



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 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 por (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 105/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración ha solicitado el presente dictamen; por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (v.gr., Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre).

Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 (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).

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

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, mediante el SCS.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 4 de diciembre de 2019, habiéndose producido el hecho lesivo entre los días 24 y 31 de diciembre de 2018 y sin que estuviera perfectamente determinado el alcance de las lesiones del interesado en el momento de presentar la reclamación de responsabilidad patrimonial, lo que aconteció en un momento posterior a su presentación.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por el interesado se narran los siguientes:

«PRIMERO.- Que el lunes 24 de diciembre de 2018, como consecuencia de una visión borrosa acaecida unos días antes, por el Doctor (...) del Centro (...) se me diagnosticó desprendimiento de vítreo posterior en la que según su informe esta dolencia no requiere tratamiento, reposo relativo mientras desaparecen los síntomas, y como tercera y última apreciación, que ante la aparición de: aumento de visión de manchas, aparición de fogonazos de luz o aparición de un telón negro que quita parte de la visión acudir a urgencias. Se acredita tal extremo con copia de dicho informe y se acompaña bajo el número 1 de documentos.

SEGUNDO.- Que ante la aparición de fogonazos de luz en el ojo derecho y siguiendo las recomendaciones del facultativo anteriormente expresado, el sábado 29 de diciembre de 2.018 en el Servicio de Urgencias de Oftalmología del Hospital Dr. Negrín la Doctora (...) decide dar láser por desprendimiento de retina en el referido ojo derecho, causándome, unos dolores en cuatro o cinco ocasiones difícilmente descriptibles en este escrito por lo tan dolorosa que me resultó la prueba, siendo consciente de ello la doctora que tuvo que parar en muchas ocasiones para poder reponerme de tal sufrimiento, citándome para el 8 de enero de 2.019 para revisión y valorar si es necesario dar más láser en dicho ojo, según justifico con copia del listados de notas que acompaño bajo el número 2.

TERCERO.- Que el lunes día 31 de diciembre de 2.018 y ante la aparición de nuevos fogonazos de luz en el ojo afectado, acudo al mismo servicio de Urgencias de Oftalmología del mismo Hospital Dr. Negrín y por otra doctora que no puedo precisar su nombre ya que en mi historial clínico (número 364403) no aparece referencia alguna a dicho hecho, estando de guardia ese día la misma doctora que me valoró el primer día, Dra. (...) se decide volver a dar láser en el mismo ojo porque, (según parece) no había quedado bien soldada la retina en el láser que se me dio el sábado anterior, 29 de diciembre, en la que de nuevo y ante tan dolorosa prueba, la doctora que me estaba dando el láser tuvo que parar en varias ocasiones para poder descansar el ojo por el tremendo dolor que me producía, siendo igualmente consciente de ello la nueva doctora.

CUARTO.- El día 8 de enero de 2.019 acudo a la consulta de oftalmología del Dr. Negrín y la doctora (...) me manifiesta que la retina ha quedado bien soldada y que en cuanto al dolor, supuestamente en una semana aproximadamente desaparecería del todo.

QUINTO.- Que como quiera que pasados unos días no se me quitaba el dolor tan fuerte que tenía, acudí el 10 de enero de 2.019, esta vez a la consulta privada del Dr. (...) que me prescribió para el dolor Deliban comprimidos 75/650, 1 cada 12 horas y un colirio

Dexametasona Colirio 1 gota cada 8 horas durante 5 días para refrescar el ojo. Acredito tal extremo con copia de la prescripción de medicamentos, así como las recetas médicas bajo los números 3, 4 y 5.

SEXTO.- Ante la insistencia del dolor tan fuerte que tenía en la zona occipital, justo en la zona interior del párpado del ojo derecho, el 29 de enero de 2.019 acudo a mi médico de familia del Servicio Canario de Salud y decide inyectarme Trígon Depot 40 mg, una ampolla para aliviar el dolor, Zamene 30 mg, tegretol 200 mg y noctamid 1 mg, quien ya me había facilitado la baja laboral desde el 2 de enero de 2.019 por "desprendimiento de retina no especificado" hasta el 16 de enero, ambos inclusive. Justifico dicho hecho con copia de la receta electrónica y copia de los partes de baja laboral, señalados bajo los números 6 y 7.

SÉPTIMO.- Que de nuevo, el 29 de enero, es decir, 13 días más tarde desde que se me concediera la alta médica, causo baja laboral debido a los fuertes dolores que padecía que me impedían trabajar con normalidad, así como llevar una vida normal. Igualmente, acompaño copia del parte de baja con el número 8.

OCTAVO.- Que a la vista de mi situación y sin que con la toma de los medicamentos prescritos no sintiera alivio a mis fuertes dolores sin saber exactamente qué era lo que me sucedía, el 14 de febrero acudo a otro médico de medicina general y me diagnostica "neuralgia del trigémino" y me prescribe dezacor 30 y tegretol, medicamentos usualmente utilizados para este tipo de dolencias. Acredito dicho extremo con copia de la prescripción de medicamentos, señalado con el número 9 de documentos.

NOVENO.- Además de todo lo anterior, son interminables las ocasiones en las que acudí al servicio de Oftalmología del Hospital Dr. Negrín para que la doctora me valorara sin que encontrara una razón por la cual tenía tanto dolor y sobre todo, porque me había producido tanto dolor el láser que se me había dado el 29 y 31 de diciembre, siendo la última vez el jueves 21 de febrero a las 9 de la mañana que fui citado para que por el Neurólogo-Oftalmólogo de dicho servicio, el Dr. (...) me valorara y así sucedió, se me diagnostica trocleitis derecha y se me infiltra a nivel de fosa troclear inyección con dexametasona y mepicaina con un buen resultado inicial que estuve sin dolor alrededor de casi tres meses. No es posible justificar dicho extremo porque no figura relacionado en el historial médico, sin saber la causa de tal omisión.

