



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de abril de 2023.

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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada (...), representando legalmente a (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 110/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 2 de marzo de 2023 (con registro de entrada en este Organismo el día 3 de marzo de 2023), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La indemnización solicitada supera los 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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 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.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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. No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante ostenta la condición de interesado en el procedimiento al haber sufrido un daño por el que reclama, como consecuencia alega del funcionamiento sanitario [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año, de acuerdo con el art. 67 LPACAP. Concretamente, la reclamación se presenta en fecha 9 de octubre de 2020, en relación con el hecho lesivo alegado determinado el 14 de octubre de 2019, por lo que no habría prescrito el derecho que asiste al afectado para reclamar.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

II

1. En el escrito de reclamación se exponen las siguientes alegaciones:

«PRIMERO.- Como hemos apuntado, la noche del 23 de diciembre de 2018 (...), nacido el 24 de diciembre de 1989, se lanzó desde el balcón del domicilio familiar en un intento de quitarse la vida en presencia de sus progenitores y de su hermana. La primera asistencia sanitaria fue realizada por una ambulancia que trasladó al paciente al Servicio de Urgencias

del hospital universitario Doctor Negrín, donde consiguieron estabilizar su situación clínica y derivarle a la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del mismo centro hospitalario.

SEGUNDO.- Los siguientes meses fueron extremadamente complejos para la vida del paciente, habida cuenta de que su estado físico tenía un deterioro grave que necesitó de diferentes intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, etc. Sólo despertó del coma inducido meses después, habiéndose constatado desde el inicio del proceso asistencial el grave daño medular que le ocasionó una paraplejia de los miembros inferiores.

De la evolución de los meses siguientes cabe destacar no sólo la devastación emocional y psicológica del paciente y su familia, sino también la presentación de un cuadro de sensibilidad extrema en la piel del paciente, que implicaba un dolor insoportable ante cualquier leve contacto, incluyendo los cambios posturales, cuando debían asearle, etc. A eso se sumó un impacto muy significativo en su rostro, cambiando la expresión facial, gesticulando como si quiera tocar objetos en el techo, etc. Todo ese cuadro clínico se achacó a la necesaria sedación y a los tratamientos medicamentosos pautados por el psiquiatra.

Se acompañan como documentos número 3 y 4: Informe clínico de Medicina Intensiva del hospital Dr. Negrín de 29 de abril de 2019 e Informe del Servicio de Psiquiatría de 1 de agosto de 2019.

TERCERO.- El 3 de mayo de 2019 el paciente fue trasladado a la Unidad de lesionados medulares del Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Una vez ingresado en el mencionado centro hospitalario el paciente comenzó a perder visión.

El propio afectado comunicó insistentemente a los profesionales que le atendían esta circunstancia, reiterando que día a día veía menos. Los familiares de (...) también se percataron de esa pérdida de visión, pidiendo y rogando a los médicos que se le hiciera alguna prueba para conocer el origen de esta nueva complicación. La respuesta fue que el paciente debía estar en aislamiento por la presencia de una bacteria intrahospitalaria y fueron pasando los días y las semanas.

Suponemos que este relato fáctico está documentado en el historial clínico del paciente pero, hasta la fecha, el SCS no ha facilitado (como legalmente es su obligación, de acuerdo con la Ley 41/2002) copia de la documentación médica, pese a las diferentes peticiones realizadas.

En el proceso de ir perdiendo la vista, el reclamante se quejó en numerosas ocasiones de que había muchísima luz que le cegaba, rogando a voces que le examinara un oftalmólogo. Todo ello hasta que poco a poco quedó ciego de ambos ojos.

CUARTO.- Durante las semanas posteriores, ante la ausencia de respuesta por parte del personal médico ni la realización de pruebas diagnósticas para determinar lo que estaba ocurriendo al señor (...), la familia consultó con especialistas ajenos al centro hospitalario

quienes verbalmente les indicaron que posiblemente había sufrido un ictus isquémico. Esta posibilidad, una vez que se apuntó a los médicos actuantes sí se contempló como una opción diagnóstica pero, en cualquier caso, no se adoptó en ningún momento medida alguna para confirmarla ni tampoco se optó por realizar una resonancia magnética ni se pautó tratamiento específico.

Se acompaña como documento nº 5: Informe de la Unidad de Lesionados Medulares de 20 de septiembre de 2019.

