



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 5 4 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de octubre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 334/2016 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado el 16 de septiembre de 2016 (RE 23 de septiembre de 2016) por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de la reclamante al pretender el resarcimiento de un daño moral (pérdida de oportunidades) sufrido por ella, cuyo origen se imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

Por otra parte, se cumple el requisito de la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues si bien el escrito de reclamación se presentó en la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote el 27 de agosto de 2015, ya se había presentado reclamación el 24 de agosto de 2015 ante el Departamento de Atención al Paciente del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote. Ello, respecto de un daño cuya determinación se produjo el 1 de septiembre de 2014, fecha del diagnóstico de la reclamante. Por tanto, se ha presentado la reclamación dentro del plazo del año establecido al efecto en el art. 142.5 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), ley aplicable en virtud de lo que dispone la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y el art. 4.2 RPAPRP.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

### III

Los hechos en los que la reclamante basa su pretensión, según su escrito de reclamación, son los siguientes:

«PRIMERO.- Que la reclamante sufrió error de diagnóstico, con la consiguiente pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica ante sordera súbita de oído derecho, tras acudir inicialmente al centro (...), siendo atendida en Urgencias el 28/08/14 (...) y el 29/08/14 (...).

SEGUNDO. Que la reclamante, posteriormente, nueva y desgraciadamente, sufrió error de diagnóstico, con la consiguiente pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica ante sordera súbita de oído derecho, en el Hospital Dr. Molina Orosa por el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Molina Orosa los días 30/08/14 y 31/08/14 fecha en la que fue derivada de Urgencias a consultas externas de Otorrinolaringología (OTR).

TERCERO. Que la reclamante, el 1/09/14 a las 10 a.m. es consultada en consultas externas del Hospital Dr. Molina Orosa, por especialista en OTR, siendo diagnosticada de sordera súbita de oído derecho utilizando para ello un diapasón y diagnosticado correctamente.

Posteriormente, fue derivada para su ingreso en planta si bien éste no se produce hasta las 18:33 h. sin serle administrado tratamiento desde que acudió a CCEE y ser ingresada en planta, cursando alta hospitalaria el 05/09/14.

Mientras, permaneció en boxes de Urgencias, sin suministrarle tratamiento alguno, por descoordinación organizativa interna.

El especialista en OTR que le atendió en CCEE del Hospital Dr. Molina Orosa, y posteriormente en planta y que le diagnosticó correctamente no pudo practicarle audiometría "por estar personal de vacaciones", conforme se hace constar en informe de alta hospitalaria.

CUARTO. Que la reclamante, por recomendación del especialista en OTR del Hospital Dr. Molina Orosa, acudió, a su regreso a su domicilio habitual en León, al especialista en OTR (...), prescribiéndole TAC de Peñascos (...) coincidiendo con el diagnóstico de sordera súbita de oído derecho.

(...)

OCTAVO. (...) En el caso que nos ocupa, y no siendo precedida la sordera súbita de catarro alguno, facilitando con ello el diagnóstico correcto, y ante los sucesivos diagnósticos erróneos, no se puede asegurar cómo habría sido la evolución en caso de haber realizado un diagnóstico inicial correcto, y un tratamiento más específico desde el primer día, pero lo cierto es que entre unas cosas y otras se perdieron 4 días, y una oportunidad que, al menos en teoría, podría haber proporcionado mejores resultados.

Diagnosticada correctamente de sordera súbita, el pronóstico varía en función de la forma clínica de presentación y de la celeridad y prontitud en la instauración del tratamiento precoz iniciado en las 72 primeras horas desde el inicio del proceso (...).

La actuación médica privó de expectativas de curación, que, estimamos deben ser indemnizadas».

Se señala por la interesada que a la fecha de la reclamación, dada la sordera súbita, está tramitando reconocimiento de minusvalía por el EVI (Equipo de

Valoración) de los Servicios Sociales de Castilla y León, a fin de que concrete la pérdida de audición de OD, y, posteriormente determinar la cuantía indemnizatoria, lo que hace el 22 de febrero de 2016, solicitando 12.414,94 euros, incluyendo en esta cantidad 1.900 euros de gastos por adquisición de audífono. Dicha suma se corresponde con el 50% de la cifra en la que valora el perjuicio producido al imputarle la otra mitad al centro hospitalario privado que también la atendió de sus dolencias y al que considera igualmente responsable.