DÉCIMO.- Como consecuencia del desprendimiento de retina se me aconsejó no hacer ningún esfuerzo y permanecer durante un tiempo acostado boca abajo para que soldara bien la retina, y además de encontrarme de baja laboral por los fuertes dolores que tenía, el día 25 de febrero del presente año, debido a un dolor en la pantorrilla del pie derecho se me diagnostica trombosis venosa profunda, en la que durante seis meses de tratamiento anticoagulante con "Síntróm" por fin el 7 de noviembre recibo el alta por este diagnóstico, tomando en la actualidad "Adíro" 100 durante seis meses para prevenir cualquier recaída, según acredito con el informe de urgencia del Hospital (...) de esta Ciudad de esa misma

fecha, con justificante del Cirujano Vascular del siguiente día remitiéndome al Hematólogo, e informe de este último bajo los números 10, 11 y 12.

DÉCIMO-PRIMERO.- Ante toda esta serie de acontecimientos, el hecho es que pasados los dos meses largos desde la primera infiltración, volvieron a aparecer los fuertes dolores que son casi imposibles de describir, motivo por el que se me vuelve a infiltrar en zona troclear y en escotadura supraorbitaria hasta en tres ocasiones más con mínima respuesta, sólo los primeros días hasta que el oftalmólogo, el Dr. (...) aconseja valoración y tratamiento por neurología, según resulta de copia de su informe que se acompaña bajo el número 13 de documentos.

DÉCIMO-SEGUNDO.- Que con el fin de obtener una segunda opinión, el lunes día 5 de agosto de 2.019 fui valorado por otro Oftalmólogo, el Dr. (...) manifestando como hipótesis de trabajo que cabría pensar en alguna microafectación neuromotora en el área troclear o aledaños, según justifico con copia del referido informe que acompaño bajo el número 14 de documentos.

DÉCIMO-TERCERO.- Ante tales diagnósticos, el primero del doctor de medicina general que me informa que es una neuralgia del trigémino, y los otros oftalmólogos que es una trocleitis, el 9 de agosto pasado acudo al servicio de neurología del Hospital (...) y por la doctora (...) definitivamente se me diagnostica NEURALGIA TERRITORIO V1 derecho (n. supraorbitario) e inicio el tratamiento médico recomendado, que igualmente justifico con copia del informe, numerado bajo el ordinal 15 de documentos.

DÉCIMO-CUARTO.- Que a las dos semanas, exactamente el 23 de agosto acudo de nuevo a su consulta para revisión y de nuevo emite un informe coincidente con el anterior, salvo que también añade el V2 ya que no solo me afecta al V1 sino también a la cara y oído derecho, copia de dicho informe acompaño bajo el número 16.

DÉCIMO-QUINTO.- Que con el fin de tener un diagnóstico exacto, el día 13 de septiembre de 2.019 fui sometido en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital (...) en esta Ciudad a una prueba de potencial 4 evocado visual, informado la doctora (...) que los datos obtenidos en el ojo derecho no objetivan signos de afectación del nervio óptico ni de la vía visual, que igualmente lo justifico con copia del mismo y acompaño con el número 17.

DÉCIMO-SEXTO.- Que de nuevo, el día 17 de septiembre fui valorado de nuevo por la Doctora (...) cuyo juicio diagnóstico fue NEURALGIA DE TRIGÉMINO (V1-V2), copia de dicho informe se acompaña con el número 18.

DÉCIMO-SÉPTIMO.- Para concluir con todas las pruebas que se me podían hacer para tener un diagnóstico concluyente, el 31 de julio me realizaron una resonancia magnética de las regiones orbitarias cuya conclusión fue normalidad morfológica de ambas órbitas y el 23 de septiembre otra resonancia magnética, esta vez cerebral, con idéntico resultado, el árbol

vascular encefálico presentan una morfología y distribución dentro de la normalidad. Justifico dichos informes con copia de ellos que acompaño con los números 19 y 20.

DÉCIMO-OCTAVO.- Para mi tranquilidad y para tener otra opinión de otros especialistas, (neurólogos), el 25 de septiembre acudí a la consulta del Dr. (...) coincidiendo con la doctora Sra. (...) en que se trata de una NEURALGIA TRIGÉMINAL, que como en todos los casos anteriores, acompaño copia del informe bajo el número 21 de documentos.

DÉCIMO-NOVENO.- Actualmente y desde el 25 de Octubre último estoy siendo tratado por la Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín con el juicio diagnóstico "dolor en regiones de la cara coincidiendo con las tres ramas del trigémino de predominio en la región de la primera y segunda rama del trigémino de características neuropáticas de causas no claras y con datos de desaferentización", estando actualmente recibiendo radiofrecuencia pulsada cada semana desde el 6 de noviembre actual.

Igualmente, acompaño copia de los documentos que me facilitaron al ingreso en dicha Unidad con el número 22.

De todo lo expuesto se acredita la relación de causalidad entre la aplicación del láser y el resultado dañoso es manifiesta por cuanto la práctica realizada en la intervención no fue adecuada a la *lex artis*».

2. Para realizar una adecuada determinación de los antecedentes de hecho se ha de tener en cuenta lo manifestado en el primer informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), especialmente en el resumen de los hechos que consta en el mismo, siendo lo siguiente:

«Paciente varón de 60 años afecto de: colelitiasis, trastorno de ansiedad, hernia discal lumbar izquierda, en 2004 colecistectomía laparoscópica.

El 24 de diciembre de 2018 el paciente acude a Oftalmólogo privado aquejado de miodesopsias (puntos o manchas con diversos tamaños, espesores y formas en el campo visual de la persona que lo padece) y le diagnostica desprendimiento de vítreo posterior. Reposo relativo mientras tenga síntomas. Le refieren que ante aparición de nueva clínica, aumentos de manchas, fogonazos de luz o aparición de un telón negro acudir a urgencias.

El 29 de diciembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr Negrín, lleva 2 días refiere con fotodesopsias (percepción de luz - rayo luminoso), y que llevaba 1 semana con miodesopsias, que acudió a su Oftalmólogo particular y le diagnostica, desprendimiento de vítreo posterior, DVP.

Es atendido por Oftalmólogo de guardia, es explorado, detectando "roto" en retina de ojo Dr, firma C.I. y se realiza aplicación láser en dicha zona de la retina. Se da cita para el 8 de enero para valorar si mas láser en ojo Dr.

Acude de nuevo al Servicio de Urgencias el 31 de diciembre refiriendo nuevas fotopsias, el Oftalmólogo valora a la paciente y a la exploración observa: OD: roto periférico rodeado de láser con retina aplicada. Refuerzo láser.

El 8 de enero de 2019 acude el paciente a revisión en Hospital Negrín. El Oftalmólogo anota que ya no tiene fotosopsias y refiere dolor en ojo Dr. Tras revisión: cicatrices láser témporo inferior bien pigmentadas, resto sin cambios. Explican signos de alarma y control en su CAE en 9 meses.

El 11 de enero de 2019 el médico de cabecera anota historial: "rotura en vítreo de ojo Dr que arrastró retina y sufre laserterapia que hubo que repetir y está en seguimiento en Oftalmología Hospital Dr Negrín (...)".

El médico de cabecera anota en historial clínico de A.P. el 25 de febrero de 2019: "el 21 de febrero de 2019 juicio diagnóstico Neurólogo, Dr Negrín, trocleitis (cefalea por desórdenes en el cráneo). Tras infiltración ha mejorado mucho (...) en dos meses si malestar volver a CCEE de Neurología".

El 25 de febrero de 2019 diagnóstico privado en (...) por dolor en pantorrilla de MID sin traumatismos, trombosis venosa en extremidad inferior derecha, tto. Heparina, derivado a Hematología y a Cirujano Cardiovascular para Eco-Doppler del SCS.

El tto. posterior es Sintrom por 6 meses.

El 19 de marzo en tto. con Sintrom. Diagnóstico de trombosis venosa profunda en MID.? Evolución favorable. Secundaria al reposo. Posteriormente tto con Adiro 100.

El 22 de julio de 2019 en CCEE de Oftalmología: "Remiten a Neuro-oftalmología para valorar terapia sistémica".

El 5 de agosto acude a Oftalmólogo privado que tras valorarlo sitúa como hipótesis de trabajo cabría pensar en una microafectación neuromotora en el área troclear o aledaños.

El 8 de agosto 2019 anota Médico de Familia: "valorado por médico privado hoy, Oftalmólogo, con diagnóstico de neuralgia de rama oftálmica tras posible troceitis, resistente al tratamiento ocular. Aconseja control y tratamiento por Neurólogo".

El 9 de agosto de 2019 Neuróloga en Hospital (...) con juicio diagnóstico de neuralgia del territorio nervio supraorbitario, V1 derecho. El 23 de agosto la misma neuróloga añade al diagnóstico la también afectación del territorio V2.

El 27 de agosto de 2019 el médico de familia anota en historial: tras valoración Oftalmólogo acude a Neurólogo el día 13 de agosto de 2019 por dolor ocular y facial Dr moderado, ojo Dr, de 10 meses de evolución, tras tto. con fototerapia por desprendimiento de retina. Se valora y se establece como juicio diagnóstico de neuralgia el Trigémico en

territorio V1 Dr 8n. Supraorbitario) y V2. Se pauta tto. (...) . se cita para septiembre ver evolución. En segunda opinión por otro Neurólogo.

El 13 de septiembre de 2019 en el Servicio de Neurofisiología clínica del Hospital (...) se realiza prueba de PEV-PATTERN que demuestra que los datos el ojo Dr no objetivan signos de afectación del nervio óptico ni de la vía visual.

El 23 de septiembre de 2019 RMN craneal y Angio-RMN normales, en Hospital (...). En septiembre de 2019 otro Neurólogo privado cree es una afectación Trigémico también, neuralgia del Trigémico

El 3 de octubre de 2019, Consultas Externas de Neurología Hospital Dr Negrín, consulta por dolor retroocular en OD que describe en relación temporal con láser en OD. Inicialmente fue valorado por sospecha de trocelitis con tratamiento de infiltración peritroquear con buena respuesta inicial, pero en punciones posteriores el paciente refiere la respuesta ha sido mala. Refiere dolor de 5 persistente en la EVA (escala visual analógica): (...). La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.

Se ha realizado RMN orbitaria sin resultado de patología. Tratamientos médicos sin resultado. Se deriva a consulta de cefalea.

El 25 de octubre de 2019 primera visita a UDO Dr Negrín: "causa: dolor facial Dr desprendimiento de retina en diciembre del año anterior, precisando tto. Oportuno de láser en dos ocasiones, mientras se realiza ambas siente un intenso dolor que persiste en la fase postoperatoria, y que respondió a técnicas de infiltración a nivel de orbita Dr., mejorando durante 3 meses. A partir de marzo del presente año sufre una recaída del dolor que no responde al mismo tipo de infiltraciones orbitarias bloqueo del nervio supraorbitario" realizado 3 veces, sufre un incremento del área de dolor que engloba al área correspondiente a las tres ramas del Trigémico (aunque las dos fundamentales son la primera y la segunda). La intensidad media es de EVA de 5 sobre 10 soportables, pero nota crisis eventuales, no diarias, sin un estímulo claro que dura de 5-10 minutos pero insoportable 10 sobre 10 escala, con clínica vegetativa acompañante (...) . Importantes datos de afectación neuropática con importante componente emocional".

Presenta informe de RMN cerebral y de Angio-RM sin datos de interés. Estudios de orbita sin datos de interés. PEV sin datos de afectación vía visual ojo Dr, si leve afectación del ojo izquierdo. En la exploración neurológica no datos de focalidad neurológica.

Dolor en regiones de la cara coincidiendo con las tres ramas del Trigémico, de predominio en la región de la primera y segunda rama del Trigémico, de características neuropáticas de causas no claras y con datos de desaferentización.

Comento el caso y planteo la posibilidad de bloqueo periférico de las tres ramas del Trigémico Dr. mas o menos bloqueo del punto Trigger del nervio Arnold Informo de los pros y

los contra, pongo en lista de espera tras firmar consentimiento informado (...) (...) (El nervio de Arnold o raíz posterior de la segunda raíz cervical actúa a dos niveles, motor, sobre los músculos profundos de la nuca y a nivel sensitivo, actuando sobre la sensibilidad del cuero cabelludo y un Punto Gatillo o Trigger Point es una zona hiperirritable e hipersensible dentro de una banda tensa de un músculo, que popularmente llamamos contractura. Las principales características del Punto Gatillo son: Nódulo (nudo) palpable. Dolor a la palpación, produciendo un espasmo muscular).

Tratado en noviembre de 2019 por la Unidad de Dolor del Hospital Negrín, el 12 de noviembre, el 26 de noviembre y el 10 de diciembre de 2019 en CCEE de la Unidad de Dolor se procede a bloqueo de nervios supraorbitario e infraorbitario mas nervio occipital mayor con radiofrecuencia pulsada (...) .con buen efecto, en la actualidad el paciente lleva una semana sin síntomas. Revisión en CCEE en un mes.

En control enero de 2020 sigue sin dolor.

El 21 de enero de 2020 en la Unidad de Dolor el servicio médico anota : “ Sin dolor por el momento (refiere un pinchazo puntualmente), ni rachas de parestesias en el área de la primera y segunda rama diarias y eventuales (no dolor) (...) .planteo bajar Trileptal ”

En CCEE de Unidad de Dolor en febrero de 2020: “dolor por el momento controlado con 5 crisis muy autolimitadas con el tratamiento (...) (...) no descarto en función de la evolución nuevas técnicas. aconsejo incorporarse a su medio laboral de forma progresiva evitando en la medida de lo posible episodios de stress importantes”.

El 26 de febrero de 2020 la sintomatología ha estado estable con la medicación (...) . hasta hace 2 semanas que comenzó con empeoramiento paulatino, estando en la actualidad con crisis casi diarias, intensas, que impiden realización de tareas cotidianas, precisando subir la dosis medicación para controlar. Está pendiente de RMN de alto campo en Madrid (...) ” Importante bradipsiquia, remiten a Psiquiatra de la unidad y aconsejan a Atención Primaria derivar a Salud Mental.

El 9 de marzo de 2020, cita en Madrid para ANGIOIRM 3 Teslas.

El 18 de marzo de 2020 el Servicio de UDO-CEX hospitalaria: Me informa de una RM craneal de alto campo que se ha realizado en Madrid recientemente, en el que se evidencia según informe los siguientes hallazgos "Se realizó estudio en incidencias (...) (...) y se refiere: “No apreciamos alteraciones morfológicas ni de señal en tronco cerebral ni cerebelo. Paquetes acústico faciales y estructuras de oído interno sin hallazgos reseñables. Engrosamiento del trayecto cisternal del Trigémino derecho con respecto al contralateral se objetiva además una impronta de su margen superior por la arteria cerebelosa superior derecha. Trayecto cisternal del Trigémino izquierdo normal Parénquima hipofisario, quiasma y cuerpo calloso de características normales. Sustancia blanca supratentorial con mínimos

espacios perivascuales de Virchow Robin frontales subcorticales, de escasa significación patológica. Surcos corticales y sistema ventricular supratentorial normal.

En el estudio de AngioRM lintracraneal no se identifican otras alteraciones reseñables
Conclusión: Engrosamiento del trayecto cisternal del Trigémino derecho con respecto al contralateral, con impronta vascular de su margen superior"

Plan: No se descarta en futuro a corto o a largo plazo, la realización de una técnica intervencionista por nuestra parte, entre otras posibilidades, un bloqueo con radiofrecuencia pulsada de la primera rama y radiofrecuencia térmica de la segunda rama del Trigémino derecho, para lo que hay que informar de forma adecuada tanto verbal y por escrito al paciente, además de informarle del resto de posibilidades terapéuticas de este problema de salud (entre otros, microdescompresión quirúrgica del Trigémino, radiocirugía estereotáctica, etc)."

El 22 de abril de 2020 el médico de cabecera anota: (...) .entrega informe de consulta de seguimiento por UDO CEX telefónico de fecha 20 de abril de 2020 según protocolo de actuación por Covid 19, informa de dolor controlado con la medicación (...) . valoran debe seguir en ILT hasta poder valorar una técnica intervencionista que pueda implicar una reducción significativa de las necesidades farmacológicas para mejor control del dolor de neuralgia del V par craneal).

El 4 de mayo de 2020 en consulta de Unidad de Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional anotan en el historial clínico entre otros: "Planteo y reexplico la posibilidad de radiofrecuencia de ganglio de Gasser. Reinformo de los pros y los contras (el paciente tiene copia del consentimiento que ya se le dejó), pongo en lista de espera quirúrgica según protocolo".

En la misma Unidad el 8 de mayo de 2020: "Acude el paciente, previsto para procedimiento (bloqueo con radiofrecuencia del ganglio de Gasser). Informo verbalmente de los pros y los contras. Firma consentimiento informado y lista de espera. Pendiente de preoperatorio el lunes y de prueba de PCR también el lunes. Se retira Adiro por el momento".

El 11 de mayo de 2020 el Servicio de Anestesia realiza valoración para radiofrecuencia (térmica y pulsada) del ganglio de Gasser Dr, por neuralgia del Trigémino Dr. acepta consentimiento de anestesia verbal y escrito. Este tto se realiza el 13 de mayo con anestesia local y sistémica y sedación profunda en los momentos del tto.

El ganglio del Trigémino o ganglio de Gasser se ubica en la cara anterosuperior de la porción petrosa del hueso temporal, en la fosa de Gasser, en la cara cerebral del peñasco del temporal. De él se emiten las tres ramas del nervio trigémino, o quinto par craneal.

El 19 de mayo de 2020 aporta informe de radiofrecuencia a su médico de cabecera (...) . No incidencias en procedimiento.

El 27 de mayo refiere mejoría clínico del dolor a su médico de cabecera (...) .

El 30 de junio de 2020 en consulta de Centro de Salud anota el médico: aporta informe del 22 de junio de 2020 en Udo-CEX, "ha tenido 3 crisis tras procedimiento en una semana pero de menor intensidad. Se reduce medicación oral. Se aconseja no stress hasta estabilidad".

El 1 de julio de 2020 control Psiquiatra, refiere antecedentes desde 2018 de síndrome ansioso reactivo en contexto de sobrecarga como cuidador familiar, de su madre con demencia. Reconoce frustración y temor a dolor prolongado en sus crisis, pero gestiona dichas emociones eficazmente, sin quedarse "enganchado" a ellas o a alguna rumiación. La anticipación ansiosa al dolor puntual, no le impide desarrollar actividades placenteras. No síntomas psicóticos ni suicidabilidad. JC: Malestar reactivo, sin criterios de trastorno adaptativo".

El 22 de julio de 2020 en Centro Salud anotan historial. "Nuevo brote de neuralgia del Trigémino Seguimiento por UDO, que tras valoración deciden proponerlo para volver a intervenir. Valorado por Psiquiatra".

El 31 de julio de 2020 en el Servicio de UDO-CEX: "El paciente informa de crisis muy intensas c/2 días (10/10 EVA) de 10 segundos de duración con fenomenología vegetativa asociada a la misma, de la que tarda en recuperarse ("ese día no puede hacer nada") más dolor diario y continuo (8/10 EVA) en territorio no completo de 1ª rama y si completo de 2ª rama del trigémico. Por otra parte, aunque la medicación actualmente le controla el dolor, "le deja agotado", y con "dificultad para concentrarse". Expuesto el caso en sesión clínica conjunta de la Unidad, se plantea:

-1º.- Dada la edad, la patología previa del paciente y los hallazgos de la RM, sería candidato a valoración por parte del Servicio de Neurocirugía del beneficio de una microdescompresión vascular quirúrgica.

-2º.-Dada la respuesta previa aunque parcial del procedimiento, repetir la radiofrecuencia nuevamente del ganglio de Gasser, informando de la posibilidad de peores resultados con respecto a la primera, incluso del incremento de la posibilidad de una anestesia dolorosa a nivel facial, como complicación asociada entre otras. Por el momento, desea pensarse esta última opción, y está de acuerdo en la interconsulta preferente al Servicio de Neurocirugía para la posibilidad quirúrgica. Doy documentación por escrito.

El 31 de julio de 2019 la RMN de órbitas en Hospital (...), resulta normal.

El 3 de agosto de 2020 el médico de cabecera anota: se propone en NCIR cirugía, (microdescompresión vascular quirúrgica).

El 7 de septiembre de 2020. Evolución UDO CEX " (...) .estable durante los últimos 4 días refiere crisis casi diarias durante los últimos 3 meses, con cierta intolerancia a la

medicación (decaimiento, falta de concentración y de memoria). Planteo nueva radiofrecuencia del ganglio de Gasser derecho explicándole en todo momento los pros y los contras de un nuevo procedimiento. Tras firma de consentimiento informado pongo en lista de espera quirúrgica”.

El 22 de septiembre de 2020 acude por empeoramiento del dolor en la última semana.

(...) . (aumento de medicación oral). Valorado en la Unidad de Dolor por parte del Neurocirujano que plantea nueva radiofrecuencia del ganglio de Gasser Dr (...) está yendo al Psicólogo,,,,,

El 7 de octubre de 2020, nueva sesión de radiofrecuencia por neuralgia el V par segunda rama Dr. dolor intensísimo posterior que precisó analgesia intensa (...) .

El 20 de octubre de 2020 en cita sucesiva de UDO-CEX: “Refiere anestesia en región anterior de la segunda rama del Trigémino derecho. Le explico que es un posible efecto del procedimiento tras dos lesiones. Mucho efecto secundario de la medicación por lo que procedo la actualización de la misma (...) .”.

El 11 de noviembre de 2020: Evolución UDO CEX. “Refiere control completo en la actualidad del dolor pero con molestias tipo anestesia (que ha mejorado con respecto a la situación posterior al procedimiento) más sensación de frialdad a nivel orofaríngeo posterior al masticar. (no refiere sensación de sabor amargo ni sensación de líquido ni otros datos. Sigue con importantes efectos secundarios con la medicación por lo que procedo a ajustarla (...) .” .

Evolución UDO CEX. 04-dic-2020.

“El paciente refiere una mejoría significativa del dolor con respecto a la situación previa al procedimiento, informando de una falta de sensibilidad en región correspondiente a la segunda rama más crisis de comienzo reciente de crisis a nivel de primera rama del Trigémino derecho en los últimos 10 días unas cinco crisis en los últimos 7 días pero única y no más de 10 segundos, aunque muy intensa. Me comenta gran angustia en relación con la incertidumbre que le está generando el proceso, con importante insomnio asociado. Comentado el caso en sesión clínica, planteo no bajar más la medicación, y subir la dosis nocturna de Pregabalina a 75 mg, además de plantear una nueva interconsulta a psiquiatría [Dr. (...)] comentando el caso directamente con él. Por el momento, y dada la evolución del caso previamente, con recidiva de la clínica a pesar de las diferentes procedimientos planteados previamente, con periodos oligosintomáticos muy cortos inferiores a los tres meses, no es conveniente bajar más la medicación a pesar de entre otros efectos secundarios, del grado de disminución de la concentración y trastornos amnésicos que le produce la misma con la idea de evitar aumentar proceso.”

Evolución UDO CEX. 14 de diciembre de 2020. “Acude el paciente por dolor pero no de las características que refería previamente en el pómulo derecho sino lo describe como presión

con estímulos mecánicos al tacto a nivel de punto Trigger a dicho nivel con tensión asociada a nivel del oído ipsilateral, con hipoestesia en territorio de segunda rama de Trígémino asociada. Dicha presión lo refiere como una intensidad media de 8/10. También asocia empeoramiento con la masticación. Asocia cuadro importante de angustia y ansiedad por el que he pedido nueva valoración por Psiquiatría. También comenta falta de concentración a lo largo de la mañana y a media tarde con lapsus importantes de memoria a corto plazo. No descarto nuevos procedimientos pero por el momento ajusto el tratamiento (...) .”

Tipo: Evolución UDO CEX. 29 de diciembre de 2020:

“El cuadro relacionado con la segunda rama, refiriendo que existe un alivio del dolor eléctrico del Trígémino, pero que en la actualidad persiste una hipoestesia en pómulo con sensación de frío y presión asociada, que no ha mejorado con la medicación (...) . “

Llamadas telefónicas de control por situación de COVID.

El 18 de enero de 2021 (sic) el médico de cabecera anota en historial clínico: “cita virtual informe actualizado de UDO y NCIR funcional. Fecha de 14 de diciembre de 2020, dolor descrito como una presión en pómulo Dr con estímulos mecánicos al tacto a nivel del punto Trigger asociada a nivel del oído ipsilateral mas hipoestesia en territorio de segunda rama de V par asociada (...) (...) cuadro de angustia y ansiedad (...) falta de concentración (...) . Lapsus de memoria (...) . sin descartar nuevos procedimientos en el futuro”.

El 26 de enero médico cabecera anota: mucho mejor después de la segunda intervención (...) .

El Servicio de UDO y CEX emite informe el 24 de febrero de 2021 un informe amplio con la siguiente conclusión: “Se trata de un paciente en el que los datos clínicos y su evolución a posteriori más la coexistencia de una impronta vascular en el trayecto cisternal del nervio Trígémino, son compatibles con una neuralgia esencial del Trígémino, es decir, sin una causa clara salvo el posible origen neurovascular por los hallazgos de la RM craneal. Por otro lado, la clínica última que comenta el paciente, sugiere un síndrome de dolor por desaferentización en la segunda rama del nervio Trígémino derecho, que implicaría una contraindicación de una nueva técnica ablativa sobre dicho nervio, ya que habría con dicho procedimiento, un mayor riesgo de empeoramiento del cuadro actual que en estos momentos está controlado pero con ayuda de medicación de segunda escalón (Tramadol con paracetamol (75/650)) más Oxcarbazepina 300 mg C/12horas y Lamotrigina 100 mg C/12 horas, que se descarta una suspensión completa del mismo durante los próximos años (periodo no inferior a los dos años) dada la evolución desde su inicio del cuadro, donde nunca se ha podido bajar la dosis de la medicación a umbrales que mejoren el trastorno de la memoria y de la concentración que informa el paciente. Y por último, y ante la evolución previa del caso, se ha pedido una evaluación a través de interconsulta al Servicio de Neurocirugía, para valoración del beneficio del único tratamiento no ablativo que sería la

microdescompresión vascular del nervio Trigémico, dada la edad del paciente y los antecedentes personales, ya que la otra alternativa (radiocirugía mediante Gamma- Knife) estaría limitada al tratarse de una técnica lesiva”.

Juicio Diagnóstico: Neuralgia esencial del nervio Trigémico derecho con afectación de las tres ramas de dicho nervio pero fundamentalmente la primera y segunda rama, en relación con impronta en el margen superior del trayecto de dicho par craneal en su trayecto cisternal de la arteria cerebelosa superior derecha.

El 16 de marzo de 2021 revisión de UDO CEX, informe a médico de cabecera de seguir con cuadro compatible con sdr de desaferentación de segunda rama de V par craneal Dr aunque dolor controlado de momento con la medicación.

El 18 de marzo en Centro de Salud, se informa de nuevo de prueba complementaria, RMN craneal en fosa posterior, ANGIOREM intracraneal engrosamiento del trayecto cisternal del V par Dr con respecto al contralateral, con impronta vascular de su margen superior.

Controles sucesivos UDO-CEX. El 28-abr-2021. Refiere un dolor muy intenso a nivel de segunda rama y región relacionada con el nervio occipital mayor derecho, con datos ya comentados en las anteriores notas (dolor en segunda rama que lo describe como intensa presión en contraposición a las características eléctricas que tenía previamente) y con respuesta parcial a fármacos. Por lo que propongo un primer bloqueo del nervio occipital mayor derecho sin y con radiofrecuencia pulsada, y tras informar de los pros y los contras firma de consentimiento informado, procedo a bloqueo con Ropivacaína al 0,2% más 40 mg de Trigon Depot del nervio occipital mayor derecho, con mejoría inmediata del dolor antes comentado. Se recita para nuevo procedimiento.

El 28 de junio de 2021 Acude paciente para bloqueo de A. septiembre del año 2021. “El efecto le dura un mes y medio (casi dos) pero vuelve con la misma sintomatología que cubre también área correspondiente al nervio auricular mayor ipsilateral. Se replantea el procedimiento previo y tras firma de consentimiento informado tras explicar los pros y los contras, se procede a repetir el bloqueo del Nervio Occipital homolateral derecho con Bupivacaína al 0,25% más 40 mg de Trigon Depot, con alivio inmediato de la sintomatología. Se vuelve a citar para valorar la realización de una radiofrecuencia pulsada asociada”.

El 28 septiembre 2021. “Acude paciente para bloqueo Radiofrecuencia pulsada del nervio Trigémico. Bloqueo del nervio occipital mayor con RFP”. Sesiones de radiofrecuencia pulsada sucesivas.

El 14 de diciembre de 2021 el médico de cabecera informa que el Hospital (...), el Servicio de Neurología del 11 de noviembre del año 21, este servicio valorando los resultados de los tratamientos ejercidos “realiza bajo control radiológico y con ayuda de impedancias, termocoagulación del nervio C2 Dr a nivel de salida vertebral del mismo con el objeto de lesionar a los nervios occipital mayor y menor de su origen. La termocoagulación del nervio

C3 Dr con las mismas características. Irá retirando medicación que está tomando actualmente de forma progresiva (...) (...) Tiene nueva cita telefónica con Neurocirugía de la Península tras las Navidades”».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 4 de diciembre de 2019.

El día 31 de enero de 2020, se dictó la Resolución n.º 278/2020 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, el informe del servicio de oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y el informe de la Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional del referido Centro hospitalario.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte del interesado y se le otorgó un primer trámite de vista y audiencia, sin que se presentara escrito de alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, consta una primera Propuesta de Resolución, emitida el día 27 de diciembre de 2022, el Borrador de la Resolución definitiva, el informe de la Asesoría Jurídica Departamental y, por último, el día 27 de febrero de 2023 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva de sentido desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

En relación con la cuestión de fondo se afirma en la Propuesta de Resolución lo siguiente:

«A la vista de la reclamación presentada, lo primero que nos preguntamos es si la intervención que le fue practicada al reclamante, con carácter de urgencia, por roto periférico de retina en ojo derecho, que padecía fue conforme a la lex artis.

En este sentido el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, sostiene que es valorado de forma urgente por Oftalmólogo, éste observa que el paciente sufre en ojo derecho un roto periférico en retina. El tratamiento es urgente. De no realizarse se complicara con desprendimiento de retina que es mas grave y que lleva a empleo de cirugía con resultados finales mas comprometidos.

El tratamiento en estos casos es el láser, el mismo se emplea un numero de veces necesario para sellar la rotura. En este caso le dan dos sesiones, una el 29 de diciembre y otra el 31 de diciembre de 2018.

Es el tratamiento adecuado para el caso que presenta el paciente. La retina se selló completamente, y no tuvo mas roturas ni daños en el ojo.

Por lo tanto el tratamiento pautado, fue el correcto, de hecho el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, cuando describe las patologías que padece el reclamante, desde el punto de vista médico señala que la fotocoagulación con láser es un tratamiento clásico en Oftalmología desde hace más de medio siglo. La fotocoagulación con láser tiene múltiples indicaciones en función de la patología a tratar. En el caso de la retinopatía diabética (...) . Otra de las principales indicaciones de la fotocoagulación láser es el tratamiento de los desgarros retinianos (...) .. tb para el tratamiento de aneurismas de gran tamaño denominados macroaneurismas. (...) lesiones tumorales (...) . retinopatía del prematuro.

No constan incidencias en la aplicación del láser ni se aporta por el interesado prueba alguna que indique impericia o negligencia en su aplicación, sin que el hecho de que fuera necesario aplicarlo en dos ocasiones sea síntoma de ejecución defectuosa, puesto que como se informa se aplicará el número de veces que resulte necesario para sellar la rotura y dejarla resuelta.

El reclamante, a pesar de la urgencia de la intervención, firmó consentimiento informado, en el que se explicaron los riesgos típicos y atípicos derivados de la intervención, en esta línea el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala que el paciente, aún siendo un procedimiento urgente, firma el correspondiente consentimiento informado. El consentimiento informado firmado expone: que puede haber posibilidad o riesgo de sufrir inflamaciones de todas o de parte de las estructuras del globo ocular, hemorragias, hipertensión ocular, dolor, deslumbramiento etc disminución total o parcial de la visión que en algún caso puede ser definitiva situaciones atípicas de riesgo como fotocoagulación directa sobre zona de máxima visión (...) y que no implica la curación o mejoría, no alcanzándose los objetivos previstos o deseables en la totalidad de los casos (...) Estas son las situaciones de riesgo típicos o atípicos.

No es la neuralgia del Trigémino siquiera un riesgo atípico. No se encuentra entre riesgos muy raros dicha patología. Los datos de patología objetivable en las pruebas diagnósticas variadas realizadas al paciente nos informan de no patología en la zona cerebral, en la órbita, vía visual etc y no focalidad neurológica.

Por lo tanto inicialmente, la neuralgia del trigémino que el reclamante anuda como secuela de la aplicación del láser no guarda relación con la intervención realizada, a tal efecto recoge el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones lo siguiente el 10 de julio de 2020 tras todas las pruebas, estudios (...) entre ellos la última RMN de alto campo magnético realizada en Madrid de forma privada, la Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional emite juicio diagnóstico de “neuralgia del Trigémino Dr idiopático, con afectación de las tres ramas (...) con impronta en el margen superior del trayecto de dicho par craneal en su trayecto cisternal de la arteria cerebelosa superior derecha (...)”. ello existe sólo en el lado Dr. concluyendo que ello es típico de la neuralgia del Trigémino idiopática. Se desconocen las causas.

(...)

De igual forma traemos a colación el juicio diagnóstico efectuado por la Unidad de Dolor Crónico y el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr N. donde afirman tras recorrido, estudio clínico y pruebas complementarias, en julio de 2021: “Se trata de un paciente en el que los datos clínicos y su evolución a posteriori más la coexistencia de una impronta vascular en el trayecto cisternal del nervio Trigémino, son compatibles con una neuralgia esencial del Trigémino, es decir, sin una causa clara salvo el posible origen neurovascular por los hallazgos de la RM craneal”.

Por lo tanto, a la vista de los informes incorporados al expediente, no existe prueba que permita afirmar que la neuralgia del trigémino que padece el reclamante sea una secuela de la intervención que le fue practicada, de hecho el interesado no aporta prueba pericial que desacrediten los informes incorporados al expediente, quedando acreditado el origen idiopático de su padecimiento, y en consecuencia la falta de nexo causal».

2. Este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante acerca de los requisitos legalmente exigidos para imputar a las Administraciones Públicas la responsabilidad patrimonial dimanante de los hechos lesivos, como se hace en el Dictamen 411/2022, de 27 de octubre, entre otros muchos, que:

«En relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- *La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.*

- *Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.*

- *Ausencia de fuerza mayor.*

- *Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».*

Asimismo, como se ha razonado reiteradamente por este Consejo Consultivo, tanto el art. 139 LRJAP-PAC, como el actualmente vigente art. 32 LRJSP, exigen para que surja la obligación de indemnizar de la Administración, que el daño alegado debe ser causa del funcionamiento normal o anormal de un servicio público. No basta, por tanto, que el reclamante haya sufrido un daño al hacer uso de un servicio público, sino que es necesario que ese daño haya sido producido por su funcionamiento. Tampoco basta que éste haya sido defectuoso; es necesario que entre el daño alegado y el funcionamiento anormal haya una relación de causalidad», doctrina aplicable al presente asunto.

3. En este caso, el interesado reclama, exclusivamente, porque considera que los daños que sufre se produjeron con ocasión del tratamiento del desprendimiento de retina, que sufrió en diciembre de 2018, el cual se efectuó con láser, a su juicio, de forma contraria a la *lex artis*.

Pues bien, a la hora de entrar en el análisis de la cuestión de fondo, se ha de tener en cuenta, en primer lugar, lo manifestado en el informe del SIP acerca de la patología por la que reclama el interesado, neuralgia del trigémino, en el que se señala que:

«La neuralgia del Trigémino es un trastorno del nervio Trigémino o V par craneal que ocasiona episodios recurrentes de dolor paroxístico (intenso, agudo, superficial, de carácter punzante o eléctrico), en una mitad de la cara. Suele durar de un segundo a dos minutos y generalmente respeta el sueño. Se la considera la aflicción más dolorosa conocida en la práctica médica. El lado derecho suele afectarse más frecuentemente (60%), siendo bilateral en sólo 1-6% de los casos. Frecuentemente, el tratamiento farmacológico no es eficaz y requiere de tratamiento quirúrgico. Aunque el dolor puede presentarse de forma espontánea, es habitual la presencia de zonas gatillo que se activan ante estímulos táctiles o térmicos, (masticar, hablar, peinarse, cepillarse los dientes, comer o bostezar), actividades cotidianas diarias que pueden desencadenar una crisis de dolor muy incapacitante.

(...) La neuralgia del Trigémينو generalmente es causada por: Compresión del nervio Trigémينو en su raíz por un asa aberrante de una arteria intracraneal (p. ej., arteria cerebelosa anteroinferior, arteria basilar ectásica). Menos a menudo, por un asa venosa que comprime el V nervio craneal (Trigémينو) en la zona de entrada de su raíz en el tronco encefálico. Otras causas menos frecuentes incluyen la compresión por un tumor, una malformación arteriovenosa, un aneurisma y, ocasionalmente, una placa de esclerosis múltiple en la zona de entrada de la raíz (en general en pacientes más jóvenes), pero estas causas en general se distinguen por los déficits sensitivos y de otro tipo asociados».

En segundo lugar, en el informe de la Unidad del Dolor y Neurocirugía Funcional, al que se hace referencia en el informe del SIP, se afirma acerca del posible origen de la patología que sufre el interesado que *«Se trata de un paciente en el que los datos clínicos y su evolución a posteriori más la coexistencia de una impronta vascular en el trayecto cisternal del nervio trigémينو, son compatibles con una neuralgia esencial del trigémينو, es decir, sin una causa clara salvo el posible origen neurovascular por los hallazgos de la RM craneal».*

En tercer lugar, en el informe del SIP, elaborado basándose en los informes de los servicios sanitarios actuantes, se concluye que :

«1.- Paciente que es diagnosticado de desprendimiento de vítreo en Oftalmólogo privado el 29 de diciembre de 2018 con la advertencia de que si la clínica empeora o nuevos síntomas acudir a urgencias. Ante la aparición de nuevos síntomas-signos acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr Negrín.

Es valorado de forma urgente por Oftalmólogo, éste observa que el paciente sufre en ojo derecho un roto periférico en retina. El tratamiento es urgente. De no realizarse se complicara con desprendimiento de retina que es mas grave y que lleva a empleo de cirugía con resultados finales mas comprometidos.

El tratamiento en estos casos es el láser, el mismo se emplea un numero de veces necesario para sellar la rotura. En este caso le dan dos sesiones, una el 29 de diciembre y otra el 31 de diciembre de 2018.

Es el tratamiento adecuado para el caso que presenta el paciente. La retina se selló completamente, y no tuvo mas roturas ni daños en el ojo.

2.- El paciente, aún siendo un procedimiento urgente, firma el correspondiente consentimiento informado. El consentimiento informado firmado expone: que puede haber posibilidad o riesgo de sufrir inflamaciones de todas o de parte de las estructuras del globo ocular, hemorragias, hipertensión ocular, dolor, deslumbramiento etc (...) disminución total o parcial de la visión que en algún caso puede ser definitiva (...) . situaciones atípicas de

riesgo como fotocoagulación directa sobre zona de máxima visión (...) y que no implica la curación o mejoría, no alcanzándose los objetivos previstos o deseables en la totalidad de los casos (...).

Estas son las situaciones de riesgo típicos o atípicos.

No es la neuralgia del Trigémino siquiera un riesgo atípico. No se encuentra entre riesgos muy raros dicha patología».

4. Todo ello demuestra que la actuación médica referida se produjo conforme a *lex artis*, ya que se trataba de una intervención médica adecuada y necesaria para tratar el desprendimiento de retina que sufría el interesado, que se efectuó de forma correcta y en la que no se produjo de forma efectiva ninguno de los riesgos posibles que pueden derivar de la misma y que obraban en la documentación relativa al consentimiento informado que firmó el interesado.

Así mismo, también se ha probado en virtud de la documentación médica incorporada al expediente que la patología que sufre el interesado es de carácter craneal, que no afecta a los nervios ópticos y que es del todo ajena a la intervención con láser producida en diciembre de 2018, ya que con toda probabilidad tiene un origen neurovascular.

Por el contrario, el interesado no ha presentado elemento probatorio alguno que permita entender acreditadas sus alegaciones, ni que permita considerar que los referidos informes médicos sean incorrectos.

5. Este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, entre otros, en el Dictamen 490/2022, de 19 de diciembre, acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «Lex artis ad hoc».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la

actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este

criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se van a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9

de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. Teniendo presente la doctrina que acaba de transcribirse, cabe señalar, en primer término, que ya como punto de partida el interesado no ha demostrado que la Administración sanitaria haya actuado conforme a la lex artis, ni tampoco que no se hayan puesto a su disposición la totalidad de los medios materiales y humanos con los que cuenta.

Este Consejo Consultivo, así las cosas, ha señalado en multitud de dictámenes (por todos, valga la cita del DCCC 180/2022) que, según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al actual art. 32.1 LRJSP-, constituye requisito imprescindible 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.

Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP, en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como resulta de la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 LEC, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al sujeto que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que se opone a ello.

Sobre la Administración, por el contrario, 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)».

Esta doctrina que acaba de transcribirse resulta plenamente aplicable a este supuesto en virtud de lo ya expuesto.

Por todo lo expuesto, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de los hechos alegados por el interesado 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, mientras que, del examen de la historia clínica y los informes recabados a lo largo de la tramitación del procedimiento, se concluye la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*, por lo que debe desestimarse la pretensión resarcitoria del interesado, y en consecuencia declarar conforme a derecho la Propuesta de Resolución.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, se considera conforme a Derecho, con base en los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.