QUINTO.- Pasaron varias semanas tras el ingreso en el Hospital Insular hasta que se produjo la primera visita de un especialista en Oftalmología. Para entonces la pérdida de visión que había ido sintiendo y padeciendo el reclamante era ya irreversible y definitiva, contemplándose en el informe de alta como Ceguera Cortical.

Dicha ceguera cortical, entendida como súbita y prácticamente producida en cuestión de horas o días, cabe reseñar que no se ajusta a la realidad de lo sucedido: (...) padeció a lo largo de varias semanas un progresivo empeoramiento que no tuvo ni seguimiento ni tratamiento adecuados, llegando ese proceso oftalmológico a una situación de irreparable daño, como es la ceguera en ambos ojos.

SEXTO.- Antes de recibir el alta hospitalaria el 14 de octubre de 2019 se le realizaron dos pruebas en el Hospital Materno-Infantil, incluyendo la denominada Potenciales Evocados Visuales (PEV), constatándose la total pérdida de visión. Al larguísimo proceso de estancia hospitalaria se le añadió la aparición de escaras por el prolongado encamamiento y un periodo de rehabilitación intermitente y breve que, en consecuencia, no evitó la atrofia muscular. Cuando recibió el alta, sirva de ejemplo, aún no sabía hacer la transición de la cama a la silla de ruedas ni viceversa.

Se adjuntan como documentos nº 6 y 7: Informe de alta hospitalaria de 14 de octubre de 2019 e informe de interconsultas de 9 de junio de 2020.

SÉPTIMO.- No obstante, lo que resulta más llamativo y contrario a una buena praxis médica es la ausencia en los distintos centros hospitalarios de la realización de una Resonancia Magnética Cerebral que hubiera podido determinar en un estado incipiente la pérdida de visión y, en consecuencia, hubiera permitido establecer un tratamiento adecuado para evitar o mitigar al menos la severa ceguera que padece en la actualidad el reclamante, máxime cuando el propio enfermo y sus familiares advirtieron en diferentes ocasiones del proceso de empeoramiento que se iba produciendo, originando unos daños adicionales que no debió soportar, motivos que deben ser objeto de indemnización ya que concurren todos los requisitos que, según la Doctrina y Jurisprudencia más autorizados, se deben dar, conforme a los artículos 9.3 y 106 de la Constitución Española, y los artículos 67 y siguientes de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y el artículo 32 Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, POR SER CAUSADO POR UN FUNCIONAMIENTO ANORMAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

Respecto al funcionamiento normal o anormal de la administración la STS de 1 de junio de 2012, Rec. Casación 2491/2010 (En esta sentencia, se reproducen los de la de 21 de febrero de 2012, Rec. de casación 3036/2010): “En materia de responsabilidad patrimonial de la Administración es doctrina reiterada de esta Sala, recogida, entre otras, en sentencias de 16 de mayo de 2008, 27 de enero, 31 de marzo y 10 de noviembre de 2009, dictadas en los recursos de casación núms.7953/2003, 5921/2004 9924/2004 y 2441/2005, respectivamente, que la imprescindible relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo no opera del mismo modo en el supuesto de comportamiento activo que en el caso de comportamiento omisivo. Tratándose de una acción de la Administración, basta que la lesión sea lógicamente consecuencia de aquélla. En el supuesto de comportamiento omisivo es necesario que haya algún otro dato en virtud del cual quepa objetivamente imputar la lesión a dicho comportamiento omisivo de la Administración; y ese dato que permite hacer la imputación objetiva sólo puede ser la existencia de un deber jurídico de actuar” (...)».

2. Mediante Resolución de 6 de noviembre de 2020, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y la realización de cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente. Resolución que se notificó oportunamente al representante legal - (...) - del interesado en el procedimiento.

3. El Servicio de Normativa y Estudios solicitó informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de forma reiterada.

4. Con fecha 15 de noviembre de 2022, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, adjuntando entre otros los siguientes informes médicos: informe emitido por la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; informe emitido por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (art. 81.1 LPACAP). Así, en su informe el SIP alcanza las siguientes conclusiones:

«1.-Se reclama que ante los signos de pérdida de visión en ambos ojos y que condujeron a ceguera total, no se tomaron en tiempo y forma las medidas diagnósticas ni terapéuticas adecuadas. Concreta la prueba diagnóstica en RM cerebral

2.-El paciente se precipita de 6 metros de altura sufriendo politraumatismo con lesiones en varios niveles: TCE con hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea (HSA) difusa, con episodios aislados de HTIC, fractura de AP transversas y T8-T10 con compresión medular, hipertensión intracraneal, neumomomía necrotizante pulmón derecho.

