



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 0 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de junio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 158/2017 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por las abogadas (...) y (...), en nombre y representación de (...), en solicitud de una indemnización de 233.173,49 euros por las lesiones personales que alegan le ha irrogado a su representado la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este 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 Autónoma, 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.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de 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.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por el 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. Conforme al art. 13.3 del citado RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por el informe, de 6 de agosto de 2014, del Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC), dependiente del SCS.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que, a la vista de la Historia Clínica del paciente y del servicio mencionado, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y las lesiones que alega.

Por parte del órgano instructor, en período probatorio, se admitió la documental incorporada por la Administración y la documental propuesta por la interesada.

Finalizada la instrucción del procedimiento se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia, lo cual se notificó a la representación del reclamante, que presentó alegaciones.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la propuesta de resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 11 de mayo de 2017 se emitió este informe que consideró la propuesta de resolución conforme a Derecho.

En definitiva, no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten un Dictamen de fondo.

II

1. En el escrito de reclamación se relata lo siguiente:

«PRIMERO.- Que, con fecha 9 de diciembre de 2011, (...), ante una otitis media serosa aguda de varios meses de evolución sin mejora, es remitido a un otorrino para valoración y tratamiento, adjunto como documento número dos informe médico del Centro de Salud de Los Gladiolos del Servicio Canario de Salud.

El día 15 de febrero de 2012 acude al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria presentando otalgia y otorrea en el oído izquierdo, realizándosele una rinoscopia y una otoscopia con el resultado que consta en el documento número tres que se adjunta al presente.

El 10 de febrero de 2012 se le practica un TC de cerebro sin contraste con la siguiente conclusión:

“ - Restos de procesos séptico en mastoide derecha.

- Afectación severa del peñasco izquierdo en su oído medio y mastoide por proceso de aspecto colesteatomatoso en evolución” .

Adjunto como documento número cuatro informe acreditativo.

El 13 de marzo de 2012 en la consulta del Doctor (...) del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria le diagnostican colesteatoma en el oído izquierdo, adjunto informe médico como documento número cinco. Como consecuencia de ese diagnóstico, con fecha 23 de marzo de 2012 se le incluye en la lista de espera quirúrgica para la realización de una radical mastoidea del oído izquierdo, adjunto solicitud de inclusión como documento número seis.

SEGUNDO.- El colesteatoma es un tipo de quiste cutáneo localizado en el oído medio y el hueso del cráneo (mastoideo). El colesteatoma es una complicación derivada de una infección crónica del oído. El funcionamiento deficiente de la trompa de Eustaquio lleva a que se presente presión negativa en el oído medio. Esto empuja a una parte del tímpano (membrana timpánica) dentro del oído medio, creando un saco o quiste que se llena con células cutáneas viejas y otros materiales de desecho. El quiste se puede agrandar y romper algunos de los huesos del oído medio u otras estructuras del oído, afectando la audición, el equilibrio y posiblemente el funcionamiento de los músculos faciales.

El único tratamiento de esta patología es la cirugía para la extirpación del quiste. Si no se extirpan, los colesteatomas continúan creciendo. La cirugía generalmente funciona, pero ocasionalmente puede ser necesaria una limpieza del oído por parte del médico. Igualmente se puede necesitar una cirugía adicional si el colesteatoma reaparece.

TERCERO.- Pues bien pese a la gravedad de la enfermedad sufrida por mi representado, y de la necesidad de una inmediata intervención quirúrgica para evitar las secuelas que finalmente tuvo de pérdida total de la audición, (...) estuvo un año esperando para ser intervenido sin ningún tipo de tratamiento, lo que dio lugar a que el quiste creciera rompiendo los huesos del oído medio e interno provocando a su vez una pérdida total de la audición del oído izquierdo, siendo operado el día 6 de marzo de 2013.

Adjunto como documento número siete informe de la incapacidad auditiva de (...) tras la operación del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria donde se indica que en el oído izquierdo tiene una incapacidad auditiva de un 85%, pérdida de la capacidad auditiva total, por los dos oídos, de un 14%, y una discapacidad de un 9%.

CUARTO.- Es de indicar que mi representado el día 4 de febrero de 2013, tras un año de espera para ser intervenido, sin ninguna medicación para paliar la infección, y observando que el colesteatoma crecía pues aumentaba la supuración del oído y el dolor, interpuso una reclamación ante el Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria, que llevó a que lo operaran el día 6 de marzo de 2013.

Adjunto como documento número ocho copia de la reclamación interpuesta y, como documento número nueve copia del informe de alta médica tras la intervención quirúrgica.

El 18 de abril de 2013 la Subdirección Médica del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria contesta a la reclamación presentada por mi mandante alegando como causa del retraso la falta de instrumental médico, adjunto copia de la misma como documento número diez».

2. Sobre la base de este relato de hechos se establece la relación de causa a efecto entre el funcionamiento anormal del servicio público sanitario y las lesiones consistentes en las incapacidades auditivas descritas:

«A la vista de la documentación aportada con el presente escrito, es evidente la relación de causalidad entre el funcionamiento anormal del Servicio Canario de Salud y las secuelas que padece mi representado. La colestomatosis diagnosticada a (...) requería de una intervención quirúrgica inmediata para evitar las secuelas que finalmente padeció, sin embargo el Hospital Universitario de Nuestra Sra. de Candelaria tardó un año en realizar la intervención por causas que son totalmente imputables a la misma, pues es el Servicio Canario de Salud quien debe tener los medios o instrumentos necesarios para realizar las intervenciones quirúrgicas que demandan los ciudadanos y en el momento que lo necesiten».

