Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 1 9 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de diciembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 477/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 16 de octubre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 4 de noviembre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 98.467,74 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

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 (en adelante, 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 (en adelante, LOSC); 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. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Además, actúa debidamente representado por la Letrada (...) (art. 5 LPACAP).

4.2. 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.

5. 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.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 6 de octubre de 2021 respecto de un daño acaecido el 1 de noviembre de 2020, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

« (...) SEGUNDO.- La presente reclamación tiene por objeto que se declare la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud con causa en la negligencia en el estudio del paciente por parte del servicio de urgencias y por parte del servicio de oftalmología del Hospital General de La Palma. Se realizó un limitado diagnóstico de tensión arterial elevada demorando el diagnóstico del herpes zoster que padecía y que determinó la mala evolución del mismo con una neuritis óptica herpética de ojo derecho, causando la pérdida de visión del ojo derecho y consiguiente daño moral que supone asumir dicha secuela con 35 años de edad y desarrollar las tareas diarias de la vida laboral y personal con las limitaciones funcionales y estéticas que conlleva. No hubo un tratamiento temprano y adecuado con el que se hubiera evitado la total pérdida de visión del ojo derecho.

Conforme puede apreciarse en la Historia Clínica de (...), número 79400, el paciente comenzó a sentir dolor ocular frontal derecho el día 26 de octubre de 2020, acudiendo el día 28 de octubre al Centro de Salud de Los Llanos de Aridane con "cita forzada", siendo atendido por la Doctora (...), que al verle el ojo rojo y el bulto encima de la ceja derecha le advirtió que había que tener cuidado con un herpes en la cara, encargando la realización de una analítica de sangre. Al día siguiente se realiza la analítica y el paciente es visto en el mismo Centro de Salud por su doctora de cabecera (...), quien emite el mismo día 29 de octubre de 2020 pase de interconsulta al Servicio de Urgencias del Hospital por "ojo rojo", insistiéndole en que acuda esa misma tarde.

(...)

El paciente entró esa tarde en el Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma sobre las 17:36 horas y fue dado de alta a las 01:17 horas, (...), con diagnóstico principal de "TA elevada", indicando que continuara el control el lunes por su médico de atención primaria y que continuara con el tratamiento pautado: "antihipertensivo en domicilio".

Ese día 30 de octubre de 2020 el reclamante tuvo mucho dolor de cabeza, siendo el día que sacó la primera fotografía de la zona facial al observar "ampollas en la frente". (...) .

TERCERO.- El día 31 de octubre de 2021 empeora el dolor de cabeza y el ahora reclamante acude por segunda vez al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma porque "persisten molestias en ojo derecho". Ante la presencia de lesiones en región frontoparietal derecha (vesículas) diagnostican "herpes zoster cutáneo+oftálmico derecho". Consta en el informe clínico de fecha 31 de octubre de 2021, (...), que "es comentado con oftalmólogo (Dr. (…)), quedando citado para el día siguiente a consulta de oftalmología (Dr. (...)), sin ingreso hospitalario. La visita a urgencias duró aproximadamente media hora, pautando el tratamiento que consta en el informe.

Al día siguiente es domingo y el ahora reclamante acude a la consulta programada con el Dr. (...) en el servicio de oftalmología del Hospital General de La Palma, no obstante, sólo se encuentra en la consulta dicho profesional, sin encender los equipos de la consulta de oftalmología. El Dr. (...) le observa el ojo, comentan la situación y pregunta al paciente "¿Tú ves?", contestando el paciente que sí. Ese día (01/11/2020) el oftalmólogo Dr. (...) le manifiesta al paciente que él le veía el ojo bien, sin ser nuevamente citado.

Conforme consta en el Listado de Notas del Servicio de Oftalmología, (...), ese día 1 de noviembre de 2020, el Dr. (...) hace constar que el paciente es remitido de urgencia por herpes zoster, no refiere disminución de AV, presentando leve edema palpebral. También consta en el mismo listado de notas que el Doctor (...) hace constar el 4 de noviembre de 2020 que atiende al ahora reclamante remitido de urgencias nuevamente como paciente del Dr. (...) por herpes zoster en ojo derecho que "no fue citado a revisión". Se recoge que hace nueve días que presenta cefalea hemicránea derecha, con lesiones que aparecieron hace cinco días (el 01/11/2020). Así consta en el informe clínico de urgencias de fecha 1 de noviembre de 2020: "lesiones en hemifrente derecha compatibles con Herpes Zóster. Hiperemia conjuntival, edema palpebral y epifora ojo derecho" (...) . Según podrán especificar los especialistas médicos y/o peritos cuyos informes sean requeridos en vía administrativa o contencioso-administrativa desde entonces se observan lesiones cutáneas y desde el 29 de octubre se evidencia el ojo derecho rojo.

El día 2 de noviembre de 2020 el paciente es visto por la Doctora (...) en atención primaria, tramitando la baja laboral y añadiendo un diurético al tratamiento ya pautado, así como Neurotín 300 mg para el dolor neuronal, tomándolo ya ese mismo día. (...) .

CUARTO.- Con fecha 3 de noviembre de 2020 el ahora reclamante debe acudir por cuarta vez al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma, a las 20:18 horas, por pérdida

de visión en el ojo derecho. Conforme consta en el informe clínico (...), el motivo de la consulta es "disminución de AV en OD", es comentado con el oftalmólogo de guardia (Dr. (...)). Se suspende el medicamento "Virgán" y se cita para control al día siguiente a las 09:30 horas.

QUINTO.- El día 4 de noviembre de 2020 el ahora reclamante acude a la consulta de oftalmología del Hospital General de La Palma, siendo atendido por el Dr. (...) y demás sanitarios que allí se encontraban con todos los equipos técnicos en funcionamiento. Tras la realización de minuciosas pruebas en consulta se le diagnostica "neuritis óptica herpética en ojo derecho con desgarros retinianos en ojo izquierdo", conforme consta en el listado de notas (...), siendo derivado al servicio de urgencia "para valoración urgente por neurología e ingreso a cargo de medicina interna/neurología". Se le pauta iniciar Aciclovir 10mg/kg cada 8 horas, prednisona 60 mg VO, siendo citado para revisión en 24 horas en la agenda del Dr. (...) (oftalmólogo tratante).

Fue ese día 4 de noviembre de 2020 cuando el paciente quedó ingresado en el Hospital tras acudir cuatro veces a urgencias y a alguna consulta de oftalmología y atención primaria por una patología iniciada el 26 de octubre de 2020 y habiendo solicitado la primera asistencia sanitaria el día 28 de octubre de 2020.

