



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 3 2 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 27 de noviembre de 2018.

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. 496/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 29 de marzo de 2017 a instancia de don (...), por los daños supuestamente sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un centro dependiente del SCS.

2. El reclamante solicita por los daños morales sufridos una indemnización de 30.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. de León Marrero.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún 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).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección 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.

No obstante, el órgano competente para instruir y proponer la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su ámbito de actuación es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

- El 26 de julio de 2015 (se aprecia error en la fecha que consta en reclamación inicial, puesto que todos los datos médicos indican que los hechos ocurrieron en el mes de julio de 2015), acude al Hospital Nuestra Señora de Guadalupe aquejado de dolor ocular tras haber recibido el día anterior en una piscina un chorro de agua a presión en ojo derecho donde portaba lente de contacto

- Es atendido por facultativo no especialista en Oftalmología, quien, sin realizar ninguna prueba ni examen con aparato alguno que descubra las diferentes patologías del ojo, emite como diagnóstico úlcera corneal en el centro pupilar en OD. El médico le comentó que había tenido suerte pues la lente de contacto le había servido de escudo. Prescribe pomada epitelizante y taponar su ojo con un parche

- Con fecha 27 de julio de 2015 acude a Atención Primaria siguiendo las instrucciones recibidas por el médico de urgencias. Padecía fuertes dolores y latidos en el ojo afectado. La doctora retira el parche y el reclamante se percató de que ha perdido la visión del ojo. La doctora considera que no se trata de una úlcera común y recomienda acudir a una óptica para ser valorado puesto que en el Hospital no contaban con los medios personales cualificados.

- La optometrista examina el ojo y expone que el diagnóstico inicial es erróneo ya que padece un grave edema corneal e hiperemia generalizada, además de posible infección por *Acanthamoeba*, bacteria frecuente en agua de piscina que puede provocar la pérdida de visión en el ojo si no se trata a tiempo.

- Tras este informe acude de nuevo a Atención Primaria, desde donde es remitido nuevamente al servicio hospitalario para ser atendido por un oftalmólogo y, ante la falta de este especialista, ser remitido urgentemente a los servicios hospitalarios de Tenerife.

- En el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe continúan sin oftalmólogo, pero el facultativo que le atiende en urgencias expone que se trata de una simple úlcera, por lo que no cree necesaria la remisión al hospital de Tenerife. Es remitido finalmente ante la insistencia de un familiar.

- La misma tarde del 27 de julio llega al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) en Tenerife, donde ingresa debido al grave pronóstico recibido:

«QUERATITIS INFECCIOSA GRAVE EN EL OJO DERECHO». En este centro es informado de que es común que un accidente donde confluyan la presencia de piscina y lente de contacto equivale a proceso bacteriano, lo cual no supieron determinar en el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

- Permaneció ingresado durante nueve días, quedando como secuela la pérdida de la capacidad de visión de más del 50%, debido a la mala praxis y a la falta de asistencia especializada.

- Después de un largo proceso de revisiones y tratamientos le colocaron una lente de contacto rígida para intentar mejorar la visión. Permaneció de baja laboral durante un año, y actualmente sufre de astigmatismo irregular y leucoma secundario a absceso corneal.

Entiende que sus lesiones son consecuencia directa de la deficiente asistencia recibida, tanto por la ausencia de pruebas para el diagnóstico como para el tratamiento adecuado, pues no se utilizaron los instrumentos necesarios que, de utilizarse, hubiesen detectado el padecimiento infeccioso.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El paciente de 42 años contaba con antecedente referido de alergia a penicilinas, con pruebas de alergia negativas (10/03/2015), hernia de hiato en tratamiento con omeprazol.

Miopía con refracción antigua: ojo derecho (OD) - 2,25 D, ojo izquierdo (OI) - 1,5 D. Usuario de lentes de contacto durante 8-10 horas/día.

- El 26 de julio de 2015 acude a urgencias del HNSG refiriendo dolor y enrojecimiento en ojo derecho tras haber presentado el día anterior, traumatismo en dicho ojo, al recibir chorro por pistola de agua mientras jugaba con su hijo.

