



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 607/2021

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 28 de diciembre de 2021.

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. 573/2021 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 23 de noviembre de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo en la misma fecha.

2. La cuantía reclamada (43.652,14 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. 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. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, titular del Servicio a cuyo funcionamiento se atribuye el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 10 de junio de 2019 respecto de una intervención quirúrgica de la que recibió alta hospitalaria el 4 de julio de 2018, continuando con proceso asistencial, y alta laboral por fin del proceso asistencial el 4 de octubre de 2019.

## II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

*«PRIMERO.- Que el reclamante, sin antecedentes de interés en relación con el caso que nos ocupa acude por su propio pie a su centro de salud el 22 de mayo de 2018 aquejado dolor en el oído izquierdo. Previo diagnóstico de otitis externa aguda en oído izquierdo, le pautan ciprofloxacino 0.2% 0.5 ml y lo remiten a su domicilio.*

*SEGUNDO.- El día 23 de mayo de 2018, vuelve a acudir al centro de atención primaria por seguir sufriendo un dolor muy intenso. Lo derivan a enfermería, le recetan metamizol 2g y diclofenaco 75 mg y nuevamente lo remiten a domicilio.*

*TERCERO.* - El día 24 de mayo de 2018 acude nuevamente por dolor agudo y persistente, sufre mareos y escucha mal (sonido metálico). A la exploración, el oído izquierdo se presenta edematoso con exudado en zona de tímpano. Le pautan continuar con el ciprofloxacino, y además le recetan cetralax plus 3/0.25 mg/ml remitiéndolo una vez más a su domicilio.

*CUARTO.* - El día 25 de mayo vuelve a su centro de salud por persistencia del dolor. En la exploración, se objetiva trago izquierdo positivo y un conducto auditivo externo oído muy eritematoso. Le diagnostican otitis externa aguda y le recetan menaderm 10 ML/3G, metoclopramida 5MG/5ML y tramadol 75MG y lo remiten a su domicilio por cuarta vez.

*QUINTO.* - A las pocas horas comienza a sufrir vómitos y náuseas, por lo que vuelve el día 25 de mayo por la noche al centro de salud permaneciendo hasta el día 26, donde achacan el mareo a un efecto secundario del tramadol, le derivan a enfermería, le suministran naxolona hasta en dos ocasiones para contrarrestar dicho efecto y lo vuelven a mandar a su domicilio.

*SEXTO.* - Finalmente el día 26 por la tarde, al no tener solución en su centro de atención primaria, y como quiera que el dolor y vértigos que experimenta va en aumento, acude por su propio pie al Servicio de Urgencias del Hospital Insular, donde a la exploración presenta inflamación del CAE, no exudado, presencia de vesícula en región de membrana timpánica y signo de trago negativo.

Tras valoración por el servicio de otorrinolaringología, se acuerda ingreso hospitalario bajo diagnóstico de laberintitis secundaria a otitis media supurada. En la unidad se le practica punción timpánica bajo anestesia local extrayendo gran cantidad de material purulento, le pautan antibióticos y permanece ingresado durante 7 días.

Destacar que el propio documento de consentimiento informado del drenaje transtimpánico (respecto al que falta la página 2), refiere que, “en caso de no efectuarse esta intervención, el paciente continuará con su pérdida de audición pudiendo, además, sufrir episodios inflamatorios agudos o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio”.

*SÉPTIMO.* - Finalmente le dan alta hospitalaria con diagnóstico de otitis media y laberintitis izquierda y con pérdida total de audición en el oído izquierdo. Se le pauta Deflazacort 30 mg, Cefuroxima 500 mg, Ciprofloxacino 500 mg y Metamizol 575 mg.

Por ello, se programa intervención para colocación de implante coclear.

*OCTAVO.* - Con fecha de 2 de julio de 2018, el paciente ingresa en la Unidad de Otorrinolaringología para realización de cirugía de implante coclear en oído izquierdo bajo diagnóstico de cofosis en oído izquierdo. Se le otorga el alta hospitalaria el 4 de julio de 2018, tras lo cual no ha vuelto a recuperar la audición.