Presentó como secuelas paraplejía severa residual y muy mala agudeza visual (AV).

En su ingreso inicial en la UMI del Negrín permaneció en coma y con oclusión de ambos ojos (al menos hasta el 26 de enero de 2019). El 3 de marzo se encuentra en proceso de despertar.

Por tanto, durante esta estancia no pudo manifestar el paciente alteración en su AV. No obstante, sus familiares comunican con posterioridad al Servicio de Oftalmología del HUGCDN que el paciente ve menos desde el traumatismo.

Sí fue valorado por el Servicio de Oftalmología en la estancia en el HUGCDN, en las fechas 25, 27 y 30 de diciembre de 2018 y 2, 5, 9, 17, 21 y 26 de enero de 2019, debido a maloclusión de ambos párpados con exposición corneal de 3-4 mm, hematoma en ambos párpados, desepitelización corneal de 2-3 mm en hemicórnea inferior, córnea derecha deslustrada, infiltrado.

También fue valorado por el Servicio de Oftalmología del HUIGC el 16 de julio de 2019 y posteriormente el 3 de septiembre.

3.-La reclamante argumenta defectuosa asistencia en base a la no indicación de prueba de imagen craneal, que concreta en RMN.

Sin embargo, a la vista de la HC observamos que se realizó tanto durante su estancia en el HUGCDN como en el HUIGC prueba de imagen craneal, TAC craneal.

Así el 29 de diciembre de 2018 se realizó TAC craneal no existiendo colecciones intracraneales evacuables quirúrgicamente y por tanto no requirió intervención quirúrgica.

Nuevo TAC de cráneo fue realizado el 16 de enero de 2019.

Por otra parte, se destaca en el paciente alto riesgo hemorrágico.

Ya en el ingreso en el HUIGC presentó, el 6 de mayo de 2019, pérdida brusca de visión, descrita tanto en el seguimiento de Enfermería como por el Médico de la ULM. Se indicó, en la misma fecha y por ese motivo, TAC craneal que informa de lesión hipodensa parasagital occipital bilateral, parcialmente bien delimitada, con áreas de hipo densidad mal delimitadas a nivel del mesencéfalo: Hallazgos sugestivos de lesión isquémica subaguda/crónica en territorio vértebro basilar.

Nuevo TAC el 16 de junio de 2019.

Por tanto, el daño en región occipital bilateral descrito en estudio de RM posterior fue diagnosticado y conocido mediante estudio de TAC craneal el mismo día en el que se describió pérdida brusca de visión, 6 de mayo de 2019, y que llevó al diagnóstico de ceguera cortical. Por tanto, no hay relación entre el momento en que se realizó la RM con la secuela por daño cerebral de ceguera cortical.

El paciente hace referencia a ictus isquémico y la no aplicación de medidas terapéuticas. Si se tratara de este supuesto y si se refiere a medidas de fibrinólisis recordemos que fue descrito en este paciente el elevado riesgo de hemorragia y que la imagen describía zonas hipodensas que corresponderían a zonas de isquemia o infartos establecidos y por tanto contraindicaría esta terapia.

Si la ceguera se relaciona directamente con el daño cerebral, recordar que, no siempre se observan imágenes anormales inmediatamente después del traumatismo sino varias semanas o meses posteriormente. Felber y colaboradores realizaron tomografía, resonancia magnética y espectroscopia de los lóbulos occipitales en pacientes con ceguera cortical postraumática, encontrando imágenes normales en la etapa aguda o inmediata al traumatismo; seis semanas después observaron una lesión en los lóbulos occipitales. Demostraron que las lesiones parenquimatosas se pueden desarrollar en regiones del cerebro inicialmente normales durante el periodo agudo posterior al traumatismo.

Después de los estudios que constan en el apartado antecedentes, el diagnóstico ha sido, al igual que durante la estancia en el HUIGC, disminución de AV en relación a daño cerebral residual.

Se emite informe desfavorable en relación a la pretensión de la reclamante (...) ».