- A la exploración realizada por el médico de urgencias, el OD presenta hiperemia conjuntiva, pupilas isocóricas y normoreactivas, movilidad ocular conservada. Tras lavado ocular, aplicación de anestésico y tinción con Fluoresceína se diagnostica de úlcera centropupilar. Se trata con ciclopléjico, antibiótico (Gentadexa). Se le prescribe pomada epitelizante y oclusión y se le recomienda seguimiento por Médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento acudir nuevamente a servicio de urgencias.

- Al día siguiente, 27 de julio, acude a valoración por médico de Atención Primaria y por Óptico, a solicitud del primero. En el informe de la Optometrista se detalla: el sábado 25 mientras se bañaba en una piscina con las lentes de contacto puestas, le dispararon directamente al ojo derecho con una pistola de agua, la lente de contacto de le cayó y se la volvió a poner. Una hora más tarde tiró esas lentes de contacto y estrenó unas nuevas.

- En la exploración del polo anterior del ojo derecho presentaba edema corneal, hiperemia generalizada y úlcera centropupilar de carácter grave, por lo que recomendó valoración oftalmológica urgente por sospecha de infección por Acanthamoeba. Es remitido nuevamente al HNSG; en la entrevista se recoge que el paciente presenta dolor y pérdida de visión por OD, y tras ser evaluado y tratado por médico de urgencias es derivado al Hospital de referencia HUNSC para que sea valorado por el Servicio de Oftalmología.

- El mismo día 27 de julio es valorado por Oftalmólogo en HUNSC. Al examen de la agudeza visual del OD: percibe movimientos y luz. A la exploración con Biomicroscopia (BMC) se observa: Párpados y pestañas normales, no secreciones, hiperemia mixta severa, infiltración estromal profunda con pliegues radiales y halo periférico, edema corneal difuso. Meelting con descematocele (Hemiación de la membrana de Descemet motivado por un adelgazamiento significativo del estroma que puede conducir a la perforación corneal) central con riesgo de perforación. CA 11, hipopion (presencia de leucocitos y fibrina que se acumula en la parte inferior de la cámara anterior del ojo por efecto de la gravedad) 0.2-0.5 mm. Fluotest: no Seidel (no fuga de humor acuoso). Fondo de ojo (FO) no valorable. Estable hemodinámicamente, sus constantes vitales son normales y se mantiene afebril.

- Queda hospitalizado bajo el diagnóstico de Queratitis infecciosa grave (posiblemente por Acanthamoeba) en ojo derecho, secundario a traumatismo con agua de piscina en portador de lentes de contacto.

- Realizadas las pruebas complementarias consistentes en cultivo con antibiograma y prueba de PCR se confirmó infección por Pseudomona y negatividad para infección por Acanthamoeba. Fue tratado con antibiótico específico: Gentamicina vía local y sistémica, cuya sensibilidad fue confirmada según resultado del antibiograma.

- Durante su estancia hospitalaria se mantuvo con buen estado general, alerta, ambulante, con movilidad total, con trastorno del patrón de sueño debido al plan terapéutico establecido por su médico, para lo cual se le pautó tratamiento ansiolítico específico.

- Durante su ingreso fue evolucionando favorablemente con el tratamiento administrado, en evolutivo del día 04/08/2015, así como en los anteriores evolutivos se detalla: se encuentra mejor, en HRT* no se encuentran Acanthamoeba. Polo anterior (PA) ojo derecho: Absceso corneal central (5mm) con úlcera superficial y anillo blanquecino periférico. Pliegues radiales profundos, meelting corneal mínimo. No secreciones. Tyndall* negativo.

*HRT: La microscopia confocal es un tipo de prueba que se realiza con un tomógrafo HRT, al cual se le adapta un microscopio (módulo Rostock) con la finalidad de estudiar en vivo la estructura de las diferentes capas de la cornea. Esto permite el estudio de densidad celular y visualizar depósitos en cualquier plano proporcionando también valores paquimétricos para saber en todo momento a qué profundidad se

toman las imágenes. Una de las causas de prescripción de la microscopia confocal es la detección de quistes en cornea por *Acanthamoeba*. Un rápido diagnóstico de esta ameba puede evitar graves secuelas en la cornea y facilitar una recuperación en corto plazo.

*Fenómeno de Tyndall: Es la presencia en la cámara anterior del ojo, de pequeños corpúsculos flotando en el humor acuoso y que están constituidos por células inflamatorias y proteínas que aparecen en los procesos inflamatorios del cuerpo ciliar.

- El 4 de agosto de 2015, tras 9 días de tratamiento y respuesta favorable al mismo, el paciente recibe el alta, bajo los diagnósticos de Queratitis infecciosa- Abceso corneal positivo a *Pseudomona*, siendo autónomo para las actividades básicas de la vida diaria, dado que el déficit sensorial visual es parcial (interesa al ojo derecho).

- Al alta se le prescribe continuar el tratamiento con colirios antibiótico, antiinflamatorio y ciclopéjico. Se le indica guardar reposo relativo, se dan recomendaciones para el cuidado de los ojos, evitando así complicaciones posteriores, y es citado a consultas sucesivas para continuar con los controles oftalmológicos evolutivos.

- En consulta oftalmológica de control del día 06/08/20 15 se detalla refracción antigua: Miopía OD - 2,25 D, OI - 1,5 D. Exploración: polo anterior (PA) OD: Leucoma corneal (opacificación corneal), de 5 mm, úlcera corneal parcialmente cicatrizada (quedan 2.5 mm). Hiperemia mixta de predominio inferior. Midriasis farmacológica. Agudeza visual OD sin corrección: 0,01. Como tratamiento se coloca Lente de contacto terapéutica y se prescribe continuar con aplicación de colirios antibiótico, antiinflamatorio, lubricante y adecuada limpieza palpebral. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones.

- En consulta oftalmológica de control del 13 de agosto de 2015 se detalla: PA: leucoma corneal de 5 mm, úlcera corneal parcialmente cicatrizada, edematosa, sobre elevada. Hiperemia mixta de predominio inferior. Midriasis farmacológica. Plan: se retira lente de contacto terapéutica. Se prescribe colirio antiinflamatorio, antibiótico, anti edema, lubricante, pomada epitelizante y adecuada limpieza palpebral. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones.

- En consulta oftalmológica de control del 20 de agosto de 2015 se detalla: Polo anterior (PA): leucoma corneal de 5 mm, úlcera corneal parcialmente cicatrizada, edematosa, sobre elevada. Hiperemia mixta de predominio inferior. Midriasis farmacológica. Agudeza visual sin corrección OD: 0,0 I. 01: con corrección: 1 (normal). Plan: se coloca lente de contacto terapéutica. Se prescribe colirio antiinflamatorio, antibiótico, anti edema, lubricante, pomada epitelizante y adecuada limpieza palpebral. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones.

- En consulta oftalmológica de control del 27 de agosto de 2015 se detalla: Polo anterior (PA): leucoma corneal de 5 mm, úlcera corneal parcialmente cicatrizada, edematosa, sobre elevada (algo mejor). Hiperemia mixta de predominio inferior. Midriasis farmacológica. Epiescleritis focal 6h. Agudeza visual OD sin corrección: 0,0 I. OD con corrección: 0,4 y con estenopeico: 0,3. 01: con corrección: I. Tratamiento: se recambia lente de contacto terapéutica. Se prescribe colirio antiinflamatorio, antibiótico, anti edema, lubricante y adecuada limpieza palpebral. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones. Plan: de no mejorar transparencia corneal plantear queratoplastia. Se le programa próxima cita.

- En consulta oftalmológica de control del 8 de septiembre de 2015 se detalla: Polo anterior (PA): leucoma corneal de 5 mm, úlcera corneal prácticamente cicatrizada, mucho menor edema (mayor a nivel inferior), no hiperemia. Se observa una hebra/rotura lineal del epitelio/estroma a nivel inferior de < 0,5 mm a las 7h. PTC hoy: 624 micras centrales (previa: 1328 micras centrales). Se prescribe colirios antiinflamatorio, anti edema, lubricante, correcta higiene palpebral. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones. Plan: De no mejorar transparencia corneal plantear queratoplastia. Se le programa próxima cita.

- En consulta oftalmológica de control del 6 de octubre de 2015 se detalla: Polo anterior (PA): ojo tranquilo. Leucoma corneal de 5 mm, sin edema intra estromal, úlcera corneal cicatrizada, no hiperemia. PTC: astigmatismo irregular con adelgazamiento en la zona del absceso (temporal superior). Agudeza visual OD con corrección: 0,4 y con estenopeico: 0,3. OI: con corrección: I. Se prescribe tratamiento con colirios antiinflamatorio, lubricante. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o

secreciones. Plan: De no mejorar transparencia corneal plantear queratoplastia. Se le programa próxima cita en 6 meses.

- En consulta oftalmológica de control del 5 de abril de 2016 se detalla: Biomicroscopia (BMC) de ojo derecho: párpados y pestañas normales, no secreciones, hiperemia mixta severa, leucoma corneal central denso. Presión intraocular (PIO) en OD: 10 y en OI: 10 (normales). Fondo de ojo no valorable (se ve mal). PTC: astigmatismo irregular con adelgazamiento en la zona del absceso (temporal superior). Agudeza visual sin corrección: OD: 0,7; con estenopeico: 0,5; esférico lejos OD: -1,25; cilindro 00: -1; eje OD: 55. OI: sin corrección: I. Se prescribe tratamiento con colirios antiinflamatorio y lubricante. Se le indica acudir urgente a Servicio de Oftalmología en caso de pérdida de visión, ojo rojo, dolor ocular o secreciones. Plan: De no mejorar transparencia corneal plantear queratoplastia. Se le programa próximo control en 6 meses.

- También, tuvo control evolutivo por decisión personal en (...), en donde se detalla en último informe aportado del día 05/07/2016, que presenta a la exploración de ojo derecho en su polo anterior: leucoma corneal central en reborde más transparente, y centro algo más claro. Presión intraocular OD: 10 y OI: 13 (normales). Fondo de ojo: Papila y mácula aparentemente normales.

Agudeza visual con corrección OD: 0,62 -1 (- 2,5 x 65°)

Agudeza visual con corrección OI: I -1 (- 0,5 x 10°)

- En informe del Dr. (...) consta que el paciente posteriormente tuvo control evolutivo en (...), constando:

Agudeza visual con corrección OD: 0,63 1 (- 2,5 x 65°)

Debido al astigmatismo irregular y leucoma secundario a absceso, en el ojo derecho, lesionado, se le adapta lente de contacto GP (permeable a los gases), lo que permite mayor oxigenación del ojo y una mejor corrección visual disminuyendo los efectos del astigmatismo.

El SIP concluye lo siguiente:

A tenor de la historia clínica podemos afirmar que tanto la asistencia como los tratamientos iniciales y posteriores se realizaron de acuerdo con la lex artis:

- En la consulta inicial el 26 de julio de 2015, fue atendido debidamente por el médico de urgencias, que ante el traumatismo por chorro de agua en ojo derecho,

examinó el ojo, que presentaba: hiperemia conjuntival, pupilas isocóricas y normoreaetivas, movilidad ocular conservada.

- Con estos datos actuó según el protocolo en estos casos: lavado ocular, aplicación de anestésico y tinción con Fluoresceína, lo que le permitió diagnosticar: Úlcera centropupilar (corneal) en ojo derecho, diagnóstico que fue acertado y que puede ser realizado por el médico de urgencias sin que se precisen de aparatos específicos.

- El tratamiento aplicado desde el inicio consistió en ciclopléjico, antibiótico (Gentadexa), epitelizante y oclusión. Tratamiento considerado adecuado, al proceso, y que además, utilizó Gentadexa, antibiótico al que era sensible el microorganismo: Pseudomona, encontrado posteriormente en el cultivo, y que está frecuentemente asociado al uso de lentes de contacto.

- Al paciente se le había indicado acudir a control al día siguiente con su Médico de Atención Primaria (AP) y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al servicio de urgencias, por lo que las recomendaciones son adecuadas.

- Al día siguiente, el 27 de julio de 2015, es valorado por Médico de AP, posteriormente por Optometrista y por el Médico de Urgencias de HNSG, y ante la presencia de úlcera cornea), ahora asociada a edema, hiperemia generalizada y déficit visual, se sospecha de posible infección del ojo derecho por Acanthamoeba, debido a que el paciente refirió haberse colocado la misma lente de contacto una vez ocurrido el accidente, lo que pudo favorecer la persistencia de los gérmenes en contacto con la úlcera y la aparición de la infección. Con estos datos, se decidió su remisión, ese mismo día al Hospital de referencia, HUNSC, para su estudio y tratamiento por el Servicio de Oftalmología. Por lo que la actuación ante el caso fue adecuada, y la valoración por Oftalmología indicada y realizada, una vez el caso lo requería.

- Ya en el HUNSC, quedó hospitalizado, y se le realizaron los exámenes pertinentes (cultivos, PCR) según la clínica del paciente, detectándose en los cultivos, la bacteria Pseudomona, y descartándose la presencia de Acanthamoeba. El tratamiento fue administrado adecuadamente según la sensibilidad del microorganismo, y la respuesta al mismo fue la esperada. Dándose el alta, debido a su evolución favorable, tras nueve días de tratamiento, bajo los diagnósticos de Queratitis (inflamación corneal) infecciosa-Abceso corneal positivo a Pseudomona.

- Posteriormente se siguió su evolución en consultas externas del Servicio de Oftalmología del HUNSC, y por opción personal, en el (...), recibiendo atención con la frecuencia requerida, según iba evolucionando el proceso, y tratamiento acorde a las necesidades de cada momento. También, tuvo seguimiento de su incapacidad temporal por su Médico de Atención Primaria desde el inicio de su baja laboral el 27/08/2015 hasta su alta en fecha 22 de julio de 2016. Su evolución ha sido favorable, recuperando una agudeza visual de aproximadamente un 50% por el ojo lesionado y manteniendo el 100% de visión por el ojo contralateral, por lo que su visión actual no le supone limitación para la realización de su trabajo, ni para el desempeño de trabajos habituales.

4. Tras la práctica de las pruebas propuestas (testifical en la óptica que le trató), se da trámite de audiencia al interesado en el que presenta alegaciones reiterando lo expuesto en reclamación inicial y solicitando una ampliación del plazo a fin de poder presentar informe pericial, a lo que ni siquiera se contesta por la Administración, pues, se aduce, el plazo probatorio ya está finalizado, continuándose la tramitación del procedimiento.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que no existe relación causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 32 LRJSP, 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. 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).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que sus lesiones son consecuencia directa de la deficiente asistencia recibida, tanto por la ausencia de pruebas para el diagnóstico como para el tratamiento adecuado, pues no se utilizaron los instrumentos necesarios que, de utilizarse, hubiesen detectado el padecimiento infeccioso.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. El reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión. Antes al contrario, de la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que, en la consulta inicial el 26 de julio de 2015, fue atendido debidamente por el médico de urgencias, que ante el traumatismo por chorro de agua en ojo derecho, examinó el ojo, que presentaba: hiperemia conjuntival, pupilas isocóricas y normoreactivas, movilidad ocular conservada, y que con tales datos actuó según el protocolo en estos casos: lavado ocular, aplicación de anestésico y tinción con Fluoresceína, lo que le permitió diagnosticar: Úlcera centropupilar (corneal) en ojo derecho, diagnóstico que fue acertado y que puede ser realizado por el médico de urgencias sin que se precisen de aparatos específicos. Ante tal patología el tratamiento aplicado desde el inicio consistió en ciclopléjico, antibiótico, epitelizante y oclusión, tratamiento adecuado al proceso, y que además, utilizó el antibiótico al que era sensible el microorganismo: Pseudomona, encontrado posteriormente en el cultivo, y que está frecuentemente asociado al uso de lentes de contacto; por tanto no era necesario ni recibir asistencia de especialista, ni realizar otras pruebas, ni utilizar otros instrumentos, en contra de lo que alega el reclamante, porque tanto el diagnóstico como el tratamiento fue el adecuado. En ese sentido, el diagnóstico de úlcera corneal puede ser emitido por un médico general mediante tinción con fluoresceína y sin necesidad de aparatos específicos.

3. En suma, tanto la asistencia recibida en el HGNSG, como la posterior en el HUNSC, por la que el interesado no reclama, fueron las adecuadas, pues no hubo

error médico, ya que se acertó tanto con el diagnóstico con el tratamiento aplicado, asistencia, por tanto, de acuerdo a la lex artis ad hoc.

Como afirman los distintos informes obrantes en el expediente, sus lesiones fueron consecuencia del accidente sufrido en su ojo derecho y de la infección por el uso de lentilla, por lo que no se aprecia la existencia de daños antijurídicos consecuencia de la asistencia prestada al interesado, lo que impide que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que hay que concluir con que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del interesado, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria es conforme a Derecho.