## IV

En relación con el procedimiento, se ha tramitado correctamente, si bien se ha superado el plazo de resolución, que es de seis meses (art. 42.1 LRJAP-PAC). Subsiste, no obstante, la obligación de resolver, sin perjuicio de las consecuencias que puedan derivar de la falta de cumplimiento del plazo (art. 42.7 LRJAP-PAC).

Constan en el procedimiento administrativo, entre otros, los siguientes trámites:

- El 2 de septiembre de 2015, se identifica el procedimiento y se insta a la reclamante a mejorar su solicitud. A tal efecto, el 10 de septiembre de 2015 se aporta lo solicitado.

- Por Resolución de 18 de septiembre de 2015 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación.

- Por escrito de 28 de septiembre de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 14 de junio de 2016 tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 16 de diciembre de 2015, la interesada aporta documentación adicional, y el 22 de febrero de 2016 cuantifica la indemnización solicitada.

- El 29 de junio de 2016, se acuerda la apertura de trámite probatorio, declarando la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada, y, siendo tanto ésta como la de la Administración documental y estar incorporada ya al expediente, se declara concluso este trámite.

- El 29 de junio de 2016, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, presentado la interesada escrito de alegaciones el 22 de julio de 2016.

- El 29 de julio de 2016, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, y, en tal sentido, sin que conste su fecha, borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 3 de agosto de 2016. Así

pues, el 19 de septiembre de 2016 se emite Propuesta de Resolución definitiva que es remitida a este Consejo Consultivo.

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de la interesada, lo que hace con fundamento en los informes recabados y, especialmente, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que acoge los mismos.

2. La Propuesta de Resolución fundamenta la desestimación de la pretensión de la reclamante conforme a los siguientes hechos:

- El 28 de agosto de 2014, la paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Centro Médico (...), por un cuadro de oídos que empezó el día anterior. Impresión diagnóstica: hipoacusia, otalgia, conducto auditivo externo (CAE) derecho, eritematoso. Recomendación, valorar por ORL.

- El 29 de agosto de 2014, la paciente acude de nuevo al citado centro médico por un cuadro vertiginoso con náuseas y vómitos. Otalgia derecha, eritematosis en CAE y membrana timpánica derechos. Se diagnostica de otitis en tratamiento desde el día de antes y vértigo. Recomendación, valorar por ORL.

- El 29 de agosto de 2014, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, refiriendo otalgia, como queda reflejado en el formulario de triaje, pero antes de ser atendida por facultativo consta «fuga» de la paciente.

- El 30 de agosto de 2014, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del citado hospital refiriendo molestias en oídos y vértigo. Indicó que desde el jueves 27 comenzó con otalgia derecha y chasquidos en el oído izquierdo y haber sido tratado en el centro (...), sin obtener mejoría. Nota, además, ocupación del oído derecho. La exploración revela OD con tímpano abombado y deslustrado. Se diagnostica de vértigo secundario a otitis media, se indica continuar antibioterapia y se pauta medicación hasta desaparición del vértigo. Recomendación: acudir a su médico, y en caso de empeoramiento, acudir de nuevo a Urgencias.

- El 31 de agosto de 2014, la paciente acude nuevamente a Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por presentar: vértigo, náuseas, hipoacusia y acúfenos en oído derecho. Se tratan los síntomas logrando éxito terapéutico y la paciente

evolució bien quedando asintomática, por lo que se le da el alta de Urgencias, remitiéndola a la Unidad de Otorrinolaringología.

- El 1 de septiembre de 2014, la paciente es valorada por la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital Dr. José Molina Orosa, quien concluye el diagnóstico de certeza de sordera súbita, cursando ingreso en la planta de hospitalización con el tratamiento de corticoides, vasodilatadores, oxigenoterapia, sedantes vestibulares; mejorando paulatinamente el vértigo, pero persistiendo la sensación de sordera en el oído derecho. Cursa alta hospitalaria a domicilio el día 4 de septiembre de 2015.

- El 17 de septiembre de 2014, en el TAC de Peñascos realizado a la paciente el resultado fue: sin hallazgos patológicos en los ángulos ponto-cerebelosos.

- El 28 de mayo de 2015, la paciente acude al ámbito de la otorrinolaringología privada, en la ciudad de León, cuyo juicio clínico fue: sordera súbita en torno al 60% de pérdida.

3. Pues bien, dados los antecedentes expuestos, procede realizar algunas consideraciones para fundamentar la desestimación de la pretensión resarcitoria:

A. En primer lugar, la primera vez que la paciente asiste a la Sanidad pública fue el 29 de agosto de 2014, fecha en la que, sin embargo, consta que antes de ser atendida por algún facultativo abandona voluntariamente el Servicio de Urgencias. Posteriormente, acude el día 30 y el 31 de agosto de 2014.

Por tanto, no es cierto que se produjera retraso en el diagnóstico referido al día 28 de agosto de 2014, pues, a efectos de la Sanidad pública, sólo puede referirse en todo caso a las fechas en las que en tal ámbito fue atendida, siendo irrelevantes las visitas de la paciente al (...) los días 28 y 29 de agosto de 2014, pues se trata de una asistencia sanitaria privada, en el ámbito de su seguro privado (ASISA), cuyos resultados en nada conciernen a la Sanidad pública, máxime cuando no consta que se haya aportado en la asistencia prestada en el Hospital público los informes recabados en (...).

Es a partir de la fecha en la que asistió a la Sanidad pública cuando procede analizar la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la paciente.

B. Ni el día 29, en el que «se fugó», ni el día 30 refirió hipoacusia, siendo la primera vez que hace referencia a ella en el ámbito de la Sanidad pública el 31 de agosto de 2014, momento en el que es inmediatamente solicitada interconsulta con ORL, donde se produjo el diagnóstico el mismo día en el que fue atendida, esto es, el 1 de septiembre de 2014.

Y es que, como se ha informado por el SIP:

«(...) una sordera pueda ser considerada una hipoacusia brusca debe de tratarse de una hipoacusia neuro-sensorial que afecte un mínimo de tres frecuencias consecutivas de la audiometría tonal liminar -cuando se pueda realizar-, con pérdida de, al menos 30 dBs e instaurada en menos de tres días. Todo ello debe ir acompañado del cortejo sintomático de: vértigo, acúfenos e hipoacusia; aunque estos síntomas también pueden hallarse en el barotrauma y en la otubaritis catarral».

Recuerda este informe que, ciertamente, la enfermedad es un proceso evolutivo y como tal tiene distintas fases. Resultaría fácil diagnosticar con todas las fases expuestas, pero, entretanto, la toma de decisiones debe adecuarse a la sintomatología del paciente.

En el presente caso, el 30 de agosto de 2015 la paciente no refirió hipoacusia, sino vértigo, acúfenos y sensación de ocupación de oído. La exploración revela OD con tímpano abombado y deslustrado. Se diagnostica de vértigo secundario a otitis media, se indica continuar antibioterapia y se pauta la medicación correspondiente, recomendando acudir a su médico, y en caso de empeoramiento, acudir de nuevo a Urgencias.

Fue el día 31 cuando la paciente añade hipoacusia, es decir, la primera vez en que aparece el cortejo sintomático que podría apuntar a sordera súbita. Por tal razón, se remite a la paciente a ORL, donde al día siguiente es diagnosticada de sordera súbita.

De hecho, el Servicio actuó con máxima diligencia, pues, como se señala en el informe del Jefe de la Unidad de Urgencias Hospital José Molina Orosa, y se prueba documentalmente en el expediente, «la paciente es valorada en consultas externas de Otorrinolaringología el día 1/09/2014 y derivada a Urgencias para cursar ingreso a las 11:22 horas siendo solicitada interconsulta con el otorrinolaringólogo que la derivaba a las 11:30 horas para que este mismo realice el ingreso puesto que no es competencia del médico de Urgencias (...). El otorrinolaringólogo respondió la interconsulta y solicitó ingreso hospitalario casi de forma inmediata quedando registrada su respuesta a las 11:33 horas. Durante su estancia en Urgencias la paciente permaneció en espera de serle asignada la habitación para su ingreso».

Por todo ello, como se señala en el informe del SIP, «la indicación del Servicio de Urgencias fue correcta y la acción de la Unidad de Otorrinolaringología, también lo fue, al diagnosticar de certeza la patología denominada sordera súbita -

diferenciándola de otras patologías de presentación parecida como pudiera ser un barotrauma o una ototubaritis catarral-; y en consecuencia ingresar y tratar a la paciente con arreglo al protocolo establecido para sordera súbita (1-9-2014). Pese a no poder completar el diagnóstico mediante una audiometría tonal, sin embargo: la anamnesis, exploración audiológica y otoscópica fueron suficientes para establecer el diagnóstico de sordera súbita».

Con ello, asimismo, se da respuesta al planteamiento de la reclamante de que no se le pudo hacer al ingreso la aludida audiometría, pues ello no afectó en absoluto al diagnóstico ni al tratamiento.

Además, ha de añadirse que el ingreso hospitalario habla del celo en el tratamiento de la paciente, pues en el informe del SIP se señala que la necesidad de ingreso no es tal pues no existe acuerdo sobre si el tratamiento debe ser hospitalario o ambulatorio, inclinándose el SIP por el hospitalario, lo que se produjo en el presente caso, donde la paciente fue tratada vía intravenosa.

Así pues, las actuaciones médicas se dirigieron siempre a los síntomas que en cada caso manifestaba la paciente y condujeron a la máxima mejoría de su propia patología.

Concluye el citado informe aclarando, y así lo recoge la Propuesta de Resolución, que las actuaciones realizadas entre los días 30 de agosto y 1 de septiembre de 2014 fueron correctas en aplicación de los protocolos y guías establecidos, siendo, al contrario de lo señalado por la reclamante, el diagnóstico cierto y rápido, y el tratamiento el adecuado.

C. Dado todo lo expuesto, desde luego no se ha superado en absoluto ese límite de 72 horas al que, sin perjuicio de su argumentación científica, alude la reclamante. Y es que diagnóstico y tratamiento fueron de la misma fecha, el 1 de septiembre de 2014, ingresando, incluso a la paciente a pesar de que no es necesariamente indicado el ingreso hospitalario, tal como se señalará posteriormente.

La reclamante no argumenta científicamente su tesis, por el contrario, el SIP sí lo hace en los siguientes términos:

«Ningún tratamiento ha podido demostrar que su uso mejore y rinda la historia natural de la sordera súbita. Por tanto, al no existir un agente terapéutico eficaz en el tratamiento de aquella, aunque a la paciente se le hubiera tratado con más precocidad, si cabe (la paciente fue tratada a los cinco días de comenzar el cuadro -entre atención privada y pública-), ello no supondría ninguna garantía de recuperación o mejoría de la audición perdida».

Y, por ende, concluye:

«Así pues, lograr un diagnóstico y comenzar un tratamiento específico para la patología de sordera súbita, en 5 días, -sumando los días que acudió a Urgencias del Centro Médico (...)-, no debería considerarse: ni incorrecto, ni demorado; máxime cuando está establecido que la sintomatología de la sordera súbita puede aflorar al completo, entre 48 y 96 horas (de 2 a 4 días). Además, está estipulado que un diagnóstico precoz de sordera súbita es aquel que se obtiene antes de los 30 días; diagnóstico tardío entre 30 y 90 días y diagnóstico muy tardío cuando se logra pasados más de 90 días.

(Fuente: Acta Otorrinolaringológica Española, Volumen 62, N° 02, marzo-abril 2011; Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita, esquema terapéutico en página 5)».

Y, además, en todo caso, en el supuesto que nos ocupa la paciente experimentó, a tenor del informe del SIP, una ganancia auditiva del 25%, resultante de contrastar el informe de 28 de mayo de 2015, del otorrinolaringólogo de León en el que alude a una pérdida auditiva de un 85% en aquel momento, con la actual del 60%.

4. Por todo lo señalado, cabe concluir que la Administración sanitaria ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no habiéndose producido error de diagnóstico y la consiguiente pérdida de oportunidad que la reclamante alega, sin probarlo en modo alguno. Por el contrario, la Administración sanitaria dio respuesta con todos los medios diagnósticos y de tratamiento precisos en cada momento a la vista de la sintomatología de la paciente, sin que pueda predicarse responsabilidad alguna por el daño alegado, que es el propio de la patología de la reclamante, por lo que debe desestimarse la pretensión de la interesada, siendo, por ello, conforme a Derecho la Propuesta de Resolución sometida a dictamen.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación es conforme a Derecho.