*NOVENO.* - Tras consultarlo con varios especialistas, y habiéndose realizado pre- informe pericial, se puede concluir que el paciente ha experimentado una cofosis en oído izquierdo

*ocasionada por un error de diagnóstico en el Centro de Atención Primaria, dado que se confundió otitis externa izquierda con una otitis media complicada con laberintitis izquierda, lo que a su vez ha ocasionado un retraso diagnóstico y así como a la hora de pautar el tratamiento y realizar las técnicas adecuadas.*

*Como quiera que el paciente presentaba además de dolor persistente, hiperemia, inflamación y exudado, desde el tercer día que acude a su centro de atención primaria debió sospecharse la otitis media y derivarse a centro hospitalario, donde se le hubiesen pautado las pruebas diagnósticas oportunas y realizado drenaje, pero por el contrario, es remitido hasta en tres ocasiones más a su domicilio.*

*Atendiendo a la dolencia del paciente, se hacía necesario practicar un drenaje, que finalmente fue realizado en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Insular al que el paciente tuvo que acudir por decisión propia transcurridos 7 días desde la primera visita que el paciente hace a su centro de atención primaria.*

*Este retraso diagnóstico y terapéutico, aunque relativamente corto (7 días), ha ocasionado un daño desproporcionado, ya que ha pasado de experimentar dolor a perder completamente el oído izquierdo precisando de un implante coclear que deja una secuela estética considerable, y que no ha mejorado su audición.*

*Esta situación podía haberse evitado de haberse diagnosticado y tratado correctamente desde el principio, y como quiera que existió error de diagnóstico, existe también una pérdida de oportunidad, ya que el resultado pudo haber sido otro.*

*DÉCIMO.- A día de hoy, y como consecuencia del mal funcionamiento del Servicio Canario de Salud, el reclamante presenta cofosis del oído izquierdo, síndrome vertiginoso y un perjuicio estético considerable como consecuencia de la intervención para colocación de implante coclear».*

Por todo ello solicita una indemnización que cuantifica en 43.652,14 euros.

### III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado este, 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).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 27 de junio de 2019 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 1 de julio de 2019,

incorporándose al expediente diligencia de constancia de comparecencia del interesado el 11 de julio de 2019, en la que subsana su reclamación mediante la firma de la misma, así como autoriza el acceso a su historia clínica.

- Por Resolución de 18 de septiembre de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, de lo que recibe notificación éste el 5 de octubre de 2019.

- El 19 de septiembre de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Tal informe se emite el 26 de mayo de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna (Copia íntegra de la Historia clínica obrante en la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, e informes de los médicos de Atención Primaria que prestaron asistencia al reclamante entre el 22 y el 26 de mayo de 2018, respondiendo a los términos de la reclamación).

- El 24 de octubre de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por el interesado y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Siendo todas las pruebas documentales se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, de lo que recibe notificación el reclamante el 2 de noviembre de 2020.

- Con fecha 2 de octubre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 2 de noviembre de 2020, constando diligencia para hacer constar la comparecencia del interesado el 10 de noviembre de 2020 solicitando copia del expediente, que se le entrega en el acto. En fecha 19 de noviembre de 2020 presenta escrito de alegaciones en las que, además de ratificarse en su escrito inicial, objeta la falta de objetividad del informe del SIP y advierte que no se pronuncia sobre las consideraciones médico legales vertidas en el escrito de reclamación patrimonial las cuales habían sido extraídas de sendos documentos periciales encargados por él para el proceso judicial, informes que, por otra parte, no se aportan por el reclamante. Asimismo, ofrece la terminación convencional cuantificando el daño a estos efectos en 25.000 euros.

- El 3 de febrero de 2021 se dicta Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión del interesado, y, en el mismo sentido, Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de Salud, lo que es informado por el Servicio Jurídico el 13 de mayo de 2021, realizando tal informe varias observaciones.

- En virtud de las observaciones del informe del Servicio Jurídico, el 13 de mayo de 2021 se solicita informe complementario del SIP, que es emitido el 24 de mayo de 2021.

- Dada la nueva documentación, el 26 de mayo de 2021 se confiere al interesado nuevo trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el 8 de junio de 2021, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 30 de julio de 2021 se dicta nueva Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión del interesado, y, en el mismo sentido, Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de Salud, lo que es informado nuevamente por el Servicio Jurídico el 31 de agosto de 2021, realizando de nuevo observaciones.

- En virtud, por ello, de las nuevas observaciones del informe del Servicio Jurídico, el 1 de septiembre de 2021 se vuelve a solicitar nuevo informe complementario del SIP, que es emitido el 13 de septiembre 2021.

- De nuevo, se concede al interesado trámite de vista y audiencia el 29 de septiembre de 2021, constando su recepción el 26 de octubre de 2021, sin que se hayan presentado alegaciones.

- El 19 de noviembre de 2021 se emite Propuesta de Resolución definitiva por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión del reclamante, que es remitida a este Consejo Consultivo.

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, los del SIP.

2. Ante todo, es preciso señalar, como hace la Propuesta de Resolución, los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del interesado expuestos en el informe del SIP de 26 de mayo de 2020, que son los siguientes:

*«1.- El 22 de mayo de 2018 el paciente y reclamante (...) acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud las Remudas.*

*Según historial clínico de A.P. el motivo de la asistencia médica es dolor de oídos. Diagnóstico de otitis externa aguda. En exploración se expone que la otoscopia demuestra hiperemia de conducto.*

*El tratamiento pautado este día es de Ciprofloxacino gotas óticas, como se observa en hoja de tratamiento en receta electrónica, se pauta durante 8 días.*

*El día 23 de mayo el paciente vuelve a acudir por urgencias al Centro de Salud Las Remudas, el motivo es dolor de oídos, ante lo cual instauran tratamiento intramuscular con Diclofenaco y Metamizol.*

*El 24 de mayo de 2018 el paciente vuelve a acudir por urgencias del Centro de Salud de Las Remudas, el médico esta vez instaura medicación ótica que contiene el mismo antibiótico pautado pero con añadido de corticoides en las gotas. Para 6 días, pauta dosis. “Ya está tomando Enantyum cada 8 horas, además indicamos Urbason 60 mg”.*

*Exploración: oído derecho hiperémico, oído izquierdo edematoso, con exudado en zona de tímpano.*

*El 25 de mayo de 2018 el paciente acude al Médico de Familia en el Centro de Salud Las Remudas. Motivo: acude para revisión, persistencia del dolor. Diagnóstico: otitis externa aguda.*

*Exploración: Otoscopio, oído derecho normal. En el izquierdo: trago izquierdo positivo, CAE muy eritematoso. Pautan tratamiento con Menaderm otológico, Metoclorpropamida solución y Tramadol cada 8 horas.*

*El 26 de mayo el paciente acude al Servicio de Urgencias con “náuseas de inicio hace 2 horas sin dolor” que lo asocia al inicio de tratamiento con Tramadol. Exploran al paciente dado clínica.*

*Diagnóstico principal: Solo vómitos. Instauran tratamiento con suero intravenoso y medicación tras sospecha de efectos secundarios a Tramadol, tras mejoría dan el alta no sin aconsejar abandono del Tramadol, al levantarse el paciente vuelve a tener náuseas y mareos y se decide mantenerlo en observación, tras mejoría dan el alta. En las recomendaciones escriben: atienda las indicaciones que se le han dado. Si no mejora y/o empeora vuelva acudir al Servicio.*

*El paciente llega al Servicio de Urgencias a las 23:15 horas del día 25 y es dada el alta el día 26 a las 01:18 horas.*

*2.-El 26 de mayo de 2018 a las 14:11 horas el paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, porque el dolor y los vértigos va en aumento.*

*Tras exploración general en dicho servicio, realizan igualmente otoscopia el oído derecho que es normal y el izquierdo presenta: inflamación del CAE o conducto auditivo externo, no exudado, presencia de vesícula en región de membrana timpánica, signo de trago negativo. El resto normal, neurológicamente normal.*

*No presencia de fiebre. Valorado por ORL que decide ingreso.*

Tratamiento efectuado en urgencias: Augmentine iv, diagnóstico principal: laberintitis secundaria a otitis media supurada.

El motivo de ingreso es de: sdr vertiginoso e hipoacusia izquierda. Presenta otalgia izquierda, hipoacusia izquierda y vértigo de tipo rotatorio.

Otoscopia. Tímpano izquierdo eritematoso y abombado. Exploración vestibular compatible con vértigo periférico.

Se realiza: audiometría que refleja cofosis izquierda. Se solicita TAC de oídos.

El 26 de mayo de 2018 se realiza TAC de peñasco y mastoides, es solicitada dicha prueba por el Servicio de Otorrinolaringología que describe así el cuadro clínico: “paciente de 40 años, que desde hace ¿6 días? Se encuentra acudiendo a los servicios de urgencias por dolor de oído izquierdo, desde hace 24 horas fiebre y vértigos, a la exploración cuadro vertiginoso con nistagmo lateral, edema de membrana timpánica con flictena, no signos inflamatorios retroauriculares, descartar mastoiditis. Impresión diagnóstica: Otomastoiditis izquierda. Radiológicamente y tras las pruebas se diagnostica Hallazgos compatibles con otomastoiditis izquierda. Oído interno normal. El otro oído normal, diagnóstico principal: otitis media y laberintitis izquierda.

Durante el ingreso se realiza punción timpánica izquierda, miringocentesis, bajo anestesia local, se extrae gran cantidad de líquido purulento, mejorando la sintomatología del vértigo y la otalgia.

Tratamiento antibióticos oral y corticoides durante 10 días.

Control en consulta de ORL en la Unidad de Hipoacusia el martes 5 de junio. Fecha de alta hospitalaria el 1 de junio de 2018.

3.- Desde al alta hasta la primera visita al ORL el 7 de junio, refiere recuperación parcial de la audición del oído izquierdo. La audiometría del oído izquierdo resulta cofosis izquierda (sordera unilateral).

TAC de oídos refleja otitis media crónica izquierda, laberintitis.

En la visita del 7 de junio se realiza ATL que muestra persistencia de la cofosis, “se explica posibilidad de implante coclear que acepta, explico y firma consentimiento informado. Se incluye en la lista de espera”.

Estudio preanestésico dentro de la normalidad.

El 2 de julio ingreso programado en el CHUIMI, para implante coclear en oído izquierdo, por el servicio de ORL de dicho hospital.

Se realiza el implante coclear el día 3 e instauran tratamiento médico posterior. Ingresa el día 2 de julio y alta el día 4 de julio de 2018. Evolución satisfactoria sin complicaciones inmediatas.

Se realiza TAC de control el día 4 de julio de 2018, acudirá el lunes día 9 de julio para realizar cura en enfermería en consultas, y será citado telefónicamente en Unidad de Hipoacusia. El TAC de julio de 2018 demuestra que el implante está bien colocado.

El 19 de julio de 2018 en consulta sucesiva de ORL anotan: “control por implante coclear, cicatriz quirúrgica en buen estado, pendiente de activación de dispositivo externo, seguimiento en ORL”.

El 7 de septiembre de 2018 el médico de cabecera anota en historial de A.P. acude para solicitar alta de ILT. Está pendiente de revisión por ORL en octubre pero refiere que se encuentra bien y quiere intentar trabajar, acordamos que tendrá cuidado con los movimientos bruscos y no se expondrá a riesgos innecesarios. Si no se encontrara bien acudir de nuevo incluso sin hora para volver a dar ILT. Siguió de alta por esta causa.

En historia clínica de Atención Primaria anota el médico el 10 de septiembre de 2019 en el Servicio de Otorrinolaringología el 6 de septiembre de 2019 retiran implante coclear del oído izquierdo, cita postoperatorio el 16 de septiembre de 2019, refiere sentirse mejor, no dolor.

También anotan que en dicha revisión el paciente comenta que va bien y que la próxima revisión es en octubre, no presenta algiás ni problemas, está asintomático.

El 4 de octubre de 2019 se encuentra mejor “la herida ha cicatrizado desde hace varias semanas”, refiere estar “asintomático”, el Médico de Familia explora el oído refiriendo una exploración externa e interna hasta membrana timpánica normal. Da alta laboral en esta fecha».

A lo que se añade más específicamente en el informe complementario del SIP emitido el 24 de mayo de 2021:

«1.- Tal y como queda reflejado en la historia clínica del paciente, en todas las consultas realizadas al Centro de Salud, presentaba:

2.- 22 y 23/05/18: dolor de oídos, con hiperemia (enrojecimiento) de conductos auditivos externos (CAE) a la exploración con otoscopio.

3.- 24/05/18: dolor de oídos, en exploración otoscópica: oído derecho hiperémico, oído izquierdo edematoso con exudado (proceso inflamatorio en el conducto auditivo externo).

4.- 25/05/18: dolor de oídos. En la exploración con otoscopio el oído derecho es normal. En el izquierdo: trago izquierdo positivo, CAE muy eritematoso (muy enrojecido). En esta consulta se añade al tratamiento otológico ya pautado antibiótico-antiinflamatorio, analgesia con tramadol.

5.- El paciente no presentaba manifestaciones de infección catarral o de vías respiratorias altas (más frecuentes en invierno), no presentaba sensación de taponamiento,

ni de hipoacusia, ni pitidos, ni dolor o inflamación retroauricular; en las exploraciones no se aprecia retracción timpánica, ni abombamiento, tampoco se aprecia que la misma esté engrosada, opaca o perforada, ni la presencia en ella de flictenas (ampollas), síntomas y signos que hubieran sugerido otros procesos patológicos del oído.

6.- Las cuatro consultas fueron realizadas por dolor de oído, sin ningún otro síntoma. No había clínica ni antecedentes que hiciera sospechar otros procesos otológicos como la otitis media, mastoiditis, laberintitis u otros. En cambio, era un paciente que solía realizar natación (según consulta de Atención Primaria de fecha 26/04/18, en el contexto de otro proceso no relacionado con el oído), y presentaba clínica de otitis externa aguda con otalgia, y exploración característica de la misma, con dolor a la presión del trago y eritema e inflamación en el conducto auditivo externo, por todo ello considero se realizó un diagnóstico coherente con la clínica manifestada durante esas consultas y una actuación terapéutica adaptada a esa clínica y a ese diagnóstico, no estando indicado en una otitis externa realizar una miringotomía.

7.- De los datos reflejados en la consulta realizada en la noche del 25/05/18 a las 23:15h, se extrae que, el paciente acude a Urgencias del Centro de Salud y es tratado por náuseas y vómitos sin dolor, desde hacía dos horas que, tanto el paciente como el médico asocian al inicio del tratamiento con tramadol. Durante su valoración está completamente consciente y la exploración neurológica es completamente normal, es decir, no presenta vértigo (romberg negativo) ni pérdida auditiva, ni ningún otro síntoma. Asimismo, el paciente mejora con la medicación pautada, causando alta tras mejoría. La mejoría tras un período de aproximadamente dos horas luego de la medicación administrada a un paciente cuyo único síntoma es digestivo y que se ha presentado tras la ingestión de un fármaco que con frecuencia está ligado a dichos síntomas, no es un cuadro sintomático que de pie al médico para sospechar otros procesos, ni tampoco el paciente ya diagnosticado de otitis externa, tenía dolor ni ningún otro síntoma que guiara al médico para realizar otro tipo de manejo de su proceso. Las circunstancias hacen que considere lógica la actuación del facultativo.

Igualmente, se le dieron las recomendaciones oportunas, indicando volver a consultar si no mejoraba o empeoraba, por lo que estimo una actuación adecuada.

8.- En la mañana del 26 de mayo de 2018, acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, y es ingresado porque el dolor de oído izquierdo, ahora, no antes, asocia fiebre, vértigo de tipo rotatorio (no es un mareo) e hipoacusia de ese lado. En la exploración el signo de presión en el trago es negativo, y presenta signos que antes no había, así el tímpano izquierdo se aprecia eritematoso, abombado, edematoso y con flictena, y en la exploración vestibular se constata vértigo periférico».

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera

reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le 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. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria [art. 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)].

4. El interesado viene, en síntesis, a reclamar por entender que ha padecido una cofosis en oído izquierdo ocasionada por un error de diagnóstico en el Centro de atención Primaria dado que se confundió otitis externa izquierda con una otitis media

complicada con laberintitis izquierda lo que a su vez ha ocasionado un retraso del diagnóstico correcto, y, por ende, de la administración del tratamiento indicado al mismo y la aplicación de las técnicas adecuadas.

Procede, ante todo, como bien hace el primer informe del SIP, aclarar la diferencia entre las diferentes patologías a las que se refiere el reclamante y su sintomatología, para así comprender, en el proceso asistencial, en relación con la sintomatología presentada por el paciente, si la asistencia era acorde con los diagnósticos y tratamientos dispensados en cada momento.

En tal sentido, explica el SIP:

*«La otitis externa como causa de atención en el servicio de urgencias o en la consulta de atención primaria, es muy frecuente, teniendo como síntoma príncipes la otalgia.*

*La definición de otitis externa sería como su propio nombre indica la inflamación de las porciones más externas del aparato auditivo, esto es principalmente conducto auditivo externo, y por extensión a las diferentes zonas del pabellón auricular, o a la capa externa epidérmica de la membrana timpánica.*

*El motivo de consulta es la otalgia, de considerable intensidad en general, aunque su grado no nos marque en modo alguno la gravedad de la patología, uni o bilateral. Puede acompañarse de otorrea, hipoacusia, y dolorimiento de la región periauricular y mandibular. El diagnóstico es clínico, mediante los hallazgos de la anamnesis como son las formas de inicio, factores de riesgo predisponentes, síntomas y la exploración física. Los síntomas más frecuentes son la otalgia, con frecuencia de intensidad importante, secreción por el conducto auditivo o sensación de humedad, ocupación e hipoacusia en el oído afectado. Puede haber fiebre si la infección está más extendida.*

*A la exploración, si tan sólo es una afectación leve-moderada del CAE no deben existir signos externos a la inspección de pericondritis o de reacción mastoidea. A la palpación tenemos un signo príncipes, el dolor a la presión del trago o signo del trago, que nos diferencia la afectación del oído externo de la del oído medio. También aparece dolor con la movilización del pabellón. A la otoscopia, el CAE aparece congestivo, eritematoso, muy doloroso al tacto, y con grados variables de estenosis, edema y otorrea que nos dificultaran la visualización del tímpano.*

*El diagnóstico, salvo complicación o resistencia al tratamiento, es clínico. El tratamiento se instaura en función de la gravedad del proceso; así en los estadios iniciales sin signos de gravedad y en personas inmunocompetentes sin patología de base, tan solo es preciso instaurar tratamiento con gotas tópicas.*

*Es importante considerar el manejo del dolor con adecuada analgesia en función de la gravedad: el Paracetamol y el Ibuprofeno pueden ser suficientes en las formas leves o*

*moderadas y en las más graves pueden ser necesarios los opioides en ausencia de complicaciones, los antibióticos tópicos son los fármacos de elección recomendados de forma empírica, asociados o no a corticoides. Es importante administrar de forma sistémica analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos que ayuden al paciente a sobrellevar el dolor, a lo que también ayuda la aplicación de calor seco.*

*Se recomienda derivar al especialista en los siguientes casos: Sospecha de enfermedad grave o de OEM (otitis externa maligna), ausencia de mejoría o persistencia de los síntomas más de dos semanas a pesar del tratamiento pautado (...).*

#### Otitis media

La otitis, como cualquier otro proceso dinámico, se puede clasificar de acuerdo con la secuencia temporal de la enfermedad en aguda (duración de los síntomas entre 0 y 3 semanas).