3. El documento número dos consiste en la solicitud de interconsulta a un Centro de Atención Especializada del SCS formulada el 9 de diciembre de 2011 por un médico del Centro de Salud de Los Gladiolos para que el reclamante sea atendido por un otorrinolaringólogo. Como motivo de la interconsulta en él se expresa:

«Paciente de 28 años, ap sin interés. Acude por molestias en el oído de meses de evolución (6 meses), refiere antecedentes de molestias, otitis y tapón de cerumen frecuentes. Perforación marginal y secreción timpánica de meses de evolución. Ruego valoración y tratamiento si procede».

4. El documento número cuatro es un informe radiológico de la tomografía axial computarizada que le practicaron al paciente el 10 de febrero de 2012. Su tenor literal es este:

«TC cerebro sin contraste del 10-02-2012:

Resumen de historia clínica: Paciente varón nacido 21/02/1983 con otorrea crónica izquierda. (Sic). Examen simple de peñascos con reconstrucciones multiplanares.

Comentarios:

- Ocupación parcial por tejido de parte blandas de la mastoides derecha.
- Ocupación por tejidos blandos del oído medio, receso supra timpánico, aditus ad antrum y mastoides izquierda.
- Erosión parcial del ático así como de la cadena osicular en peñasco izquierdo.

- Indemnidad del canal óseo en la segunda porción del facial en ambos lados.
- Resto de estructuras del oído interno con el CAI, utrículo y sáculo así como canales semicirculares, sin anomalías de interés.

Conclusión:

- Restos de procesos séptico en mastoide derecha.
- Afectación severa del peñasco izquierdo en su oído medio y mastoide por proceso de aspecto colesteatomatoso en evolución».

5. El documento número cinco estriba en la remisión del paciente con el diagnóstico de colesteatoma en el oído izquierdo por el otorrinolaringólogo del Centro de Atención Especializada al Servicio de Otorrinolaringología del HUNSC para que los facultativos de este servicio valoren si es necesaria una tímpanoplastia.

6. El documento número seis aportado es la solicitud, de 23 de marzo de 2012, para la inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica, con el diagnóstico provisional de colesteatoma en el oído izquierdo para la cirugía radical mastoidea.

7. El documento número siete es un informe, de 31 de julio de 2013, del otorrinolaringólogo del HUNSC doctor (...) que expresa que el paciente no padece de incapacidad auditiva en el oído derecho, que el oído izquierdo presenta una incapacidad auditiva del 85%, que la pérdida auditiva binaural (es decir, de la capacidad de percibir el sonido por ambos oídos) es del 14% y que presenta una discapacidad del 9%.

8. El documento número ocho lo representa la reclamación, de 4 de febrero de 2013, por el retraso en ser intervenido que formula el interesado ante el HUNSC.

9. El documento número nueve es el informe, de 8 de marzo de 2013, del alta médica en el Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del HUNSC. En el apartado «Historia actual» se reseña:

«Paciente en seguimiento por Consultas Externas de ORL por presentar supuración crónica por OI. A la exploración se observa aticitis crónica.

TAC peñascos: Afectación severa del peñasco izquierdo en su oído medio y mastoides por proceso de aspecto colesteatomatoso en evolución.

Por dicho motivo, tras estudio preoperatorio que no contraindica intervención se realiza mastoidectomía radical OI durante la que se aprecia lesión colesteatomatosa y tejido de granulación crónico que llenan por completo el oído medio, additus ad antrum, el antro y la mastoides. Restos osteíticos de los huesecillos, que están englobados en la lesión, así como el

facial deshiscente, cerca de la eminencia piramidal. Meninges deshiscentes. Se realiza radical mastoidea y se deja amplia neatotomía».

Como juicio diagnóstico se consigna «Colesteatoma OI» y como tratamiento efectuado «Mastoidectomía radical de OI».

10. El documento número diez contiene la respuesta del Jefe del Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del HUNSC a la reclamación del paciente por el retraso en operarlo. Su tenor es el siguiente:

«Atendiendo a la solicitud del paciente, y aun teniendo problemas de falta de instrumental para su intervención durante un periodo de tiempo, intentamos solventar y solucionar éste problema por nuestra parte y le programamos la intervención para el 6 de marzo quedando solucionado su demanda, encontrándose actualmente en revisiones en nuestro Servicio».

11. En el folio 77 del expediente y dentro de la Historia Clínica del paciente figura el documento de consentimiento informado a la cirugía radical mastoidea. Este documento lo suscribió el paciente el mismo día en que formuló su solicitud para que lo incluyeran en la lista de espera quirúrgica de esa operación, o sea, el 23 de marzo de 2012.

En ese documento se le explica:

«Padece Vd. una inflamación crónica del oído, con infección, pólipos y alteraciones epiteliales, que han afectado a la caja del tímpano, a la membrana timpánica y al hueso temporal, y que de seguir evolucionando podría desencadenar problemas endocraneales. El funcionamiento del oído ha quedado alterado, manifestándose generalmente por dolor, pérdida de la audición, pitidos, zumbidos y supuración. Esta enfermedad puede ser curada mediante una intervención quirúrgica, que se realiza bajo anestesia general, lo que implica ciertos riesgos, que hemos tratado de reducir al mínimo mediante los estudios preoperatorios realizados previamente.

La operación consiste en extirpar las lesiones existentes dejando una amplia cavidad radical, para curar la infección ósea. El nervio facial (que inerva la musculatura de la cara) pasa por el interior del oído. Naturalmente, la intervención se planifica para conservar la integridad del mismo, pero aunque es excepcional, dada la proximidad de las lesiones que incluso pueden implantarse sobre el propio nervio, éste puede lesionarse y presentarse una parálisis facial. En el caso de que esto suceda, se tomarán todas las medidas posibles para intentar resolverla. Y aunque trataremos de conservar la audición en lo posible, esto no siempre puede lograrse, pues dependerá de las lesiones existentes previamente, y de la afectación que encontremos tanto en el hueso temporal como en la cadena de huesecillos».