Conforme consta el listado de notas del Servicio de Oftalmología del Hospital General de La Palmas (...), el día 5 de noviembre de 2020 empeora la visión, perdiéndola también en la periferia temporal del ojo derecho. Al ahora reclamante dos oftalmólogos (Dr. (...) y Dr. (...)) comentan el caso en la consulta y parecen tomar consciencia de la gravedad del caso ese día, llamando al neurólogo para que realicen resonancia magnética "con suerte para mañana". Ese día el neurólogo (...) le explica al paciente que el herpes viaja por los nervios, pero por muy cerca que esté el nervio óptico del cerebro, no tendría por qué tener más daño neuronal. Le comentó que estaría ingresado al menos un par de semanas, dando instrucciones de aumentar la dosis de ciclovir a 1,1 gramo según su peso, que sería administrado por vía intravenosa.

Se realizó RM de cerebro sin y con contraste esa tarde del 5 de noviembre de 2020, en cuyo informe, (...), consta la siguiente conclusión: "Hallazgos compatibles con neuritis óptica derecha aislada. Ocupación de celdillas mastoideas derecha de aspecto inflamatorio. Resto sin hallazgos relevantes".

SEXTO.- El 6 de noviembre de 2020 el Dr. (...) le manifiesta al paciente que es una mala noticia la pérdida de visión periférica aun estando ingresado y atribuye la causa a la agudeza del herpes, queriendo averiguar si existe alguna inmunodeficiencia que explicara una defensas bajas. Es por ello que solicita un estudio inmunológico a hematología, (...) .

El neurólogo (Dr. (...)) le explica al paciente que el nervio afectado es el trigémino superior y le pregunta desde cuándo se veían las ampollas en la nariz, pudiendo comprobar

con las fotografías diarias realizadas que se observaban desde el sábado 31 de octubre de 2020, recordando que al día siguiente fue explorado por el oftalmólogo Dr. (...) Los días siguientes de ingreso continuaron los controles y pautas en el tratamiento tal y como consta en el listado de notas de oftalmología, siendo el diagnóstico neuritis óptica herpética en ojo derecho, necrosis retiniana y desgarros retinianos en ojo izquierdo, pautando las dosis de Aciclovir y prednisona principalmente. El 7 de noviembre de 2020 en oftalmología le manifiestan al paciente que "ya no trabajamos para salvar la visión en tu ojo derecho, trabajamos para evitar males mayores", tomando conciencia el ahora reclamante que no recuperaría jamás la visión del ojo derecho. Y ello habiendo sido tratado por un oftalmólogo en el Hospital General de La Palma desde el 1 de noviembre de 2020 y por el servicio de urgencias desde el 29 de octubre de 2020, máxime con la previa derivación desde atención primaria a urgencias para lograr obtener una exploración de oftalmólogo con estudio del fondo ocular, que no fue realiza a tiempo.

No consta un estudio inmunológico desfavorable y tras 14 días ingresado el paciente recibe el alta hospitalaria. Conforme consta en el informe clínico de Alta del Servicio de Medicina Interna de fecha 17 de noviembre de 2021 (...) se realizó interconsulta a hematología que amplía estudio de inmunodeficiencias, resultando éste sin alteraciones inmunológicas groseras ni a nivel celular ni a nivel humoral. También se realizó interconsulta a psicología que diagnostica "reacción ansioso subdepresiva en evolución, impresiona de buena evolución y realizará seguimiento ambulatorio".

(...)

El diagnóstico principal en el informe clínico de alta no es el de la primera consulta al servicio de urgencias (ojo rojo y TA elevada), sino herpes zoster oftálmico derecho y neuritis óptica derecha probablemente secundario a herpes zoster.

(...)

SÉPTIMO.- Debido a la ausencia de respuesta sanitaria adecuada por parte del Servicio de Urgencias del Hospital de La Palma y del Oftalmólogo Dr. (...), (...) solicitó la canalización al Hospital Universitario, cuya propuesta fue realizada el 3 de diciembre de 2020, justificando el propio peticionario ((...)) la canalización por "carencia de ser especializado".

(...)

OCTAVO.- Ante lo desconcertante de la situación médica y psicológica en la que se encontraba el ahora reclamante y en aras de obtener una solución externa al Servicio Canario de Salud, se desplazó a la isla de Tenerife acompañado para obtener pruebas médicas de contraste, siendo costeadas de manera privada.

(...)

NOVENO.- Infracción de la lex artis. Entiende esta parte reclamante que procede un reproche asistencial en el retraso de diagnóstico del herpes zóster por parte del Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma y por el oftalmólogo (...), que derivó en una neuritis óptica derecha con secuela de pérdida de visión total del ojo derecho y consiguiente daño moral por afectación a diferentes esferas de la vida personal y laboral del paciente.

(...) En la historia clínica del paciente, atendiendo a todos los servicios implicados (asistencia primaria, urgencias y oftalmología), consta que no se pusieron a disposición del paciente todos los medios sanitarios existentes, dado que no se le practicaron pruebas médicas que analizaran el fondo del ojo, limitándose a realizar una exploración presencial con limitado diagnóstico inicial de tensión arterial elevada. Así mismo, cuando aparecieron lesiones cutáneas se diagnosticó herpes zóster sin adoptar la necesidad de ingreso para la administración intravenosa de tratamiento que sólo fue acordada cuando ya el paciente manifestaba pérdida de visión.

Entiende esta parte que en el servicio de urgencias del Hospital General de La Palma y el oftalmólogo Dr. (...), en su condición de médico especialista que llevó el seguimiento del paciente desde la primera visita a urgencias, ha infringido la lex artis aplicable a su especialidad que originó la mala evolución del herpes zoster y la neuritis óptica con pérdida de visión total del ojo derecho, perdiendo la oportunidad de tratamiento previo que hubiera evitado dicho desenlace. Las carencias de diagnóstico impidieron un tratamiento adecuado y el servicio prestado no se adecuó a la lex artis aplicable, que fue vulnerada en diferentes momentos, donde se han infringido derechos básicos del paciente: derecho a la información asistencial y el derecho a las prestaciones sanitarias dentro de plazos definidos. (...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 12 de septiembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

El presente informe tiene como objetivo poner en contexto la relación de los hechos con la historia natural de la enfermedad de la paciente y la adecuación de los servicios sanitarios prestados a (...) nacido en el año 1985, con 35 años para el momento de los hechos y con los siguientes antecedentes personales:

- Hipertensión Arterial desde el 2020.

- Sinusitis 2008.

- Otitis media aguda en 2009.

- Conjuntivitis aguda en 2019.

- Ojo Rojo en 2020.

- Herpes Zóster Oftálmico derecho en 2020.

- Neuritis pos-herpética en 2020.

1.- El día 28 de octubre de 2020 el paciente acudiría al Centro de Salud en Los Llanos de Aridane con cita forzada para ser valorado por la Enfermera y la Médica de Familia de su cupo de salud. El paciente refería cefalea de varios días de evolución por lo que se realizó examen físico en donde presentó elevación de las cifras de tensión arterial y ojo rojo.

Debido a esto se solicitó analítica completa con bioquímica, serología, hormonas y enfermedades de origen reumatológico. También se le indicó captopril (hipotensor) para bajar la tensión arterial y se le explicó al paciente lo siguiente; "Las cifras de la tensión arterial son altas , pero presenta en la zona frontal ,justo en la zona de la ceja donde refiere el dolor existe hiperemia conjuntival en el ojo derecho le recomiendo esté pendiente de si salen más lesiones en la piel por posible herpes zóster le mando a enfermería para bajar cifras de tensión Arterial y controles sucesivos.".

2.- El día 29 de octubre de 2020 (...) acudiría nuevamente al Centro de Salud de Los Llanos de Aridane refiriendo cefalea con cifras de tensión elevadas más ojo rojo de 2 días de evolución, negando pérdida de visión. Al examen físico presentó cifras de tensión arterial alrededor de 155/95 mmHg, ojo derecho rojo, casi cerrado, sin supuración, hiperemia conjuntival, pupila levemente midriática, con pobre reacción a la luz.

Los resultados de analítica que se había realizado previamente concluían con función renal normal, resto de bioquímica, hemograma y factores pro-inflamatorios normales.

Teniendo en cuenta estos hallazgos se derivó al paciente por sus propios medios al hospital de referencia con carácter urgente según consta en el peticionario, con el objetivo de realizar valoración oftalmológica y diagnostico diferencial. También se indicó amlodipino (hipotensor) para dar cobertura a las cifras de tensión que permanecían elevadas.

3.- El mismo día 29 de octubre de 2020 al las 17:36 horas el paciente acudiría al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma (HGDLP) en donde sería valorado en contexto de cefalea de 4 días de evolución y tensión arterial elevada con enrojecimiento del ojo derecho. A la exploración física solo presentó cifras de tensión elevada sin embargo el resto del examen físico concluyó que todo estaba normal, incluyendo la exploración sistemática de los pares craneales, también se realizó electrocardiograma (ECG) resultando anodino.

Se dejó en observación tras pautar; captopril, Nolotil® (antiinflamatorio), alprazolam (ansiolítico-hipotensor), furosemida (diurético-hipotensor), y paracetamol, logrando la reducción de las cifras de tensión arterial indicándose posteriormente el alta a las 01:17 horas del 30 de octubre de 2020 con la indicación de Nolotil® oral y control estrecho por su médica de familia.

4.- El día 31 de octubre de 2020 el reclamante acudiría nuevamente a Urgencias del Hospital General de La Palma por molestias en el ojo derecho, con visión conservada. Refiriendo que le habían salido lesiones en región fronto-parietal derecha, como vesículas, con dolor en la zona. Al examen físico presentó elevación de cifras de tensión, dolo ocular al mover el ojo, sin pérdida de visión y vesículas cutáneas. Por lo que se solicitaron pruebas de imágenes y de laboratorio complementarias. De igual manera se comentó el caso con el Médico Oftalmólogo de guardia en contexto de Herpes Zóster Oftálmico derecho (HZO) quien concluyó que el paciente debía comenzar con Famvir® (anti-viral), Isopto ® (pomada de B12), Virgan® gel (antiviral tópico) y acudir al día siguiente a las 08:30 horas a revisión por la Consulta Oftalmología.

5.-El día 1 de noviembre de 2020 (...) sería valorado a las 08:16 horas por consulta externa de oftalmología (OFT-CEX) en el Hospital General de La Palma por herpes- zóster oftálmico sin disminución de agudeza visual. Al examen físico presentó leve edema palpebral con hiperemia moderada (enrojecimiento), sin problemas en la córnea y con efecto Tyndall (pequeños corpúsculos flotando en el humor acuoso) negativo. Igualmente se midió el valor de la tensión ocular la cual se referenció en 17 mmHg concluyendo que estaba normal. Por lo que se indicó tratamiento con Virgan Gel® e Isopto B12®.

Durante esta visita se contra-derivó al Servicio de Urgencias del mismo hospital con el objetivo de aumentar pauta analgésica con Zaldiar®, Nolotil® y Enantyum® indicando el alta tras dar las recomendaciones de acudir si empeoraba y de control por su médico de atención primaria.

6.- El día 2 de noviembre de 2020 el paciente acudiría a consulta con su Médica de Familia en Centro de Salud de Los Llanos de Aridane en el contexto de herpes-zóster Oftálmico ya valorado y con tratamiento indicado desde el Servicio de Oftalmología del (HGDLP), durante esta visita se le proporcionaron orientaciones generales y se inició el proceso de incapacidad temporal.

7.- El día 3 de noviembre de 2020 a las 20:18 horas el paciente acudiría al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma Refiriendo disminución de agudeza visual del ojo derecho, por lo que tras realización de anamnesis se procedió a hacer examen físico en donde resaltaron los hallazgos de hipertensión arterial, lesiones en la piel de la región frontal típicas de herpes zóster, edema en parado inferior, pupila midriática, reactiva, con motilidad ocular conservada.

También se realizó tinción ocular con fluoresceína la cual resultó negativa, por lo que se comentó con el oftalmólogo de guardia quien dio recomendaciones generales, suspender la pomada Virgan® y cita para control por consulta externas de oftalmología para el día siguiente a las 9:30 horas.

8.- El día 4 de noviembre de 2020 a las 10:26 horas el paciente acudiría a OFT-CEX en el contexto de diagnóstico de Herpes Zóster Oftálmico derecho con cefalea en hemicráneo de 9 días de evolución, haciendo referencia a que las lesiones cutáneas aparecieron desde el 01/11/2020 por lo que se indicaron antivirales orales sistémicos y tópicos, llevando 3 días de tratamiento, presentando visión borrosa en el ojo derecho.

Se protocolizó entonces examen médico oftalmológico en donde se concluyó que tenía la visión disminuida del ojo derecho, con una pupila casi arreactiva, córnea con edema sub-epitelial y efecto Flare positivo (se visualizaba una banda el centro del ojo). Al fondo de ojo se constató que el paciente tenía la papila hiperémica con isquemias arteriales y hemorragias en la periferia y por último se realizó tomografía de coherencia óptica OCT de mácula y nervio concluyendo como resultado: Neuritis óptica herpética de ojo derecho y desgarros retinianos de ojo izquierdo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior el Médico Oftalmólogo derivó al paciente al Servicio de Neurología con carácter urgente y recomendó el ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Medicina Interna y pautó aciclovir (antiviral) endovenoso y prednisona oral (corticoide sistémico) para el tratamiento de la neuritis indicando cita para revisión dentro de 24 horas.

9.- El día 5 de noviembre de 2020 a las 08:47 horas es valorado nuevamente por OFT-CEX, referiría entonces evolución tórpida, se realizó nuevamente examen físico oftalmológico en el que se concluyó que había hiperemia moderada, con midriasis arreactiva de la pupila, efecto Tyndall positivo y al fondo de ojo edema de papila importante con isquemia retiniana. Por lo que se exhortó al Servicio de Neurología a realizar valoración del caso.

El mismo día sería valorado por el Servicio de Neurología quienes tras anamnesis y tras examen físico neurológico concluyeron que (...) cursaba con herpes-zóster oftálmico, y que se debía realizar el estudio de imágenes tipo resonancia magnética sin contraste con petición del Servicio de Medicina interna la cual concluyó que el paciente tenía hallazgos compatibles con neuritis óptica derecha aislada. Por lo que ajustó la dosis de aciclovir.

10.- El día 6 de noviembre de 2020 a las 08:46 horas sería valorado por OFT-CEX volcando la información obtenida a partir de la interconsulta con el Servicio de Neurología en donde se descartaba nuevos signos de focalidad neurológica, así mismo se discutieron los resultados de la RNM realizada el día anterior. Al examen físico presentó amaurosis del ojo derecho (ceguera), persistiendo el Tyndall positivo y midriasis arreactiva al fondo de ojo no presentaba cambios con respecto al día anterior.

El Servicio de Hematología quienes colaboraron en el caso, recomendaron la realización de estudio inmunológico ya que el herpes-zóster oftálmico (HZO) agresivo es propio de los pacientes inmuno-suprimidos.

11.- El día 7 de noviembre de 2020 a las 19:57 horas el paciente acudiría a valoración por Urgencias del HGDLP para control en contexto de HZO, durante esta visita se leyeron analíticas de control las cuales concluyeron con resultados normales, también se realizó fondo de ojo de ambos ojos concluyendo lo siguiente; el ojo izquierdeo normal y en el ojo derecho se halló pupila arreactiva y al fondo de ojo papila hiperémica con menos edema con isquemia y hemorragias retiniana en mácula. Por otro lado la OCT concluyó desprendimiento de retina exudativo.

Se diagnosticó entonces neuritis óptica herpética de ojo derecho, necrosis retiniana aguda y desgarros retinianos en ojo izquierdo. Indicando continuar con aciclovir endovenoso hasta cumplir 10 días de tratamiento y luego oral, también se mantuvo la prednisona oral y la pomada Pred-Forte® y acudir nuevamente a control en 24 horas.

(. . .)

14.- El día 10 de noviembre de 2020 a las 15:25 horas el paciente acudiría a valoración por Urgencias del HGDLP para control en contexto de HZO habiendo cumplido 5 días de aciclovir endovenoso y 5 días de prednisona oral. Al examen físico presentó amaurosis del ojo derecho, presión intra-ocular normal y al fondo de ojo pupila arreactiva sin zonas de necrosis en la retina que estaba mejor perfundida.

Durante esta visita se valoraron los resultados de la serología solicitada la cual concluyó con VIH negativo y con anticuerpos para virus de herpes-zóster, quedaría pendiente completar el estudio de inmunidad. Por lo que se mantuvo el mismo tratamiento con antivirales endovenosos y corticoides orales para los mismos diagnósticos.

(. . .)

21.- El día 17 de noviembre de 2020 a las 11:10 horas acudirían a control evolutivo por OFT- CEX en contexto de HZO, refiriendo el paciente que no sentía dolor ocular. Al examen físico presentaba amaurosis del ojo derecho, sin hiperemia sin Tyndell y cristalino del ojo derecho trasparente, al fondo de ojo se concluyó papila pálida , mejor bordeada y estrella macular con depósitos lipídicos. Por lo que se rotó a aciclovir oral cinco tomas al día, respetando la noche. Este mismo día se indicó el alta médica del Servicio de Oftalmología con indicaciones de mantener el tratamiento antivírico, los corticoides sistémicos y el colirio Pred- Forte.

También el Servicio de Medicina Interna indicó el alta médica tras valorar todas las pruebas de imágenes, pruebas analíticas e interconsulta al Servicio de Hematología quienes ampliaron estudio de inmunodeficiencias resultado este sin alteraciones inmunológicas groseras.

22.- El día 19 de noviembre de 2020 a las 08:32 horas acudirían a control evolutivo por OFT- CEX en contexto de HZO, manteniéndose en el examen físico los mismos hallazgos del

día anterior, también se realizó prueba de Retinografía y OCT las cuales concluyeron que no existía edema macular, por lo que se mantuvo el tratamiento con aciclovir oral.

Este mismo día acudió a valoración en centro privado en Tenerife, quienes bajo la misma impresión diagnostica, pautaron antivirales orales, vitaminas y neuroprotectores.

23.- El día 23 de noviembre de 2020 desde el centro de salud de Los Llanos de Aridane se realizó interconsulta con el Servicio de Psicología ó Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma en el contexto de ceguera del ojo derecho tras diagnóstico de HZO.

24.- El día 26 de noviembre de 2020 a las 15:12 horas el paciente acudiría a valoración por El Servicio de Oftalmología en el área de hospitalización en donde refiere mejoría clínica, sin dolor habiendo cumplido su tratamiento de aciclovir y prednisona oral, quien al examen físico presentó; amaurosis del ojo derecho, con pupilas midriáticas farmacológicas, tensión ocular dentro de límites normales. No Tyndall y sin Flare, al fondo de ojo se objetivó que no tenía nuevas hemorragias.

Concluyendo que el paciente tiene un solo ojo funcional, el izquierdo, tras neuritis pos-herpética y desgarros retinianos en el ojo izquierdo por lo que se le propuso en la consulta el tratamiento con láser, previa firma de consentimiento informado el médico oftalmólogo realizaría técnica láser Yag de doble frecuencia, para posteriormente indicar Acular colirio® domiciliario y alta médica con la condición de que acudiera nuevamente en una semana para terminar foto-cerclaje (tratamiento con láser).

(…)

26.- El día 22 de enero de 2021 es valorado por CEX-USM del HGDLP, con un diagnóstico inicial de trastorno adaptativo con ansiedad, a quien se le indicó como tratamiento trabajar la aceptación mediante psicoterapia, evolucionando favorablemente.

27.- El día 17 de febrero de 2021 a las 10:56 horas el paciente fue valorado en la Unidad de Uveítis del CHUC en donde tras anamnesis y examen físico prepusieron iniciar despistaje de neuritis óptica y que se debía descartar estenosis de vasos renales por la hipertensión temprana que presentó. Así mismo se le llamaría para darles los resultados de las pruebas y para indicarle si sería subsidiario de tratamiento por esa unidad.

(…)

29.- El día 17 de junio de 2021 a las 12:44 horas acudiría a su cita de control por CEX-OFT en donde refirió mantenerse estable, sin dolor y en franca recuperación, al examen físico no presentó variaciones; manteniendo la amaurosis del ojo derecho y sin hallazgos patológicos. Durante esta visita se le propuso foto-cerclaje del ojo derecho el cual se llevó a cabo sin complicaciones y previa firma del consentimiento informado, para posteriormente indicar Acular colirio® domiciliario y alta médica con la condición de que debía acudir nuevamente en 3 meses.

(…)

32.- El día 18 de junio de 2021 fue dado de alta por el Servicio de Psicología del HGDLP por alcanzar su máximo grado de mejoría.

33.- El día 13 de septiembre de 2021 a las 12:53 horas acudiría nuevamente a control por CEX-COT en el contexto de neuro-retinitis por Virus de Herpes Zóster y foto-cerclaje del ojo izquierdo, actualmente cumpliendo tratamiento con antivirales. Tras la anamnesis al examen físico presentó; amaurosis de ojo derecho, con pupilas midriáticas farmacológicas, al fondo de ojo no presentó Tyndall y Flare, con ambas papilas con bordes netos. Por lo que se retiró el tratamiento con antivirales, se le recomendó corrección del estrabismo y se indicó alta para controlar en consulta pasados 6 meses.

(…)

CONCLUSIONES

1.- De la correcta actuación del Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma que se puede constatar desde la primera visita del paciente el 29/10/2020 en contexto de ojo rojo y elevación de cifras tensionales. Este diagnóstico se realizó en torno a la urgencia que tenía el paciente basado en sus constantes (elevación de cifras de tensión arterial), tal y como consta en el peticionario de solicitud de derivación de atención primaria. Es preciso aclarar que hasta el momento herpes zoster oftálmico era solo una sospecha de diagnóstico, la analítica de referencia realizada 28/10/2020 no concluyó con resultados para infección vírica. Por lo que se le brindó tratamiento con hipotensores vía oral, diuréticos vía endovenosa y analgésia vía endovenosa estabilizando los síntomas e indicando el alta con medicación y recomendaciones para el domicilio y de seguimiento estrecho.

Posteriormente cuando el día 31/10/2020 el paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de la Palma nuevamente refiriendo la aparición de lesiones, se confirmaría el diagnóstico de herpes-zóster oftálmico por lo que se derivó de forma urgente al Servicio de Oftalmología tras realizar examen físico general y también del ojo con prueba de tinción de fluoresceína (para determinar lesión corneal).

2.- De la correcta actuación del Servicio de Oftalmología que se demuestra cuando atienden al paciente de forma inmediata y pautan tratamiento antiviral sistémico por una semana, en todas las fuentes consultadas el tratamiento sistémico con antivirales se debe realizar siempre, en todos los casos de herpes zoster oftálmico, desde el primer momento del inicio de las lesiones dermatológicas lo cual se llevó a cabo como consta en el informe de urgencias del 31/10/2020 en donde se indicó tras valoración por el equipo de Urgencias y Oftalmología; famivir sistémico tal y como pueden recomendar las guías de actuación de La Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva y La Guía para el Tratamiento del Herpes Zoster y neuralgia postherpetica del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Alicante. Práctica que estaría destinada a evitar el aumento de la viremia.

También se usaron los fármacos para el tratamiento del dolor y la protección del nervio afectado.

3.- En este sentido se citó de forma presencial al día siguiente para seguimiento por consulta externa en donde consta que se realizó examen físico oftalmológico sistemático contrario a lo que refiere el paciente en su reclamación, se ajustaría entonces el tratamiento y se mandaría a urgencias quienes indicarían control por su médico de cabecera faltando la cita de seguimiento por CEX-OFT.

Creemos que el hecho de que no se citara para revisión por CEX-OFT no es causa suficiente para considerar que no se actuara de forma ajustada al buen ejercicio del oficio médico, o que ésto dilatara en el tiempo la puesta en marcha del tratamiento que en este caso se cumplió de forma oportuna y ajustado a la ciencia moderna. Siendo controlada la evolución de la enfermedad desde Atención Primaria.

4.- Inicialmente el paciente tampoco reunió criterios de ingreso en su primera valoración en urgencias puesto que no todos los herpes-zóster oftálmicos se deben ingresar, los criterios de ingreso son:

Herpes Zoster multimetamérico o con complicaciones graves:

Riesgo de Meningo-encefalitis.

Mielitis trasversa.

Síndrome de Ramsay Hunt.

Zoster en inmunodeprimidos.

5.- De la neuritis pos-herpética y su adecuado tratamiento; Posteriormente y una vez que se determinó la evolución tórpida de la infección, que podría ser multimetamérico y con riesgo de encefalitis se indicó el ingreso inmediato del paciente para recibir antivirales endovenosos y corticoides tal y como lo recomiendan los algoritmos de actuación.

6.- Debido a que se cumplió todo el algoritmo de actuación en el tratamiento del herpes- zóster oftálmico creemos que la virulencia (capacidad de hacer daño del virus) es la responsable de la amaneurois derecha final, por lo que el oportuno tratamiento se empleó para frenar el daño neurológico ascendente, Creemos que el reproche asistencial esta fundado en un análisis retrospectivo del resultado final equivocado ya que se tomaron siempre las mejores decisiones teniendo en cuenta la situación clínica corriente del paciente evitando daños con secuelas mayores como encefalitis pos-herpética o ceguera bilateral.

7.- La patogénesis de la neuroinflamación asociada al Virus de la Varicela implica una interacción compleja entre la replicación viral dentro de los ganglios sensoriales y las respuestas inmuno-mediadas que contribuyen al daño y la disfunción tisular. Tras la infección primaria, el Virus de la Varicela accede a los ganglios sensoriales, estableciendo una infección latente dentro de las neuronas. Durante la reactivación, el virus puede propagarse

a lo largo de los nervios sensoriales, desencadenando una cascada de mediadores inflamatorios, quimiocinas e infiltración de células inmunitarias en los tejidos neurales afectados.

Se produce entonces una activación aberrante del mecanismo de defensa natural, caracterizado por la producción desregulada de proteínas y quimiocinas inmunomoduladoras, se ha implicada en la patogénesis de los trastornos neurológicos inducidos por el virus de la varicela, como la encefalitis, la mielitis y la vasculopatía. L8.-as complicaciones neurológicas relacionadas con el Virus de la Varicela siguen siendo una preocupación importante, especialmente en personas inmuno-comprometidas y ancianos.

8.- Hay que precisar que la neuritis postherpética constituye la complicación más frecuente del herpes-zóster oftálmico apareciendo entre el 9 y el 45% de los casos y hasta en el 20% de los pacientes con esta patología.

Logramos concluir de toda la literatura consultada que aunque en inmnucomprometidos y en mayores de 65 años son más frecuentes las complicaciones oftálmicas no son exclusivas de estos grupos ya que también se pueden ver en pacientes jóvenes con sistema inmunológico competente. Todo parece apuntar que depende más de los fenotipos del sistema inmunológico de cada persona.

9.- También se infiere que la lesión del paciente se encuentra estabilizada desde el día 16 de marzo de 2022 cuando se resolvió el reconocimiento de grado de discapacidad por pérdida de visión en un ojo y trastorno de la afectividad.

10.- Por todo lo anteriormente expuesto se emite informe desfavorable ya que en este caso se considera la rigurosa y oportuna aplicación de la ciencia en el servicio sanitario prestado, habiéndose desplegado todos los medios de diagnósticos y curativos en su oportuno tiempo, entendiendo que estas medidas adoptadas que aparecen explicadas de forma detalladas en los informes especializados lograron evitar la progresión de la enfermedad y secuelas mayores al reclamante».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 6 de octubre de 2021 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en nombre y representación de (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 19 de octubre de 2021 se requirió al reclamante para que subsanara su reclamación aportando la representación con la que actúa, lo que fue verificado mediante escrito de 29 de octubre de 2021.

- Con fecha 2 de noviembre de 2021 se dicta Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se admite a trámite la reclamación del interesado y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 4 de noviembre de 2021 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fechas 1 de abril y 14 de septiembre de 2022 por el reclamante se presenta escrito aportando nueva documentación, que es traslada al SIP a los efectos de emitir su informe.

- Con fecha 12 de septiembre de 2024 se remite informe del SIP, así como la historia clínica del Hospital General de La Palma -en adelante, HGLP-, la historia clínica de Atención Primaria, informe médico especializado emitido por el Servicio de Urgencias del HGLP y el informe médico especializado emitido por el Servicio de Oftalmología del HGLP.

- Con fecha 19 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 19 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia al interesado, quien solicitó la suspensión del plazo hasta la entrega de determinada documentación. Solicitud que fue estimada con fecha 10 de marzo de 2024. Una vez transcurrido el plazo conferido, no se formularon alegaciones por el reclamante.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el presente supuestos no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. Asimismo, en el caso que nos ocupa, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 2019/044 (ERP 6/18), que concluye: «*cabe considerar procedente la desestimación de la*

*reclamación formulada (...) no habiéndose aportado por el interesado prueba suficiente que pueda sostener las alegaciones por aquel presentadas, no ha dejado acreditado que sufriera daño alguno, ni que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la lex artis ad hoc o que hubiese habido mala praxis alguna. No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aque*l».

- Con fecha 11 de abril de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por el interesado.

- Con fecha 28 de mayo de 2025 por la Sección Primera de este Consejo Consultivo se emitió el Dictamen 233/2025, en el que se concluía que debía retrotraerse el procedimiento a los efectos de que por el SIP se emitiera informe complementario.

- Con fecha 29 de mayo de 2025 por el Servicio Canario de la Salud se requiere al SIP para que emita informe complementario en el que se dé respuesta a las cuestiones planteadas en nuestro Dictamen 233/2025, de 28 de mayo.

- Con fecha 12 de junio de 2025 se emite informe complementario del SIP.

- Con fecha 2 de septiembre de 2025 se confirió nuevo trámite de audiencia al interesado a los efectos de que presentara las alegaciones que estimara procedentes, sin que formulara alegaciones.

- Con fecha 16 de octubre de 2025 se emite Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo en relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«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.

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. 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».

En idéntico sentido, 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, por tanto, 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 Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, 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 va 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. (...) ».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en el reproche asistencial derivado del *«retraso de diagnóstico del herpes zóster por parte del Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma y por el oftalmólogo (...), que derivó en una neuritis óptica derecha con secuela de pérdida de visión total del ojo derecho y consiguiente daño moral por afectación a diferentes esferas de la vida personal y laboral del paciente.*

(...) no se pusieron a disposición del paciente todos los medios sanitarios existentes, dado que no se le practicaron pruebas médicas que analizaran el fondo del ojo, limitándose a realizar una exploración presencial con limitado diagnóstico inicial de tensión arterial elevada. Asímismo, cuando aparecieron lesiones cutáneas se diagnosticó herpes zóster sin

adoptar la necesidad de ingreso para la administración intravenosa de tratamiento que sólo fue acordada cuando ya el paciente manifestaba pérdida de visión.

Entiende esta parte que en el servicio de urgencias del Hospital General de La Palma y el oftalmólogo Dr. (...), en su condición de médico especialista que llevó el seguimiento del paciente desde la primera visita a urgencias, ha infringido la lex artis aplicable a su especialidad que originó la mala evolución del herpes zoster y la neuritis óptica con pérdida de visión total del ojo derecho, perdiendo la oportunidad de tratamiento previo que hubiera evitado dicho desenlace. Las carencias de diagnóstico impidieron un tratamiento adecuado y el servicio prestado no se adecuó a la lex artis aplicable, que fue vulnerada en diferentes momentos, donde se han infringido derechos básicos del paciente: derecho a la información asistencial y el derecho a las prestaciones sanitarias dentro de plazos definidos».

A pesar de tales manifestaciones, el reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión, más allá de su propio testimonio expresado en el escrito de responsabilidad patrimonial, el cual, por otro lado, ha quedado desvirtuado por el examen del Historial Clínico y por los informes del SIP y del Servicio concernido.

En relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En este mismo orden de cosas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de junio de 2023 ha razonado lo siguiente:

« (…) Hemos de recordar la importancia que en un ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales.

Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005, de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis

carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

De otra parte, es claro que, si la Administración invocara la existencia de fuerza mayor o, en general, la ruptura del nexo causal como causa de exoneración de su responsabilidad, es ella la que debe acreditar el hecho, para que tal causa de exoneración resulte operativa.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas.

Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado». Doctrina que, *«mutatis mutandi»* es plenamente aplicable al presente procedimiento, ya que nos encontramos en el ámbito administrativo de la reclamación.

Así, en relación con la actuación del Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma, del análisis del expediente administrativo ha quedado acreditado que el 29 de octubre de 2020 el reclamante acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma, por cefalea e hipertensión arterial. En esta visita no se objetivaron lesiones dermatológicas ni signos oculares sugestivos de infección por herpes, centrándose la atención en urgencias en el control de la hipertensión y la cefalea, dado que en ese momento era el hallazgo clínico predominante, pautándose el tratamiento adecuado mediante hipotensores, diuréticos y analgesia, estabilizando los síntomas e indicando el alta con medicación y recomendaciones para el domicilio, así como seguimiento estrecho.

En esta asistencia se emitió un diagnóstico en función de las constantes vitales y los síntomas que presentaba el reclamante en ese momento (elevación de cifras de tensión arterial), tal y como consta en la solicitud de derivación de Atención

Primaria. Además, tal como señala el SIP, en ese momento el herpes zóster era solo una sospecha de diagnóstico ya que la analítica realizada el 28 de octubre de 2020 no concluyó con resultados de infección vírica.

Posteriormente, el 31 de octubre de 2020, el reclamante acudió nuevamente a urgencias, refiriendo por primera vez la aparición de lesiones vesiculosas características en el territorio del nervio oftálmico derecho, lo que permitió establecer el diagnóstico clínico de herpes zóster oftálmico. Ese mismo día se inició tratamiento antiviral sistémico con famciclovir tal como indican todos los protocolos médicos, y se solicitó valoración urgente por el Servicio de Oftalmología.

En relación con esta asistencia, el Servicio de Oftalmología atendió al reclamante de forma inmediata y pautó tratamiento antiviral sistémico según los protocolos existentes para tal diagnóstico, pues, tal y como recomiendan las guías de actuación de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva y la Guía para el Tratamiento del Herpes Zoster y neuralgia post-herpética del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Alicante, el tratamiento sistémico con antivirales se debe realizar en todos los casos de herpes zóster oftálmico, desde el primer momento del inicio de las lesiones dermatológicas, tal como se llevó a cabo. Esta práctica está destinada a evitar el aumento de la viremia. Además, se pautó también tratamiento del dolor y para la protección del nervio afectado.

Además, en dicha consulta se citó al reclamante de forma presencial al día siguiente -1 de noviembre- para su seguimiento por consultas externas en el Servicio de Oftalmología, donde, tras realizar una exploración ocular externa completa, se confirmó el diagnóstico y se reforzó el abordaje terapéutico recetándole un antiviral tópico (aciclovir oftálmico), antiinflamatorios y neuroprotectores. Asimismo, tal como consta en el Historial Clínico y en los informes del SIP, en ese momento no se evidenciaban signos de afectación visual ni alteraciones neurológicas que justificaran ingreso hospitalario o tratamiento intravenoso, manifestando el propio reclamante que veía bien.

En relación con el diagnóstico de herpes zóster oftálmico el SIP considera importante subrayar que es eminentemente clínico, y que sólo puede establecerse con certeza cuando se manifiestan las lesiones cutáneas, de tal forma que no es razonable ni clínicamente viable iniciar un tratamiento antiviral antes de esa fase, salvo en situaciones excepcionales, que no concurrían en este caso.

Según establecen las principales guías clínicas y protocolos de manejo -entre ellas las de la Sociedad Española de Oftalmología, la American Academy of

Ophthalmology y UpToDate-, el tratamiento antiviral sistémico debe iniciarse en las primeras 72 horas tras la erupción cutánea. En este caso, dicho tratamiento se instauró el mismo día en que aparecieron las vesículas, sin dilación alguna.

De tal forma que, a la vista de las anteriores consideraciones no puede sostenerse, desde un punto de vista clínico ni asistencial, que existiera un retraso en el diagnóstico del herpes zóster oftálmico. La actuación fue progresiva, prudente y ajustada a la sintomatología que presentaba en ese momento el reclamante, estableciéndose el diagnóstico en cuanto resultó clínicamente posible -al evidenciarse las lesiones cutáneas-, y el tratamiento antiviral sistémico se instauró de forma inmediata y conforme a la lex *artis*.

5. Por otro lado, el interesado alega que el día 1 de noviembre de 2020 no se le realizó un examen del fondo de ojo.

En relación con esta afirmación el SIP manifiesta que no se corresponde ni con la evidencia clínica ni con la normativa científica vigente aplicable al manejo del herpes zóster oftálmico.

En este sentido, consta en la Historia Clínica que el reclamante fue sometido a exploración oftalmológica externa completa, que incluyó: inspección ocular externa, párpados, conjuntiva, córnea y cámara anterior; medición de agudeza visual; y, toma de presión intraocular mediante tonometría.

En ese momento, no se detectaron hallazgos que justificaran una exploración del fondo de ojo, ni se objetivaron signos que indicaran afectación del nervio óptico o de la retina.

Debe señalarse, tal como informa el SIP, que la no realización de una prueba de fondo de ojo (oftalmoscopia) en las primeras valoraciones no constituye una actuación negligente ni supone infracción de la lex *artis*, y mucho menos puede considerarse una causa directa del desenlace visual que finalmente presentó el paciente.

En primer lugar, según recogen tanto la Sociedad Española de Oftalmología (SEO) como la American Academy of Ophthalmology (AAO) y la literatura clínica internacional, el diagnóstico del herpes zóster oftálmico es, como se ha señalado, eminentemente clínico, y se basa fundamentalmente en la combinación de síntomas prodrómicos (cefalea, dolor facial, disestesia) y signos cutáneos característicos tras la erupción de vesículas en el territorio del nervio oftálmico.

La realización sistemática de la exploración del fondo de ojo no forma parte de los protocolos diagnósticos iniciales del herpes zóster oftálmico, salvo que existan datos objetivos de afectación del eje visual (disminución de agudeza visual, alteraciones pupilares, escotomas, etc.), lo cual no se objetivó ni en la primera consulta de urgencias -29 de octubre de 2020- ni en la valoración del 1 de noviembre de 2020.

La primera vez que aparecen signos de alarma visual (disminución de agudeza visual) sucede posteriormente, el 4 de noviembre de 2020, fecha en la que se actuó de forma inmediata, procediéndose al ingreso hospitalario del reclamante, y a la instauración de tratamiento antiviral intravenoso, así como a la administración de corticoides IV, tal como recomiendan las guías clínicas ante complicaciones oculares graves.

Por tanto, la no realización de la exploración del fondo de ojo en fases iniciales no supuso una omisión diagnóstica ni alteró la conducta terapéutica indicada en ese momento. Aun en el supuesto de haberse realizado, no habría modificado ni anticipado la decisión clínica-terapéutica, ya que el tratamiento con antivirales sistémicos debe iniciarse en las primeras 72 horas tras la erupción cutánea, lo que fue realizado en el presente caso.

Finalmente, en relación con esta asistencia del día 1 de noviembre de 2020, se ha de indicar que se ajustó el tratamiento y se remitió a urgencias donde indicaron control por su médico de cabecera, faltando la cita de seguimiento por consultas externas de oftalmología. Ahora bien, en relación con esto último, el SIP expone que el hecho de que no se citara para revisión por Consulta Externa de Oftalmología no es causa suficiente para considerar que no se actuara de forma ajustada al buen ejercicio del oficio médico, o que este hecho dilatara en el tiempo la puesta en marcha del tratamiento que en este caso se cumplió de forma oportuna y ajustado a la ciencia moderna -dentro de las primeras 72 horas-, siendo, además, controlada la evolución de la enfermedad desde Atención Primaria, tal como consta en el expediente administrativo.

6. Asimismo, en su escrito de reclamación el Sr. (...) alega no haber sido ingresado cuando se diagnosticó el herpes zóster oftálmico a fin de iniciar el tratamiento intravenoso antes de presentar pérdida de visión.

En relación con esta cuestión, el SIP aclara que esta afirmación no se ajusta a la práctica clínica basada en la evidencia ni a las recomendaciones vigentes de las principales sociedades científicas. Inicialmente el reclamante no reunió criterios de

ingreso en su primera valoración en urgencias, ya que no todos los herpes zóster oftálmicos se deben ingresar, siendo los criterios de ingreso: herpes zóster multimetamérico o con complicaciones graves; riesgo de meningo-encefalitis; mielitis trasversa; Síndrome de Ramsay Hunt; o, zóster en inmunodeprimidos; ninguno de los cuales presentaba el reclamante.

Además, señala que, tal como recogen las guías de manejo clínico elaboradas por la Sociedad Española de Oftalmología, la American Academy of Ophthalmology y la literatura internacional (p. ej., *UpToDate*), el tratamiento antiviral oral (como aciclovir, famciclovir o valaciclovir) es el tratamiento de elección en pacientes inmunocompetentes menores de 50 años, sin manifestaciones graves ni compromiso ocular inicial, reservándose el tratamiento intravenoso para casos con: edad superior a 50 años, por mayor riesgo de complicaciones; pacientes inmunodeprimidos o con infección por VIH; o, complicaciones oculares severas en el momento del diagnóstico (como queratitis estromal, uveítis intensa, afectación corneal progresiva o disminución de agudeza visual).

En el presente caso, el reclamante tenía 35 años, no presentaba enfermedades inmunosupresoras conocidas ni se encontraba bajo tratamiento inmunomodulador; además la valoración inicial por Oftalmología los días 31 de octubre y 1 de noviembre no mostró signos de afectación visual significativa ni indicios de complicaciones que justificaran ingreso ni administración intravenosa.

Debe añadirse, que, tal como informa el SIP, el uso de corticoides sistémicos en el contexto de herpes zóster oftálmico no es universal ni obligatorio en todos los pacientes, y su indicación depende de la edad y de la presencia de complicaciones. En este sentido la literatura científica recoge que los corticoides se utilizan principalmente para disminuir el dolor agudo en la fase activa o ante la aparición de complicaciones como parálisis oculomotoras, neuritis óptica o uveítis, situaciones que en este caso no se presentaron hasta el día 4 de noviembre de 2020, momento en que el tratamiento fue ajustado conforme a dicha evolución.

Así, es el día 4 de noviembre de 2020 cuando por primera vez el reclamante refiere disminución de agudeza visual, procediéndose de forma inmediata al ingreso hospitalario y a la administración intravenosa, tanto de antivirales como de corticoides, en consonancia con el nuevo estadio clínico y tal como establecen las guías médicas. De forma que se cumplió con el standard de actuación en el tratamiento del herpes zóster oftálmico, por lo que, de acuerdo con el SIP y con la

prueba obrante en el expediente administrativo, consideramos que la virulencia del herpes zóster oftálmico fue la responsable de la amaurosis derecha final -ceguera del ojo derecho-.

Además, en el presente caso el reproche asistencial esta fundado en un análisis retrospectivo del resultado final, a cuyo efecto se ha de recordar la denominada «*prohibición de regreso*», doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico. A esta prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico se refieren las Sentencias del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011; es decir, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.

Conforme a la doctrina expuesta, en el presente caso ha quedado acreditado que se fueron tomando las decisiones adecuadas a la situación clínica que en cada momento iba presentando el reclamante, evitando daños con secuelas mayores como encefalitis pos-herpética o ceguera bilateral.

7. En definitiva, en el supuesto que nos ocupa, no ha quedado acreditado que existiera retraso en el diagnóstico del herpes zóster oftálmico, que fue establecido de forma oportuna y conforme a los criterios clínicos vigentes, inmediatamente tras la aparición de las primeras lesiones cutáneas características el 31 de octubre de 2020, iniciándose de forma precoz el tratamiento antiviral por vía oral y reforzándose posteriormente mediante el ingreso hospitalario y la administración de tratamiento intravenoso y corticoides en el momento en que aparecieron signos de alarma visual -4 de noviembre de 2020-, conforme a la evolución clínica y la lex *artis ad hoc*.

En consecuencia, la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

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