En la forma aguda de la otitis media existe dolor de oído (otalgia), fiebre, tinnitus (ruidos de oídos) e irritabilidad. Con menos frecuencia se puede presentar otorrea (supuración), vértigo y más raramente parálisis facial. En la otitis media crónica con efusión, la pérdida de audición puede ser el único síntoma.

Síntomas más habituales: Dolor de oído. Fiebre. Otorrea. Vértigo.

Asimismo, dependiendo de la evolución de la otitis media, ésta puede presentar una efusión de líquido (otitis media seromucosa) en el oído medio que puede ser de tipo seroso (fluido, parecido al agua), mucoso (viscoso, parecido al moco) o purulento (pus).

Para el diagnóstico de la otitis es habitualmente suficiente con la realización de una historia clínica y la exploración otoscópica.

La exploración otoscópica es la exploración más importante para el diagnóstico.

El tratamiento habitual de la otitis se realiza con antibióticos durante 10 o 14 días. Habitualmente, con el tratamiento antibiótico la sintomatología mejora significativamente en 48 horas. Sin embargo, si existe efusión en el oído medio ésta puede persistir durante varias semanas.

Al tratamiento antibiótico en ocasiones se asocian descongestionantes nasales y mucolíticos

La complicación más frecuente de la OMA es la mastoiditis (destrucción de las celdas del hueso del oído, que se caracteriza por un despegamiento del pabellón auricular). Otras complicaciones menos frecuentes, pero más graves, son la laberintitis (infección del órgano del equilibrio y auditivo que cursa con vértigo agudo e hipoacusia marcada) y la meningitis (infección de las capas de tejido que recubren el cerebro y que cursa con vómitos, rigidez del cuello y disminución del nivel de conciencia). Ante la sospecha de una OMA complicada se

debe solicitar inmediatamente la valoración de un médico, quien instaurará el tratamiento adecuado.

*La “otitis media crónica” (OMC) es un “cajón de sastre” que engloba diversas condiciones patológicas del oído que se prolongan en el tiempo.*

*La laberintitis es una inflamación del laberinto en el oído interno. El laberinto es un sistema de cavidades y canales en el oído interno que afecta la audición, el equilibrio y el movimiento ocular.*

*La infección viral o bacterial es la causa más común.*

*Los síntomas pueden variar en un rango de leves a graves y durar de unos cuantos días a varias semanas. Los síntomas son usualmente temporales y raramente llegan a ser permanentes.*

*Los síntomas más comunes son: Vértigo (la sensación de que todo da vueltas) y mareos. Otros síntomas pueden incluir: Fatiga. Náuseas y vómitos. Pérdida de la audición».*

Finalmente, el SIP define conceptos que utiliza en sus informes:

*«Signo del Trago: El signo del trago (presión dolorosa sobre el trago) es patognomónico (al palpar trago o traccionar del pabellón auricular), siendo característico de Otitis externa.*

*Un implante coclear es un dispositivo médico electrónico que realiza el trabajo de las partes dañadas del oído interno (cóclea) para proporcionar señales sonoras al cerebro y poder oír».*

5. Pues bien, dado lo anteriormente expuesto, procede señalar, a la vista de los términos de la reclamación:

*Señala el propio reclamante que el «retraso diagnóstico y terapéutico, aunque relativamente corto (7 días), ha ocasionado un daño desproporcionado, ya que ha pasado de experimentar dolor a perder completamente el oído izquierdo precisando de un implante coclear que deja una secuela estética considerable, y que no ha mejorado su audición.*

*Esta situación podía haberse evitado de haberse diagnosticado y tratado correctamente desde el principio, y como quiera que existió error de diagnóstico, existe también una pérdida de oportunidad, ya que el resultado pudo haber sido otro».*

En realidad, la asistencia sanitaria a la que se imputa el retraso del diagnóstico se produjo en el periodo de tiempo transcurrido entre los días 22 y 26 de mayo de 2018, en los que ha de analizarse la sintomatología que presentaba el paciente, a efectos de determinar si efectivamente existió error de diagnóstico o el paciente fue tratado en cada momento y diagnosticado en función de la sintomatología que iba presentando.

En este sentido, se señala en el informe del SIP emitido el 26 de mayo de 2020 y en los complementarios de 24 de mayo de 2021 y 13 de septiembre de 2021:

1.- El día 22 de mayo de 2018 el paciente (...) llega al Servicio de Urgencias por motivo dolor de oídos, con hiperemia (enrojecimiento) de conductos auditivos externos (CAE) a la exploración con otoscopio, sin ningún otro síntoma.

Se trata de paciente sin clínica ni antecedentes que hicieran sospechar otros procesos otológicos como la otitis media, mastoiditis, laberintitis u otros. En cambio, era un paciente que solía realizar natación (según consulta de Atención Primaria de fecha 26/04/18, en el contexto de otro proceso no relacionado con el oído), y esto es una práctica habitualmente asociada a esta dolencia favorecidas por la humedad y las bacterias presentes en el agua y el propio oído.

Así pues, tras realizar exploración con otoscopia se relata una hiperemia de conducto auditivo externo (CAE), por tanto, diagnostican otitis externa aguda. Ante ello tratan con antibióticos en gotas, el Ciprofloxacino. El tipo de antibiótico y la forma de presentación en gotas, es la idónea en una otitis externa sin más signos de afectación zona.

2.- El día 23 de mayo de 2018 acude de nuevo con dolor de oídos e hiperemia a la exploración con otoscopio (CAE) y el médico, el mismo que lo atendió el día anterior, le pauta antiinflamatorios y analgésicos por vía intramuscular, lo que es correcto dada la sintomatología y antecedentes del paciente.

3.- El 24 de mayo de 2018 vuelve al Servicio de Urgencias con dolor de oídos y el médico realiza exploración detallada: oído izquierdo edematoso con exudado en zona de tímpano (proceso inflamatorio en el conducto auditivo externo), cambia el tratamiento e indica Ciprofloxacino acompañado de corticoides, en gotas, cada 4 horas y Urbason IM. Refiere que el paciente está tomando antiinflamatorios vía oral. La médica refiere que tras 48 horas cambia el tratamiento, añadiendo corticoides y aumenta cada 4 horas. Es correcto. Tratamiento correcto otitis, el hallar exudado en zona tímpano indica una otitis moderada. Sigue siendo otitis externa por la exploración y algo que la define y que anotan en historia clínica es el dolor en el trago (el trago, como se explicó anteriormente por el SIP, es la pequeña protuberancia de tejido frente a la entrada del conducto auditivo) a la exploración del mismo, signo patognomónico de una otitis externa.

4.- El día 25 de mayo de 2018 acude a su médica de familia a revisión, a las 14:47 horas, refiriendo persistencia del dolor, pero aún no presenta nueva clínica añadida. La doctora realiza valoración y otoscopia encontrando trago izquierdo positivo y CAE muy edematoso. Otitis externa. No otorrea, no fiebre, no vértigos.

La doctora cambia el tratamiento y añade gotas óticas de Menaderm, éstas contienen corticoides, antibacterianos y antifúngicos en asociación. Igualmente añade el Ciprofloxacino antibiótico de forma oral, analgésicos y Tramadol: el Tramadol es muy buen analgésico pero puede dar náuseas y vómitos por lo que instaura un antiemético.

Hasta este momento día 25 de mayo por la tarde el paciente presenta una otitis externa, pues no hay clínica concreta de algo más.

En este sentido, aclara expresamente el informe del SIP, del 24 de mayo de 2021:

*«El paciente no presentaba manifestaciones de infección catarral o de vías respiratorias altas (más frecuentes en invierno), no presentaba sensación de taponamiento, ni de hipoacusia, ni pitidos, ni dolor o inflamación retroauricular; en las exploraciones no se aprecia retracción timpánica, ni abombamiento, tampoco se aprecia que la misma esté engrosada, opaca o perforada, ni la presencia en ella de flictenas (ampollas), síntomas y signos que hubieran sugerido otros procesos patológicos del oído».*

5.- Este mismo día 25 de mayo de 2018 a las 23:23 horas de la noche acude el paciente al Servicio de Urgencias de Las Remudas.

Su estancia es de más de 2 horas de duración, de modo que, cuando sale del Servicio de Urgencias, es ya en la madrugada del día 26 de mayo.

El paciente acude con náuseas, en la evolución en el servicio anotan vómitos, solo estos síntomas, las náuseas comenzaron 2 horas antes, sin dolor, y lo asocia al inicio del tratamiento con Tramadol: el diagnóstico es efectos secundarios del Tramadol.

Explica el SIP que ello es coherente con la sintomatología presentada ótica y a la vez con el tratamiento dispensado, pues el mismo paciente refiere la aparición de mareos y vómitos tras toma de Tramadol, justo después, efectos propios de esta medicación, sin fiebre y sin dolor referido, por lo que los síntomas se asocian a la medicación.

Se actuó según lo diagnosticado.

En tal sentido explica el SIP *«Probablemente, creemos la patología ya estaba avanzando hacia el oído medio, pero dado las quejas del paciente y el paulatino avance a*

*otitis media, la exploración realizada unas horas antes por su médica de cabecera, con datos exploratorios de otitis externa, se estimó secundaria al tratamiento, que tampoco es posible renegar, porque podía haber existido igualmente.*

*El paciente no se queja de hipoacusia.*

*Mareos cefaleas, náuseas, vómitos son efectos adversos aceptados en ficha técnica del Tramadol y conocidos al ser un analgésico opioide. Estos están indicados en dolor moderado a severo».*

6.- El día 26 de mayo de 2018, horas después de abandonar el Centro de Salud de las Remudas, tras no mejoría de los síntomas el paciente acude al Servicio de Urgencias Hospitalario del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) presentando, ahora nuevos síntomas: vértigos e hipoacusia.

La exploración ya nos informa que no hay signo del trago, este es negativo, se observa vesícula en la membrana timpánica, por tanto, ya sí se valora una otitis media, con la clínica de vértigos e hipoacusia diagnostican laberintitis secundaria a otitis media.

Al respecto, explica el informe del SIP de 13 de septiembre de 2021 que es en este momento y no antes, cuando se da la sintomatología que lleva al diagnóstico de laberintitis secundaria a otitis media:

*«La otitis externa aguda o inflamación del conducto auditivo externo, patología que puede ser diagnosticada y tratada por médico distinto del ORL, es de origen infeccioso, se conoce que una infección incluso estando adecuadamente tratada puede extenderse a los tejidos circundantes, y considero esto es lo que sucedió al paciente, siendo la presentación de nuevos síntomas (fiebre, vértigo rotatorio, hipoacusia), junto con unos signos concretos a la exploración otológica que no presentaba antes, los que determinaron el nuevo diagnóstico de otitis media aguda complicada, dicho de otro modo, la patología que afectó al oído medio (tímpano), no se había manifestado antes, y por tanto no podía ser sospechada, ni diagnosticada; no debería cuestionarse el diagnóstico inicial, con base en la evolución posterior, dado que en mi opinión se pusieron a disposición del paciente los medios tanto diagnósticos como terapéuticos de acuerdo a los signos y síntomas presentados en cada momento, y, en base a esa clínica posterior, expresión de que desarrolló posteriormente una afección distinta a la inicial, se realizó un diagnóstico diferente y una actuación terapéutica acorde a ese diagnóstico. El tratamiento se realiza tras tener un juicio diagnóstico, en este caso es lo que se realizó: inicialmente tras el diagnóstico de otitis externa aguda el tratamiento que corresponde, e igualmente tras la otitis media aguda con la intervención realizada, otros planteamientos son suposiciones. En la clínica de la otitis media aguda un síntoma que destaca es la hipoacusia, por tanto, si la pérdida auditiva es un síntoma común*

de esta afección, y el paciente lo tenía al presentarse la misma, no existe ni se puede tener una garantía de éxito aunque el tratamiento sea el adecuado».

7.- Así, el día 26 de mayo de 2018, es ingresado en el CHUIMI porque el dolor de oído izquierdo, ahora, no antes, asocia fiebre, vértigo de tipo rotatorio (no es un mareo) e hipoacusia de ese lado. En la exploración el signo de presión en el trago es negativo, y presenta signos que antes no había, así el tímpano izquierdo se aprecia eritematoso, abombado, edematoso y con flictena, y en la exploración vestibular se constata vértigo periférico. Se realiza TAC, y se instaura tratamiento médico. Implante coclear por sordera en oído afecto el 3 de julio de 2018, el 6 de septiembre de 2019 retiran implante.

Según el historial médico de Atención Primaria, el 4 de octubre de 2019, tras retirada de implante coclear, el paciente estaba asintomático, exploración de oído externo y membrana timpánica normal, efectúan alta laboral para su trabajo habitual.

6. Por todo lo expuesto, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada al paciente ha sido conforme a la *lex artis* en todo momento, pues el proceso padecido por el paciente fue adecuadamente diagnosticado y tratado en cada momento según la sintomatología que iba presentando el mismo, sin que pueda deducirse, como pretende el reclamante, tampoco pérdida alguna de oportunidad, como acertadamente se contempla en los informes complementarios obrantes en el procedimiento.

7. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 LRJSP, 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. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen 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.

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).

En este caso, el reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

8. Por las razones expuestas, no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.