12. En el folio 90 del expediente y formando parte de la Historia Clínica del paciente obra la Hoja Quirúrgica de la operación radical mastoidea que le practicaron al paciente el 6 de marzo de 2013. En el apartado «Hallazgos» se describe:

«Lesión colesteatomatosa y tejido de granulación crónico que llenan por completo el oído medio, additus ad antrum, el antro y la mastoides. Restos osteíticos de los huesecillos, que están englobados en la lesión, así como el facial deshiscente, cerca de la eminencia piramidal. Meninges deshiscentes».

III

1. El informe que exige el art. 10 RPRP lo constituye aquí el informe, de 6 de agosto de 2014, del Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del HUNSC, que dice así:

«Paciente que historiamos en consultas externas ORL del HUNSC el día 23-3-2012 remitido por su ORL de zona, con hipoacusia OI progresiva, de años de evolución, con otorrea OI según paciente desde hacía meses, tomando antibioterapia oral y localmente gotas en OI. No refiere otra sintomatología.

Adjunta TAC, con fecha de 10-02-2012 con el siguiente informe:

- Ocupación por tejido blando del oído medio, receso supratimpánico, aditus ad antrum y mastoides izquierda.

- Erosión parcial del ático así como de la cadena osicular en peñasco izquierdo.

- Indemnidad del canal óseo en la segunda porción del facial en ambos lados.

- Resto de estructuras del oído sin anomalías de interés.

Conclusión: Afectación severa del peñasco izquierdo en su oído medio y mastoides por proceso de aspecto colesteatomatoso en evolución.

Ante el diagnóstico, realizamos indicación quirúrgica de RADICAL MASTOIDEA del OI, único tratamiento para curar la enfermedad en el estado evolutivo que presenta el paciente cuando es valorado por nosotros. Con esta cirugía se busca la curación del proceso, no la recuperación de la audición».

2. El informe, de 27 de julio de 2016, del Servicio de Inspección y Prestaciones está suscrito por un facultativo especialista en Otorrinolaringología que, sobre la base de la documentación médica incorporada al expediente, explica clara y minuciosamente la patología que presentaba el paciente, el estado evolutivo en que se hallaba y las lesiones que le había originado al día 23 de marzo de 2012, fecha en la que es examinado por los facultativos del Servicio de Otorrinolaringología y

Patología Cérvico-Facial del HUNSC e incluido en la lista de espera quirúrgica y la influencia que ha tenido en la producción de la lesión por la que se reclama, la pérdida total de la audición en el oído izquierdo, el hecho de que la intervención quirúrgica se haya practicado el 6 de marzo de 2013. Como se trata de explicaciones médicas, es imposible para los legos en Medicina sintetizarlas; porque, por ignorancia, pueden omitir en su resumen aspectos esenciales de la explicación, por lo que no nos queda más remedio que transcribirlas íntegramente. Dicen así:

«ANTECEDENTES DE HECHO

1.- El día 9 de diciembre de 2011, el paciente hoy reclamante acude al Centro de Salud Los Gladiolos de Sta. Cruz de Tenerife, por presentar otitis media de 6 meses de evolución. Es remitido, el día 15 de diciembre de 2011, al CAE "J.A. Rumeu", consulta de Otorrinolaringología, siendo atendido el día 4-1-2012. Se le administra tratamiento oral y tópico y se solicitan pruebas complementarias (Pruebas Audiológicas, como la Audiometría Tonal, pruebas de Imagen, como la Tomografía craneal -TC de cráneo sin contraste-).

2.- El día 10-2-2012, el TC de cráneo sin contraste informa: que existía afectación severa del peñasco izquierdo del oído medio y de la mastoides, por proceso séptico de aspecto colesteatomatoso en evolución, afectando oído medio (oído izquierdo) por tejido blando, la cadena osicular, parcialmente el ático, el additus ad antrum, el antro y la mastoides.

3.- El día 13-3-2012, desde el CAE "J.A. Rumeu" se remite al paciente al Servicio de ORL, del HUNSDC.

4.- El 23-3-2012, el paciente es valorado en el Servicio de ORL del HUNSDC, por presentar hipoacusia progresiva en oído izquierdo, de años de evolución, otorrea, según paciente, desde hacía 6 meses. Se indica cirugía mediante técnica de Radical Mastoidea en el Oído Izquierdo, como único tratamiento para curar la enfermedad, en el estado evolutivo que presentaba. Se hallaban afectados: el oído medio y la cadena osicular. Al tiempo se señala, que con la intervención quirúrgica se busca la curación del proceso patológico pero no la conservación de la audición. (Fuente: Informe Clínico de Consultas Externas del Servicio de Otorrinolaringología del HUNSDC, de fecha 6-8-2014).

5.- El día 23-3-2012, el paciente ingresa en lista de espera quirúrgica con prioridad clínica media (existe prioridad clínica baja, media y alta).

6.- El Servicio de ORL del HUNSDC citó al paciente en consultas externas, el día 12-4-2012, pero el señor reclamante declinó su asistencia. (Fuente: Listado de citas pasadas).

7.- El día 28-9-2012, el paciente es citado y acude al Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUNSDC.

8.- El 4-2-2013, el paciente interpone escrito de reclamación, mediante "Impreso oficial de Reclamación en el Ámbito Sanitario".

9.- El día 6-3-2013, el paciente es operado de su oído izquierdo, por el Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial del HUNSDC.

10.- El día 28-4-2014, el paciente hoy reclamante, emite Escrito de Reclamación Patrimonial.