5. En relación con el informe del Servicio de Oftalmología indica:

« (...) Paciente que el 24/12/18 sufre precipitación de 6 metros de altura. Es remitido a la UMI de H Dr Negrón y es ingresado con diagnósticos de neumotórax bilateral, TCE con hematoma subdural temporo parietal y temporal izquierdo y fracturas vertebrales dorsales con compresión medular.

El 03/05/19 es trasladado a la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Insular. Se realiza interconsulta al Servicio de Oftalmología por disminución de visión bilateral, el paciente es valorado el 16/07/19 y el 03/09/19. Debido a sus problemas de base no se puede movilizar a Consultas Externas para valoración oftalmológica reglada y es valorado en cama. según consta en su Historia Clínica la exploración oftalmológica en las fechas descritas fue la siguiente:

Agudeza visual (subjetiva) en OD percibe luz I en 01 amaurosis

Polo anterior; medios transparentes, cámara anterior formada en ambos ojos

FO: Papilas bien delimitadas, normocoloreadas, no sobreelevadas, máculas y árbol vascular dentro de la normalidad en ambos ojos.

En TAC craneal realizado el 26/06/19 se aprecia "lesión hipodensa bilateral de localización occipital derecha e izquierda y en región mesencefálica en relación con lesión isquémica de cronología aguda- subaguda en el territorio de arterias cerebrales posteriores".

Ante la sospecha diagnóstica de ceguera de origen central el paciente ha seguido en control y seguimiento por el Servicio de Oftalmología de su hospital de referencia (H Dr N.) y no ha sido valorado desde la fecha descrita por nuestra parte (...) ».

Por parte de la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) entre otros particulares, asimismo, se informa:

« (...) Exploración Física General al ingreso ULM : Paciente consciente, colabora a algunas órdenes sencillas. No es posible determinar orientación ni funciones superiores. Portador de trasqueostomía y mascarilla traqueal. Palidez cutánea, normohidratado. Presenta UPP en ambos codos, y sacro. AC rítmica sin soplos no extratonos. AR: roncus con secreciones profundas dispersas. Abdomen blando, depresible con peristaltismo presente. Portador de SVP. Portador de dos drenajes torácicos pulmón derecho. No edemas ni signos de TVP en MMI.

Exploración neurológica al ingreso.

-Motor: Moviliza MMSS pero con limitaciones articulares en ambos codos. No es posible análisis analítico por nivel. No moviliza MMII.

-No es posible determinar nivel sensitivo.

-Área sacra: esfínter anal contraído, reflejos sacros presentes. Resto no explorable.

Evolución en la ULM: El paciente desde su ingreso se ha incorporado a un programa de rehabilitación intensivo basado en fisioterapia respiratoria y motora, terapia ocupacional y cuidados de enfermería encaminado a conseguir la máxima funcionalidad para su lesión neurológica y comorbilidades.

Ha presentado una evolución lenta pero favorable:

-Se han retirado los drenajes torácicos y la cánula de traqueostomía.

-Se ha conseguido recuperar el balance articular de ambos codos y la funcionalidad de ambos miembros superiores.

-Durante su estancia en la ULM el paciente ha presentado una mejoría de la función cognitiva disminuyéndose el grado de agitación y mejorando progresivamente el grado de orientación y colaboración en el tratamiento rehabilitador.

-El 06.05.19 (tres días después de su ingreso en la ULM) a primera hora de la mañana el paciente, dentro del cuadro confusional y de agitación, refiere ausencia de visión que no constaba en informe de traslado del H. Dr. Negrín.

1.- Se solicita TC Urgente (06.05.19) donde se objetiva:

Llama la atención la presencia de signos de atrofia cerebral, llamativo para la del enfermo, con prominencia surcos y cisuras y dilatación generalizada del sistema ventricular.

Higromas que alcanzan el centímetro de diámetro frontales bilaterales.

Lesión hipodensa parasagital occipital bilateral, parcialmente bien delimitada, con áreas de hipo densidad mal delimitadas a nivel del mesencéfalo: Hallazgos sugestivos de lesión isquémica subaguda/crónica en territorio VB: lesión vascular traumática??

La familia refiere que el cuadro confusional, de agitación y la pérdida de visión ya la refería desde el Hospital Dr. Negrín a raíz de un medicamento que se le administró.

2.- Tras el informe del TC Se Solicita Consulta Neurología (07.05.19): Paciente con politraumatismo. No procede valoración por NRL.

