la lex artis, informándola del procedimiento y riesgos derivados de la intervención, que aceptó, no considerando el daño por el que reclama, un daño antijurídico imputable a la Administración».

2. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 424/2025, de 13 de octubre, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar

la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda

mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. La interesada reclama porque considera que la intervención quirúrgica (hemitiroidectomía derecha), efectuada el día 14 de abril de 2021, en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, se llevó a cabo de forma deficiente al no eliminar el nódulo de la glándula paratiroides, lo que no solo le generó secuelas físicas, sino que vio obligada a someterse a una segunda intervención quirúrgica, la cual finalmente se realizó el día 3 de abril de 2023.

4. Sobre la cuestión de fondo de este asunto, consistente en dilucidar si se ha actuado por parte del SCS conforme a *lex artis* o no, se ha de tener presente lo manifestado sobre las actuaciones médicas que aquí nos ocupan, primeramente, por el SIP, en cuyo informe se señala que:

«4.- Tras los estudios correspondientes por parte del Servicio de Endocrinología, el diagnóstico es un hiperparatiroidismo primario secundario a un adenoma de paratiroides que cumple criterios para tratamiento quirúrgico mediante extirpación, por lo que la paciente es remitida al Servicio de Cirugía.

5.- En pruebas diagnósticas de imagen realizadas previamente para definir la localización exacta del adenoma, se informaba de la posible existencia del adenoma en una glándula ectópica, es decir, no situada en su lugar habitual, inmediatamente por detrás de la glándula tiroides, por ello, se realizaron múltiples pruebas de imagen para localizar el adenoma.

6.- En consulta de Cirugía de fecha 27/05/20, consta a la paciente se le explica de forma detallada y pormenorizada las características inherentes a la cirugía a realizar quedando anotada en dicha consulta:

(...)

7.- En el consentimiento informado firmado por la paciente, se recoge la descripción del procedimiento describiéndose claramente que, en algunas circunstancias según la localización de las glándulas paratiroides, es necesario extirpar una parte de la glándula tiroides y en algunos casos no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesario una segunda operación.

8.- Asimismo queda informada que, en su caso no hay alternativa eficaz al tratamiento quirúrgico dado que no se puede controlar el excesivo crecimiento de la glándula ni las posibles complicaciones por afectación de otros órganos vecinos y a distancia

(...)

Quedando, también, detallados en el documento de consentimiento informado, dado que se trata de una cirugía cervical y de paratiroides, el riesgo de alteraciones del metabolismo del calcio, ronquera, disfonía, traqueostomía temporal o definitiva en relación con lesión del nervio laríngeo recurrente, documento que consta explicado en las notas de la consulta, y que fue aceptado por la paciente.

Además, le queda explicado que la cirugía- extirpación de las paratiroides puede conllevar la necesidad de realizar tratamiento médico con posterioridad a la cirugía (como los suplementos de calcio, de vitamina D, u otros).

10.- De la información anterior se desprende que, con anterioridad a la intervención quirúrgica realizada el 14/04/21, a la paciente se le habían realizado múltiples estudios de imagen para diagnosticar y localizar el adenoma paratiroideo, luego que partiendo de un estudio de gammagrafía se advirtiera de la posibilidad de un adenoma paratiroideo ectópico retrotraqueal derecho. Por tanto, no es cierto que, previamente no se le hicieran todos los estudios necesarios para localizar dicho adenoma.

11.- Consta en consulta de Cirugía de fecha 27/05/20, a la paciente se le explica de forma detallada y pormenorizada los hallazgos clínico radiológicos, el procedimiento a realizar, así como los riesgos inherentes de la cirugía cervical para paratiroidectomía, por tanto, si bien, como es común, lo que se busca es el beneficio para el/la paciente, ello no está garantizado, en tanto con independencia de otros factores (la respuesta del paciente, predisposición del individuo, afecciones concomitantes (...)), toda cirugía tiene riesgos que le son inherentes y que en este caso, podían ser: vivir con una traqueostomía definitiva o incluso la muerte, riesgos que ella conocía, entendía y asumía con la firma del consentimiento informado, y de lo cual se deriva que la intervención no era sencilla como ella hace ver.