CONSIDERACIONES DEL SERVICIO DE INSPECCIÓN MÉDICA Y PRESTACIONES

1.- El Colesteatoma es una acumulación de tejido escamoso-epitelial con abundante queratina, cristales de colesterol y células inflamatorias crónicas, que le dan un aspecto de masa con consistencia blanda y de color blanquecino-grisáceo. El Colesteatoma va invadiendo el interior del oído, hasta llegar a provocar problemas de audición y, en los casos más graves, provoca complicaciones intra y extracraneales preoperatorias y también posibles efectos adversos post-quirúrgicos. Pese a su crecimiento lento, el Colesteatoma resulta agresivo, dada su capacidad osteolítica (Destrucción del hueso circundante y de las estructuras del oído medio y en ocasiones las del oído interno).

Aclarar que, el oído consta de las siguientes partes: Oído Externo, oído Medio y oído Interno.

2.- Una clasificación sucinta del Colesteatoma sería: Colesteatoma congénito, Colesteatoma primario y Colesteatoma secundario.

3.- El Colesteatoma adquirido secundario puede definirse como: Tumor B./ quiste sólido tipo queratoma, originado por el intento fallido de reconstrucción de una lesión ótica previa, -otitis media crónica con perforación de la membrana timpánica-. En dicho intento reconstructivo, se alternarían periodos de infección con procesos inflamatorios crónicos, y se generaría tejido de granulación.

Esto sucede, en un intento de reepitelizar/cicatrizarse la zona dañada, que sin embargo resulta anormal (reparación tisular anómala). La herida/lesión/perforación no se resuelve y permanece en un bucle continuo proliferativo crónico-inflamatorio, hasta crear un tejido aberrante de índole metaplásico estratificado escamoso-córneo, con queratinización (inicio del Colesteatoma).

Por demás, las sucesivas infecciones provocan una estimulación continua del sistema inmune y, por tanto, alta concentración de antígenos. Todo ello junto con la continua elaboración de los productos mediadores de la inflamación y la activación de osteoclastos, que acaban por conferir al Colesteatoma, a medida que va creciendo, funesta capacidad de reabsorción de tejido conectivo y de destrucción del hueso circundante. De modo que cabría definir al Colesteatoma adquirido, como la entidad resultante de una herida no convencionalmente cicatrizada.

4.- El Colesteatoma que nos trae cuenta, en el caso analizado, es el Colesteatoma secundario, que es el más frecuente y que se produce en el contexto de una otitis media aguda y posterior secuela de perforación timpánica que no termina de cerrarse - derivando en una otitis media crónica-, y que en principio no es colesteatomatosa. Las sucesivas infecciones, la aparición ocasional de pólipos y las otorreas, son indicadores de sospecha de un Colesteatoma, cuyo diagnóstico se logra habitualmente por la clínica y la otoscopia. Sin embargo, puede confirmarse por pruebas radiológicas. Las complicaciones, de existir, - especialmente las lesiones intracraneales- son detectadas por la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). En cambio, la Tomografía Axial Computerizada (TAC) descubre las lesiones siguientes: Destrucción ósea, destrucción/erosión de la cadena osicular/huesecillos (hueso Martillo, hueso Yunque y hueso Estribo), fistula laberíntica y erosión del canal por el que transcurre el nervio Facial.

La afectación de la parte tensa de la membrana timpánica, por perforación y presencia de Colesteatoma en oído medio, erosionará la cadena osicular/huesecillos, en un 90% de los casos. Esto es lo que sobrevino -en el caso que analizamos-, a tenor del resultado del TC de fecha: 10-12-2012, en el que se menciona "Erosión parcial del ático, así como de la cadena osicular en peñasco izquierdo". La destrucción de la cadena de huesecillos/osicular, ocasionará al enfermo una importante hipoacusia o sordera de transmisión/conductiva, toda vez que el sonido no podrá transmitirse del modo adecuado, a través de los huesecillos destruidos -principalmente Martillo y Yunque- del oído medio.

5.- La técnica Audiológica por la que se realiza una Audiometría Tonal, logra definir, esencialmente, el grado de sordera/hipoacusia que padece el enfermo. En el caso de un Colesteatoma, suele valorarse la vía aérea o de transmisión/conductiva mediante auriculares colocados en los oídos del paciente y la vía ósea o sensorial, mediante un vibrador situado detrás de las orejas, en la mastoides. El paciente estará sentado dentro de una cabina sonoro-amortiguada. Es preceptivo testar siempre ambos oídos.

En la Audiometría Tonal de fecha: 23-12-2012 -por tanto, anterior a la intervención quirúrgica de fecha 6-3-2013-, se puede observar un oído derecho dentro del límite de normalidad. Ese límite se sitúa -en la gráfica-, en el valor/umbral 30 dB. Todas las frecuencias testadas, estarían por encima de ese límite, salvo la frecuencia 6 kHz que estaría situada en 35 dB. (Cinco dB por debajo de la línea de normalidad, pero aún así no se la consideraría patológica).

6.- La voz humana -sin elevarla y en un diálogo normal entre dos personas- se emite con un volumen de unos: 60 decibelios.

Constatamos que para comenzar a oír por el oído izquierdo - para iniciar la captación de sonido-, el paciente precisaba, que el sonido recibido tuviese una potencia o volumen, del

orden de 51,25 decibelios. Es evidente, por ello, que el paciente antes de operarse, oiría muy bajo, por ese oído, ya que no oiría ningún sonido por debajo de esos 51 decibelios.

El esfuerzo que debía desarrollar el paciente para oír una conversación de 60 dB, sería equivalente al esfuerzo que tendría que realizar una persona de audición normal, para oír un sonido de 8,75 decibelios de intensidad (cifra resultante de restar 60 - 51,25), que es la intensidad/volumen de sonido que emite un susurro; lo que indiscutiblemente es un sonido de muy baja intensidad o volumen.