3.-El 26.06.19 se realiza TC de control: Ensanchamiento de surcos corticales y cisuras con dilatación ventricular en relación con atrofia cerebral. Lesión hipodensa bilateral de localización occipital derecha e izquierda y en región mesencefálica en relación con lesión isquémica de cronología aguda-subaguda en territorio de arterias cerebrales posteriores. A valorar lesión en top de arteria basilar.

4.-El 16.07.19 a pesar de haber una imagen en TC cerebral con lesión occipital que justifica la ceguera que refiere el paciente, a petición de los padres, se realiza interconsulta al Servicio de Oftalmología que tras exploración concluye: Baja agudeza visual probablemente en contexto de lesiones occipitales. Anisocoria. Midriasis reactiva ojo izquierda. Globo ocular sin hallazgos que expliquen baja agudeza visual. Se comenta con padre y madre sobre la situación y hallazgos que explican Ja baja agudeza visual, y se explica el mal pronóstico visual. Insisten en reacción adversa a uso de quetiapina. medicamento actualmente suspendido.

5.-El 30.07.20 se realizan unos potenciales evocados visuales que informan: /os potenciales evocados visuales obtenidos con estimulación luminosa con fflash de campo completo son normales.

6.-El 05.09.19 es valorado de nuevo por Oftalmología que descarta lesión del globo ocular y se vuelve a informar al padre de una ceguera cortical de mal pronóstico, recomendando el seguimiento por el Se1vicio de Neurología.

Por todo ello concluimos que la pérdida de visión que nosotros objetivamos a los tres días después de su traslado del Hospital Dr. Negrín:

1.-La familia era conocedora de la pérdida de visión antes de que el paciente fuese trasladado a nuestra Unidad.

2.-La familia lo asocia a un medicamento administrado en Hospital de origen. Posteriormente al Oftalmólogo le comentan que dicho medicamento es la quetiapina. Este medicamento no tiene recogido dentro de los efectos secundarios la pérdida de visión.

3.-La quetiapina que estaba pautada en el tratamiento de alta del Hospital Dr. Negrín se suspende en el ingreso en nuestra Unidad

4.-las pruebas de imagen objetivan una lesión occipital que explican la pérdida de visión. No se puede objetivar exactamente la cronología de la lesión, aunque el informe inicial del TC informase de lesión subaguda-crónica.

5.-El servicio de Oftalmología confirma en su revisión que no hay lesión en el globo ocular y orienta la pérdida de visión en la lesión cerebral (...) ».

6. En fecha 19 de diciembre de 2022, se emite el Acuerdo sobre el periodo probatorio, admitiendo la documental propuesta que obra en el expediente.

7. En fecha 19 de diciembre de 2022, se otorga el trámite de vista y audiencia del expediente, notificada oportunamente.

8. El representante legal del interesado presenta escrito de alegaciones el 13 de enero de 2023, solicitando nueva documentación médica que no consta en el historial clínico del paciente.

9. Con fecha 25 enero de 2023, se atiende la solicitud del afectado, habiéndose recabado por la instrucción la información solicitada en fechas 31 de enero y 3 de febrero de 2023.

10. Con fecha 24 de febrero de 2023, se emite informe jurídico mostrando su conformidad con el borrador de la propuesta de resolución.

11. En fecha 28 de febrero de 2023, se emite Propuesta de Resolución.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria.

2. En el supuesto planteado, el reclamante expone que la pérdida de visión fue progresiva desde el 3 de mayo de 2019 hasta que finalmente fue diagnosticado de ceguera, por lo que considera que hubo pérdida de oportunidad al no habersele practicado todas las pruebas médicas precisas para evitar el mal pronóstico de pérdida de visión y la posibilidad, por tanto, del establecimiento de un tratamiento.

3. A este respecto, la Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de la pérdida de oportunidad como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la ha aplicado a la actuación del facultativo

cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014) (...) ».

4. En el presente caso, el reclamante fue diagnosticado de politraumatismo con lesiones en varios niveles: TCE con hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea (HSA) difusa, con episodios aislados de HTIC, fractura de AP transversas y T8-T10 con compresión medular, hipertensión intracraneal, neumomónia necrotizante pulmón derecho. Presentando como secuelas paraplejia severa residual y muy mala agudeza visual (AV).