12.- En la intervención realizada el 14/04/21, inicialmente no se identificó el adenoma, por lo que siguiendo las recomendaciones actuales se realizó hemitiroidectomía derecha, es decir, extirpación de la zona del tiroides donde se supone se encuentra el adenoma, según las pruebas de imagen. Ello se realiza, tal como se informó en el consentimiento informado

aceptado por la paciente, información que se le da porque en ocasiones la paratiroides afecta no está visible por encontrarse adherida y oculta en el tiroides. Es decir, la cirugía fue realizada conforme a las recomendaciones actuales, cumpliendo con las normas y protocolos.

13.- Con posterioridad, en el estudio histológico del tejido extirpado no se identificó tejido paratiroideo, ello, y los controles evolutivos analíticos de calcio y paratohormona, además de nuevos estudios de imagen, determinaron que el adenoma persistía, lo que motivó que se planteara nueva cirugía para extirpar la paratiroides que contenía el adenoma, lo cual fue aceptado por la paciente, y realizado conforme a normas y protocolos el día 03/04/23, confirmándose posteriormente en el estudio anatomopatológico, que el tejido extirpado fue el adenoma.

14.- Con respecto a las alteraciones de pérdida de voz, temblores en manos, hormigueos en la cabeza, necesidad de tomar calcio luego de las cirugías realizadas:

• Se conoce que las alteraciones de la voz, disfonía, ronquera, son riesgos inherentes a este tipo de cirugías y por ello está contemplado en el consentimiento informado que la paciente conocía y había aceptado previamente. Este tipo de alteraciones se producen por afectación del nervio laríngeo recurrente que se encuentra en el recorrido quirúrgico, ya sea por el calor que desprenden los instrumentos de corte y coagulación utilizados en la intervención, por una lesión inadvertida del mismo o incluso por irritación de las cuerdas vocales por el tubo endotraqueal necesario para realizar la cirugía.

• Se le valoró la alteración de la voz por parte del Servicio de ORL, que evidenció normalidad de la exploración, es decir, nunca ha habido lesión del nervio laríngeo recurrente.

15.- Con respecto a la presencia de hormigueos, temblores y que refiere ha tenido que seguir medicándose con calcio, ello es porque si antes de la cirugía había alteración del metabolismo del calcio por exceso, luego de la cirugía al extirpar dichas glándulas, puede quedar alteraciones del metabolismo por defecto del mismo, lo cual se soluciona con la administración de calcio vía oral, condiciones que son inherentes al procedimiento de extirpación de paratiroides y no depende de la pericia del cirujano.

16.- Destacamos que, la paciente recibió tratamiento rehabilitador con Logopeda, con buena evolución, y que luego de ello, se recoge en notas de otras consultas hospitalarias que, no presenta disfonía y que se comunica con habla clara, no recogiéndose datos de hormigueos ni temblores que la paciente menciona.

17.- Concluimos que, la paciente fue informada de su diagnóstico, del procedimiento quirúrgico a realizar y de sus riesgos inherentes, de lo cual es prueba el consentimiento

informado firmado por ella, por tanto, queda constancia de que se ha cumplido con el protocolo y la normativa vigente al respecto.

18.- Su atención tanto diagnóstica como terapéutica fue la razonable en su contexto y en ella no aprecio anomalía alguna.

19.- Por tanto, nos encontramos ante la materialización de riesgos de la intervención quirúrgica, habiéndose realizado la intervención según las técnicas habituales, no objetivándose que se produjeran maniobras intempestivas y no habiéndose demostrado, en ningún momento, que haya existido una incorrecta actuación médica.

20.- En definitiva, consideramos se ha puesto a su disposición todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos, los cuales se han realizado adecuadamente y con su aceptación mediante consentimiento informado, en el que se acepta no sólo los beneficios de dichas actuaciones sino también los riesgos que le son inherentes, y que en su caso se han tratado conforme a la lex artis».

5. Además, en el informe del Servicio actuante se afirma en relación con su actuación médica lo siguiente:

«La paciente, tras estudios pertinentes por parte del Servicio de Endocrinología, fue diagnosticada de un hiperparatiroidismo primario secundario a un adenoma de paratiroides. Su tratamiento es la extirpación de dicho adenoma. Se remitió al Servicio de Cirugía para su extirpación.

Previamente se le realizaron una serie de pruebas para localizar la situación exacta del adenoma conforme a las actuales recomendaciones2. Se informó de la posible existencia de un adenoma en una glándula ectópica, es decir, no situada en su lugar habitual, inmediatamente por detrás del tiroides.

El 14 de abril de 2021 fue intervenida quirúrgicamente. Durante la intervención, a pesar de haberse valorado todos los estudios preoperatorios con meticulosidad, no se encontró inicialmente el adenoma responsable del hiperparatiroidismo. En estos casos, se recomienda realizar una hemitiroidectomía (extirpación de la mitad del tiroides) "a ciegas" en el lado que se supone se encuentra el adenoma. En ocasiones, la paratiroides afectada no está visible y se supone que se encuentra "incrustada" y oculta en el tiroides. Esta fue la opción que el cirujano decidió llevar a cabo. A posteriori, con la finalidad de comprobar el éxito de la operación, se solicitó la determinación intraoperatoria de PTH en sangre tras la extirpación del tejido sospechoso. Sus niveles descendieron desde 410 pg/ml (situación basal) a 214 pg/ml. Esta situación puede presentarse con relativa frecuencia3.

En el postoperatorio se comprobó que el adenoma de paratiroides no se encontraba entre las piezas resecadas y que en la analítica solicitada el 15/04/2021 la calcemia no acababa de descender (11,18 mg/dL) y la PTH se situaba en 92,5 pg/ml, en el límite alto de

la normalidad. Se recuerda que se partía de una PTH basal (antes de la extirpación del hemitiroides) de 410 pg/mL Se decidió el alta y seguir evolución.

Con posterioridad, tras demostrarse la persistencia del hiperparatiroidismo, fue reintervenida quirúrgicamente el 03/04/2023, consiguiéndose, no sin grandes dificultades, localizar intraoperatoriamente la paratiroides ectópica y proceder a su extirpación. La evolución subsiguiente fue favorable, volviendo a la normalidad tanto las cifras de PTH como de calcio en sangre.

Al respecto, hacer notar que en el consentimiento informado firmado por la paciente se recoge claramente que "En algunas circunstancias según la localización de las glándulas paratiroides, es necesario extirpar una parte de la glándula tiroides. En algunos casos, poco frecuentes, no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesario una segunda operación." Esto se le explicó verbalmente a la paciente antes de la operación y fue lo que ocurrió.

Asimismo, según se recoge en la alegación segunda de la reclamante, "Es de significar que, la reclamante, tuvo una secuela inmediata consistente en la pérdida de voz, temblores en las manos y hormigueo en la cabeza, secuelas que a fecha de la presente siguen manifestándose, sin que haya vuelto a recuperar la normalidad de su voz y de sus manos" (sic). Se repite nuevamente en las alegaciones tercera y cuarta intentando dar fuerza al padecimiento de estas aparentes secuelas, que en el momento de redactar este informa eran mínimas o inexistentes.

La pérdida de la voz o disfonia pudiera haber sido secundaria a una lesión inadvertida del nervio laríngeo recurrente que discurre muy cerca del tiroides para penetrar en la laringe y ejercer su función de movilizar las cuerdas vocales durante el habla. Otras veces la disfonía es consecuencia de otras causas, todas reversibles, como la afectación del nervio por el calor que desprende los instrumentos de coagulación y corte que se utilizan durante la intervención4, la irritación que provoca en las cuerdas vocales el tubo endotraqueal que se utiliza durante la anestesia5 o un empeoramiento de un reflujo gastroesofágico preexistente6, de mecanismo poco conocido. Se insiste en la reversibilidad de estas secuelas, excepto la lesión del nervio recurrente laríngeo.

En julio de 2021 se remitió al Servicio de ORL para valoración de su disfonía. Se informó de la normalidad de la exploración y se remitió a Rehabilitación. Es decir, no ha habido nunca lesión del nervio laríngeo recurrente.

Se ha descrito también alguna vez, persistencia de síntomas subjetivos de alteración de la voz hasta dos años después de la tiroidectomía sin lesión recurrencial7. Algunos autores lo achacan a posible lesión de otro nervio, el nervio laríngeo superior, difícil de demostrar.

El hormigueo habitualmente se relaciona con la falta de calcio, la hipocalcemia, por el efecto contrario a lo que ocurría en el preoperatorio. Si antes de operar el calcio estaba elevado, tras la exéresis de una o dos paratiroides y el adenoma, ahora el calcio se encuentra bajo en sangre. Se soluciona con la administración de calcio oral. Suele ser reversible. La última calcemia que consta en el laboratorio del hospital es de 8,7 mg%, dentro de límites normales, si bien teniendo en cuenta la aportación de calcio oral que está tomando la paciente. Esta secuela es imprevisible e inherente al procedimiento de la extirpación de las paratiroides y no depende de la pericia del cirujano

Hacer constar que en el consentimiento informado firmado por la reclamante preoperatoriamente, se detalla como riesgos poco graves y frecuentes: (...) "Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. Alteraciones transitorias de la voz. Alteraciones transitorias de la deglución (...) " Y como riesgos poco frecuentes y graves: "Alteraciones permanentes de la voz. Alteraciones permanentes de las paratiroides. Recidiva de la enfermedad".

En definitiva, la paciente reclama por una serie de secuelas (¡ino complicaciones!) perfectamente definidas en el consentimiento informado y de las que fue informada (...) ».

6. Asimismo, lo manifestado en estos dos informes reproducidos acerca del contenido de la documentación correspondiente al consentimiento informado, firmada por la interesada, se corrobora por la incorporación de tal documentación al expediente, constando en las páginas 39 y 40 del expediente con el contenido referido por ambos Servicios en sus respectivos informes.

7. En el presente asunto, ha resultado demostrado que la intervención quirúrgica del día 14 de abril de 2021, objeto de la reclamación de la interesada, se realizó conforme a *lex artis*, pues se llevaron a cabo todas y cada una de la pruebas diagnósticas necesarias para determinar la situación exacta del nódulo que presentaba la interesada, pero pese a ello y a que la intervención se ejecutó correctamente fue imposible encontrarlo durante la misma por las propias características de tal patología, riesgo este advertido en el consentimiento informado firmado por la interesada.

Además, las diferentes secuelas que alega la interesada son consecuencia exclusiva de la propia patología de tiroides que sufre la misma, sin que pueda achacarse ninguna de ellas a la primera intervención a la que se sometió a la interesada.

Por el contrario, la interesada no ha aportado prueba alguna no solo que desvirtúe los informes anteriormente expuestos, sino que pruebe que la intervención fue realizada de forma deficiente.

En relación con la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público este Consejo Consultivo ha señalado en muchos Dictámenes (por todos, DCC 128/2025, de 27 de marzo), que el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento, puesto que la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Así, sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012), siendo toda esta doctrina aplicable al presente asunto.

8. Por último, como ya se ha manifestado anteriormente en diversas ocasiones, el riesgo de no hallar el nódulo en una primera intervención y la consiguiente necesidad de ser reintervenida constaban en la documentación del consentimiento informado firmada por la interesada, junto con otros riesgos, y, por ello, al haberse realizado la intervención de forma correcta y conforme a *lex artis* debe asumir la interesada las consecuencias dañosas derivadas de la misma.

En el reciente dictamen de este Consejo consultivo 462/2025, de 4 de noviembre se ha señalado que:

«Por ello, convendrá recordar algunos pronunciamientos y criterios de este Consejo Consultivo sobre la naturaleza y la trascendencia del consentimiento informado, como lo sostenido en el mismo Dictamen 2/2025, de 8 de enero, antes citado (y otros muchos):

«En relación con el consentimiento informado, indicaba este Consejo Consultivo en sus Dictámenes 412/2021, de 9 de septiembre, 429/2021, de 16 de septiembre, y 114/2022, de 24 de marzo, lo siguiente:

« (…) En este sentido, procede señalar que, efectivamente, integra la lex artis el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la lex artis y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la lex artis ad hoc. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica (…) ».

Esta doctrina también es aplicable a este supuesto e implica que para que los interesados asuman las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, evidentemente relativas a riesgos incluidos en la documentación del consentimiento informado, dichas actuaciones médicas deben ser conformes a la lex artis ad hoc, es decir, a sensu contrario, los interesados no asumirán las consecuencias dañosas de las actuaciones sanitarias aunque se incluyan en la documentación del consentimiento informado como posibles riesgos de las mismas, si tales actuaciones médicas se han realizado de forma contraria a la lex artis», doctrina que también es aplicable a este caso.

9. Por lo tanto, procede señalar que no ha quedado probada la concurrencia de relación causal funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por la interesada, sin que se haya observado infracción alguna de la *lex artis* en el presente caso.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.