Por tanto, el paciente debería mostrar mucho denuedo y resolución para poder captar una conversación habitual y normal de: 60 decibelios, ya que la percibiría -en su oído izquierdo- con tan sólo un volumen de 8 ó 10 dB, semejante a un murmullo ininteligible o rumor lejano. No obstante, giraría la cabeza para tratar de percibir y discriminar por el oído derecho sano.

7.- El tratamiento del Colesteatoma es la cirugía denominada: Timpanoplastia con Mastoidectomía. Existen diferentes tipos de Timpanoplastia con Mastoidectomía, y reciben distintos nombres: Aticotomía, cirugía radical, cirugía radical modificada, Mastoidectomía (abierta, cerrada, cortical, modificada, de muro alto, de muro bajo) Vaciamiento/cirugía radical o Radical Mastoidea, que resultan de la combinación de diversos tipos de Timpanoplastia con Mastoidectomía, (Timpanoplastia a la demanda). Éstas serán seleccionadas por el Otorinolaringólogo, en base a las características, localización y extensión del Colesteatoma.

Clarificar que la técnica quirúrgica que se realiza -en el caso que nos ocupa, se realizó con finalidad curativa de la patología, sin conservación de la (muy mermada) audición-, consiste en la exposición al exterior de todas las cavidades neumatizadas del oído medio. Con esta técnica se intentará evitar: complicaciones infecciosas endocraneanas, daño al oído interno y un bajo índice de recurrencias/recidivas (reproducción) del Colesteatoma.

8.- La Timpanoplastia con Mastoidectomía tiene como objetivo, la limpieza de las cavidades del oído que hayan podido ser comprometidas por el Colesteatoma, tratando de rescatar, en lo posible, los restos de la cadena de huesecillos/osicular y la membrana timpánica, si es que éstos no han sido englobados y destruidos por aquél.

En otros casos, es necesario demoler el hueso (región mastoidea del hueso temporal del cráneo) que rodea al oído medio, dejando una amplia cavidad (neocavidad), a la que se accede a través del orificio auricular-neomeato (conducto auditivo externo, ampliado).

En el caso que analizamos, en el oído izquierdo del paciente se practicó la técnica quirúrgica de: Radical Mastoidea/Timpanoplastia con Mastoidectomía, que se abordó vía retroauricular transmastoidea, demoliendo "el muro" (pared posterior del conducto auditivo externo), y teniendo buen cuidado de no alcanzar el nervio Facial, que se encontraba hallado dehiscente. Concluyendo la intervención con la creación de una cavidad mastoidea radical

(neocavidad), que se cubre interponiendo fascia del temporal. Asimismo se crea un neomeato (conducto auditivo externo ampliado) con la técnica de: Meatoplastia, para ventilación suficiente de la cavidad mastoidea radical.

Indicar que el Colesteatoma del paciente ocupaba por completo el oído medio, el additus ad antrum, el antro y la mastoides. Únicamente quedaban restos osteolíticos de los huesecillos de la cadena osicular, englobados en el Colesteatoma. Asimismo se halló, como decimos, el nervio Facial dehiscente (Tendencia a la apertura espontánea del canal erosionado por el que transcurre el nervio), y también se hallaron dehiscencias en las meninges (Tendentes a la apertura espontánea).

9.- Esclarecer que, incluso cuando la técnica quirúrgica fuese impecable, el Colesteatoma podría reproducirse (recurrencia/recidiva) en un 30% de los casos; lo que obligaría a revisiones repetidas del oído tratado.

10.- Para realizar esta cirugía, habitualmente, se usa una incisión en la piel detrás de la oreja y un fresado con remoción del hueso que rodea al oído medio -región/porción mastoidea, que es la más declive y posterior del hueso Temporal del Cráneo-, junto con la demolición del "muro" (pared posterior del conducto auditivo externo). Todo ello permitirá la extracción total del Colesteatoma, y una ampliación del conducto auditivo externo que, como dijimos, posibilite el aseo/limpieza y aireación de la cavidad radical mastoidea (neocavidad), tanto en el post-operatorio precoz como en el futuro mediato.

CONCLUSIONES

1.- Consideramos, que el daño/efecto adverso sufrido por el señor reclamante (hipoacusia/ pérdida de audición en su oído izquierdo), no debe revestir carácter anti-jurídico, al actuar los servicios asistenciales públicos, en todo momento, conforme a la lex artis y al suscribir el paciente -se entiende, que consiente voluntariamente- el documento de Consentimiento Informado (DCI) -por razón de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y de Documentación Clínica-, en el que se informa al paciente: la lesión que padece, los riesgos de la cirugía Radical Mastoides y el pronóstico. Además en el DCI se indica que: "aunque se trataría de conservar la audición en lo posible, esto no siempre puede lograrse".

Así sucedió, toda vez que la audición ya estaba muy deteriorada, según la valoración Audiológica realizada mediante Audiometría Tonal prequirúrgica (se calcula una pérdida de audición del 65%) y según la prueba Radiológica de imagen -TC de cráneo sin contraste, de fecha 10-2-2012- en la que se indicaba que el Colesteatoma ocupaba el oído medio del oído izquierdo con tejido blando: la cadena osicular/huesecillos, el ático parcialmente, el additus ad antrum, el antro y la mastoides.

Así pues, ya existía una pérdida auditiva en el paciente, antes de que éste fuese intervenido. La pérdida auditiva, como dijimos, fue constatada por la Audiometría Tonal (ATL) prequirúrgica de fecha: 23-12-2012, pero no alcanzaría el nivel de pérdida que se obtuvo tras la cirugía, puesto que, obviamente, aún no se había extirpado la cadena osicular que estaba englobada en el Colesteatoma y, probablemente, se produciría el denominado "Efecto Columela" (se describirá más adelante, en el punto 5). Con lo cual, de producirse este efecto, la audición prequirúrgica mejoraría, en apariencia.

2.- Como consecuencia de la técnica quirúrgica para la extirpación del Colesteatoma, se generará una neocavidad quirúrgica, producto de la necesaria remoción/demolición de parte de la región/porción mastoidea del hueso temporal craneal del oído en cuestión, mediante instrumental quirúrgico de fresado, que logrará rebajar el hueso, hasta alcanzar las cedillas neumáticas de la mastoides, donde suele estar y desde donde parte el Colesteatoma. Éste, debe extirparse en su integridad, ya que resulta imprescindible, que no queden restos del mismo, pues cabría la posibilidad (hasta un 30%) de recurrencia/recidiva.

De modo que se extirpa completamente, junto con los tejidos que engloba -en este caso, tejidos blandos y cadena de huesecillos/osicular-, creándose la mencionada neocavidad post-cirugía radical mastoidea y una cicatriz retroauricular. Al crearse un neomeato externo -más amplio que un conducto auditivo externo, al uso-, podría concebirse -por un observante o por el propio paciente-, como algo antiestético. Siendo éste efecto antiestético, inevitable, al ser una consecuencia de la correcta cirugía y no una secuela.

3.- Colegimos por todo ello, que el Colesteatoma estaba muy evolucionado y extendido. Entendemos que el Jefe de Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial del HUNSC, confirma este punto cuando relata en su Informe: (...) único tratamiento para curar la enfermedad en el estado evolutivo que presenta el paciente cuando es valorado por nosotros (...) En el mismo Informe se indica que el paciente es historiado por primera vez en el HUNSC, el 23-3-2012 y por lo descrito, el Colesteatoma ya tenía un estado muy evolucionado. Como dijimos en el punto 8 de las Consideraciones, el Colesteatoma ocupaba todo el oído medio.

4.- Asimismo, por el Informe del Jefe de Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial del HUNSC de fecha: 6-8-2014 y por el propio Consentimiento Informado, se deduce que: la intervención quirúrgica aludida, tenía una intencionalidad fundamentalmente curativa de la patología colesteatomatosa, tratando de evitar lesiones más graves como: parálisis facial, laberintitis o complicaciones intracraneales. Recordar al respecto, que el nervio Facial estaba dehisciente.

No era su objetivo capital conservar la audición, que de hecho en no pocas ocasiones se pierde. Esta circunstancia, como decimos, se expresa en el referido Consentimiento Informado para Cirugía Radical Mastoidea, suscrito por el paciente hoy reclamante, en fecha: 23-3-2012, y que fue la técnica quirúrgica empleada.

5.- El Colesteatoma, histológicamente compuesto de tejido blando, destruye la cadena osicular y a veces el sonido no se transmite por ésta -ya erosionada/destruida- como sería lo lógico, sino a través del propio tejido blando del Colesteatoma que funciona como si se tratara de un osículo/huesecillo más. Es lo que se conoce como "Efecto Columela".

De modo que, y por este efecto, la audición se mantiene en apariencia -aunque muy mermada-; pero al resecar y limpiar -mediante la cirugía radical mastoidea-, las lesiones erosivas ocasionadas por el Colesteatoma, y al no existir cadena osicular/huesecillos -ya deteriorada- que pueda transmitir el sonido, la audición, ciertamente, puede disminuir drásticamente.

6.- Ello explicaría que en la Audiometría Tonal prequirúrgica de: 23-3-2012, la pérdida auditiva computada fuese del 65% y muy posiblemente, de no existir el Efecto Columela, el porcentaje de pérdida de audición sería mayor y muy cercano al 85% de déficit auditivo hallado y calculado, en la Audiometría Tonal postquirúrgica de fecha: 31-7-2013.

7.- Tanto la indicación de la técnica como el abordaje quirúrgico para la cirugía Radical Mastoidea / Mastoidectomía / Vaciamiento radical del oído izquierdo, ejecutados por los servicios asistenciales intervinientes, fueron correctos y ajustados a la *lex artis*.

8.- Por lo demostrado en el punto 4, segundo párrafo y punto 6, de las Consideraciones y en los puntos 1, párrafo 2 y puntos 3, 5 y 6, de las presentes Conclusiones, estimamos lo siguiente: Si al paciente se le hubiese operado, luego del resultado del TC de cráneo sin contraste de fecha 10-2-12 y del resultado de la primera Audiometría Tonal prequirúrgica, de fecha 23-3-12 -es decir cuando se concluyó un diagnóstico de certeza-, en lugar de operarse el día 6-3-2013, el pronóstico, por lo que respecta a la pérdida de audición, no hubiera variado sustancialmente, toda vez que el deterioro de la misma era ya muy acusado, al interesar el Colesteatoma la cadena osicular, siendo, ésta, artífice primordial de la transmisión de la audición por vía aérea.

9.- Consideraríamos que, no por reiterado deja de ser cierto que "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria, es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente".

10.- Evidenciamos que, la medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento sanitario sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud, se refiere.

11.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual para el Colesteatoma, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

12.- El Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, luego de examinada la reclamación y a la luz de los hechos devengados, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria, no hallando anormalidad alguna en el transcurso del proceso asistencial consistente en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del Colesteatoma, llegando a la conclusión razonada, de que no cabe considerar la actuación de aquéllos como la causa del daño reclamado, teniendo a bien establecer la inexistente responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria».

3. En su escrito de alegaciones, presentado en el trámite final de vista del expediente y audiencia, las abogadas representantes del interesado afirman que:

«El colesteatoma es un tipo de quiste cutáneo localizado en el oído medio y el hueso del cráneo (mastoideo). El colesteatoma es una complicación derivada de una infección crónica del oído. El funcionamiento deficiente de la trompa de Eustaquio lleva a que se presente presión negativa en el oído medio. Esto empuja a una parte del tímpano (membrana timpánica) dentro del oído medio, creando un saco o quiste que se llena con células cutáneas viejas y otros materiales de desecho. El quiste se puede agrandar y romper algunos de los huesos del oído medio u otras estructuras del oído, afectando la audición, el equilibrio y posiblemente el funcionamiento de los músculos faciales.

El único tratamiento de esta patología es la cirugía para la extirpación del quiste. Si no se extirpan, los colesteatomas continúan creciendo. La cirugía generalmente funciona, pero ocasionalmente puede ser necesaria una limpieza del oído por parte del médico. Igualmente se puede necesitar una cirugía adicional si el colesteatoma reaparece.

A la vista de la documentación aportada con el presente escrito, es evidente la relación de causalidad entre el funcionamiento anormal del Servicio Canario de Salud y las secuelas que padece mi representado. La colesteatomía diagnosticada a (...) requería de una intervención quirúrgica inmediata para evitar las secuelas que finalmente padeció, sin embargo el Hospital Universitario de Nuestra Sra. De Candelaria tardó un año en realizar la intervención por causas que son totalmente imputables a la misma, pues es el Servicio Canario de Salud quien debe tener los medios o instrumentos necesarios para realizar las intervenciones quirúrgicas que demandan los ciudadanos y en el momento que lo necesiten».

En coherencia con esta afirmación de la existencia de nexo causal entre la pérdida de audición del oído izquierdo y la demora en la operación, reiteran la pretensión resarcitoria.

IV

1. La pretensión se basa en que el retraso en practicar la operación causó la pérdida de audición del oído izquierdo. Para el examen de esta cuestión se ha de partir del hecho de que los recursos del servicio público de salud son limitados. Está fuera de sus posibilidades atender instantáneamente toda demanda de asistencia sanitaria. Se deben establecer criterios para atender ordenadamente a todos los pacientes. Esos criterios son de naturaleza médica. Deben ser atendidos inmediatamente aquellos cuya vida o su salud quedaría gravemente comprometida de no recibir asistencia médica. Los demás deben ser atendidos con la presteza que requiera su estado. Esa presteza se determina por criterios médicos, tales como si la evolución de la patología origina riesgo de muerte o de lesiones irreversibles o invalidantes y la asistencia oportuna evita la progresión de la enfermedad o sus secuelas. Si conforme a ellos un paciente no recibe asistencia oportunamente y ello determina que sufra una lesión, entonces se estaría ante una infracción de la *lex artis ad hoc*; porque una asistencia médica que por tardía es infructuosa merece la calificación de deficiente y los daños que haya producido ese retraso son imputables al funcionamiento anormal del servicio público de salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, LCCSNS, dispone en su art. 4 que son derechos de los ciudadanos la asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo en los términos recogidos en el art. 25 de la misma, cuyo primer apartado establece: «En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante Real Decreto. Las Comunidades Autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco».

En ejecución de este mandato se aprobó el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que estableció los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Su art. 2 excluye de su ámbito de aplicación la atención sanitaria de urgencia.

En su Anexo III establece en 180 días el tiempo máximo de acceso garantizado a los usuarios del Sistema Nacional de Salud para las intervenciones quirúrgicas de cirugía cardiaca valvular y coronaria, de cataratas y de prótesis de cadera y de rodilla.

Su art. 4.1 explica que esos plazos se han establecido aplicando los siguientes criterios:

a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.

b) Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.

c) Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

El art. 4.2 dice:

«Los servicios de salud de las comunidades autónomas concretarán en su ámbito territorial las garantías previstas en este real decreto, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario».

El desarrollo autonómico del Real Decreto 1039/2011 está contenido en el Decreto 116/2006, de 1 de agosto, por el que se regula el sistema de organización, gestión e información de las listas de espera en el ámbito sanitario. Su art. 8 .2 distingue entre «tiempo máximo de permanencia en lista de espera», el cual se define como el plazo máximo de respuesta fijado por la norma reglamentaria correspondiente para la realización de la intervención quirúrgica, y «tiempo máximo de programación», que es el plazo máximo asignado al centro o servicio de origen del paciente para fijar la fecha de cita para su intervención en dicho centro o servicio hospitalario. Según su art. 9, el primero se computa a partir del día siguiente al de la prescripción por el facultativo de la prueba médica o intervención quirúrgica. Estos tiempos máximos de permanencia en las listas de espera quirúrgica y de consulta especializada y de pruebas diagnósticas/terapéuticas se fijarán por Orden Departamental (art. 9.3). La Disposición Final Primera del Decreto 116/2006 mantiene la vigencia de la Orden de 15 de mayo de 2003, que estableció los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud y cuyo Anexo I fue modificado por la Orden de 26 de diciembre de 2006.

El facultativo especialista en Otorrinolaringología que en funciones de médico-inspector redacta el informe, de 27 de julio de 2016, del Servicio de Inspección y Prestaciones, en el apartado 7 de sus Consideraciones nos explica que el tratamiento del colesteatoma, la patología que sufría el reclamante, es la cirugía denominada tímpanoplastia con mastoidectomía.

El apartado 34 del Anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, según la redacción que le dio la Orden de 26 de diciembre de 2006, establece que el tiempo máximo garantizado para la práctica de tímpanoplastias es de ciento cincuenta días. Está acreditado que el 23 de marzo de 2012 se incluyó al paciente en la lista de espera quirúrgica; en consecuencia, según el art. 9 del Decreto 116/2006, el 21 de agosto de 2012 expiró el plazo máximo de permanencia en la listas de espera quirúrgica. La tímpanoplastia se le practicó el 6 de marzo de 2013. Por tanto, la operación se le practicó con retraso respecto al plazo reglamentario.

2. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Por consiguiente, no basta que el servicio público haya funcionado anormalmente, sino que es imprescindible que ese funcionamiento irregular haya causado la lesión por la que se reclama. Esto implica en el presente supuesto que no basta que la operación se haya realizado allende el plazo reglamentario establecido para su práctica, sino que es necesario que esa demora haya causado la pérdida de audición del oído izquierdo.

Para determinar este extremo de hecho aquí se cuenta con tres pruebas médicas objetivas que son la tomografía axial computarizada que le practicaron al paciente el 10 de febrero de 2012, la primera audiometría tonal prequirúrgica de 23 de marzo de 2012 y la segunda audiometría tonal postquirúrgica de 31 de julio de 2013.

En el informe se nos ha explicado que el paciente padecía de un colesteatoma secundario o adquirido que destruye el hueso circundante y las estructuras del oído medio y en ocasiones las del oído interno.

El informe de la tomografía axial computarizada establece que el colesteatoma ocupaba el oído medio del oído izquierdo con tejido blando, es decir, el ático parcialmente, el additus ad antrum, el antro, la mastoides y la cadena osicular/huesecillos a la cual había englobado y erosionado, de manera que sólo quedaban restos osteolíticos englobados en dicho tejido blando del colesteatoma.

Esta cadena osicular está formada por los huesecillos martillo, yunque y estribo, y su función consiste en la transmisión aérea del sonido. La destrucción de la cadena de huesecillos/osicular, ocasionará al enfermo una importante hipoacusia o sordera de transmisión/conductiva, toda vez que el sonido no podrá transmitirse del modo adecuado, a través de los huesecillos destruidos del oído medio. Por esta razón la audiometría tonal prequirúrgica reflejaba una pérdida auditiva del 65% en el oído izquierdo. No era mayor porque la función de transmisión del sonido la cumplía parcialmente el tejido blando que había englobado y erosionado la cadena osicular (efecto Columela). La pérdida de la audición del oído izquierdo ya se había producido a causa de su patología en la fecha en que se diagnosticó ésta mediante la tomografía axial computarizada. No fue causada por el retraso en intervenir quirúrgicamente el colesteatoma. Éste ya había englobado y destruido la cadena osicular. Aunque se le hubiera intervenido el mismo día en que se le diagnosticó el colesteatoma, ello no habría impedido esa pérdida de audición porque ya se había producido y consolidado por la destrucción de la cadena osicular. De las explicaciones médicas resulta que para impedir la expansión progresiva del tejido blando y la consiguiente destrucción de tejido óseo, hay que extirpar al primero quirúrgicamente. Con esta operación se retiran los restos osteolíticos de la cadena osicular y el tejido blando que los engloba y que por el efecto Columela permitía que el paciente conservara cierta capacidad auditiva. Con la retirada de uno y otro, el mencionado efecto deja de producirse, con lo que disminuye aún más la ya mermada capacidad auditiva, como lo acredita la audiometría tonal postquirúrgica. Este es un efecto iatrogénico inevitable, porque el tejido blando hay que extirparlo totalmente para impedir que siga expandiéndose y destruyendo el tejido óseo. De este efecto iatrogénico fue advertido el paciente con ocasión de la firma del documento de consentimiento informado en el cual se le explica que la conservación de la audición depende de las lesiones existentes previamente, y de la afectación que encontremos tanto en el hueso temporal corno en la cadena de huesecillos.

Los posibles daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos no están causados por la asistencia sanitaria correcta. Respecto a ellos los arts. 4, 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y

terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la *lex artis*; por lo que, si se produce un daño iatrogénico, estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.

La lesión que se alega, el incremento de la incapacidad auditiva del 65% previo a la operación al 85% tras su práctica, constituye la materialización de un riesgo iatrogénico inevitable cuya posibilidad de concreción el paciente aceptó debidamente informado de su existencia. El consentimiento informado (arts. 8 y 10 LAP) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la operación, asumió también las consecuencias dañosas de la eventual realización de los riesgos que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, esas lesiones no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 141.1 LRJAP-PAC.

Respecto a que esta pérdida de capacidad auditiva haya sido causada por el retraso en la operación ya se ha explicado que cuando el coleostoma se diagnosticó mediante la tomografía axial computarizada de 10 de febrero de 2012 ya la enfermedad había destruido la cadena osicular como lo objetiva dicha prueba médica, por lo que ya había experimentado una pérdida de capacidad auditiva importante, del 65%, como lo acredita la audiometría tonal prequirúrgica de 23 de marzo de 2012. Esta pérdida era irrecuperable debido a la destrucción de la cadena osicular producida ya a 10 de febrero de 2012, por lo que la demora en la operación no influyó en la producción de esa incapacidad auditiva. Que tras la operación esa pérdida de capacidad auditiva se haya incrementado hasta el 85%, tampoco es consecuencia de la demora en operar al paciente, sino que es una consecuencia inevitable de la extirpación radical del colesteatoma para impedir que siguiera creciendo y destruyendo más hueso.

En definitiva, la pérdida de capacidad auditiva no ha sido causada por la demora en practicar la tímpanoplastia, de donde se sigue que la pretensión resarcitoria debe

ser desestimada por no existir nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada al reclamante y la lesión que alega.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que se dirige a la desestimación de la pretensión resarcitoria de (...), resulta conforme a Derecho.