En su ingreso inicial en la UMI del Negrín permaneció en coma y con oclusión de ambos ojos (al menos hasta el 26 de enero de 2019). El 3 de marzo de 2019 se encuentra en proceso de despertar.

La primera referencia a la pérdida de visión que figura en la historia clínica del paciente es el 6 de mayo de 2019, una vez que fue trasladado a la Unidad de Lesionados Medulares del CHUIMI, no llegándose a constatar pérdida de visión previamente en la documental médica obrante en el expediente.

Lo que sí se acredita es que, de forma inmediata, al manifestarse la pérdida de visión del paciente, se solicita y realiza TAC urgente el mismo día que informa de

lesión isquémica en territorio occipital de cronología subaguda/crónica. Posteriormente, se realizaría, el 16 de junio de 2019, TAC de control evolutivo.

En consecuencia, tras la pérdida brusca de visión el 6 de mayo de 2019 al paciente se le realizaron las pruebas diagnósticas necesarias a fin de averiguar el motivo de pérdida de visión, diagnosticándose una ceguera cortical originada por lesión occipital.

Además, el paciente desde su ingreso en diciembre de 2018 fue valorado por el Servicio de Oftalmología en la estancia en el HUGCDN, en las fechas 25, 27 y 30 de diciembre de 2018 y 2, 5, 9, 17, 21 y 26 de enero de 2019, debido a maloclusión de ambos párpados con exposición corneal de 3-4 mm, hematoma en ambos párpados, desepitelización corneal de 2-3 mm en hemicórnea inferior, córnea derecha deslustrada, infiltrado. También fue valorado por el Servicio de Oftalmología del HUIGC el 16 de julio de 2019 y posteriormente el 3 de septiembre.

Asimismo, la Administración sanitaria alcanza a probar fehacientemente que al paciente se le realizaron varias pruebas de imagen craneal, TAC, desde su ingreso en ambos centros hospitalarios. Concretamente, el 29 de diciembre de 2018 se realizó TAC craneal no existiendo colecciones intracraneales evacuables quirúrgicamente y por tanto no requirió intervención quirúrgica. Un nuevo TAC de cráneo fue realizado el 16 de enero de 2019, el 6 de mayo y el 16 de junio de 2019.

5. Los informes médicos obrantes en el expediente confirman así que el daño en región occipital bilateral descrito en estudio de RM posterior fue diagnosticado y conocido mediante estudio de TAC craneal el mismo día en el que se describió pérdida brusca de visión, el 6 de mayo de 2019, y que llevó al diagnóstico de ceguera cortical. Por tanto, no hay relación entre el momento en que se realizó la primera RM con la secuela por daño cerebral de ceguera cortical.

Por lo demás, se informa que en el supuesto de que la ceguera se relacionara directamente con el daño cerebral no siempre se observan imágenes anormales inmediatamente después del traumatismo sino varias semanas o meses posteriormente.

Se considera que tanto el diagnóstico como la asistencia sanitaria recibida por el paciente coinciden en la disminución de agudeza visual (AV) en relación con el daño cerebral residual, señalando al efecto que la ceguera cortical es la falta de visión motivado por una lesión cerebral en el lóbulo occipital, y que estas lesiones pueden

estar originadas por traumatismos craneoencefálicos como sufrido por el paciente debido a la precipitación en intento de autólisis.

Se confirma, pues, que la ceguera cortical no tiene su origen en el medicamento quetiapina sino en la lesión cerebral que presenta el paciente.

6. Del modo expuesto, en el caso planteado no se observa mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente, no desprendiéndose de los informes preceptivos y complementarios médicos que completan el expediente contradicciones o discrepancias entre las actuaciones sanitarias practicadas en relación con el diagnóstico que el paciente iba recibiendo.

No cabe enjuiciar las actuaciones médicas *ex post facto*, sino *ex ante*, dados los síntomas y la clínica que presentaba el afectado en cada momento.

Y es a partir de estos datos que se formularon los distintos diagnósticos, tratamientos y pruebas efectuadas al paciente según la evolución de sus dolencias por las que fue oportunamente intervenido y tratado conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por las argumentaciones expuestas, en definitiva, se aprecia que no concurre en este caso pérdida de oportunidad, demora o error en el diagnóstico, ni mala praxis, entendiendo este Consejo Consultivo que la Propuesta de Resolución es conforme a derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho.