

Expediente Núm. 219/2010
Dictamen Núm. 50/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de febrero de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de enero de 2010, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación por entender que es “evidente la responsabilidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) por el funcionamiento de los servicios del “Hospital `X´”, donde se produjo (un) error de diagnóstico y (una) deficiencia en la atención” que conllevó “la pérdida completa de visión”.

En cuanto a los hechos, relata que “comenzó a padecer a mediados de diciembre de 2006 dolores cervicales” y que acude a su médico de cabecera, el cual “le recetó un relajante muscular, tras lo que experimentó una leve

mejoría"; posteriormente "comenzó a sufrir fuertes dolores de cabeza" y "a notar que ve `ráfagas` binoculares, seguidas de visión borrosa", por lo que "el 29 de diciembre (...) acude al Servicio de Urgencias" del Hospital "X", donde se la "deriva al Servicio de Neurología de dicho centro, en el que permanece ingresada hasta el 8 de enero de 2007". Señala que "en la exploración oftalmológica que se le hizo durante esa primera estancia hospitalaria se observó la existencia de un edema de papila bilateral", que tras el tratamiento a que fue sometida "presentaba una mejoría parcial, pero sin resolución total del problema", y que en "el informe del TAC que se le hace la fecha del ingreso, el 29 de diciembre de 2006, ya se pone de manifiesto que el nervio óptico esta comprometido". Añade que "se le da cita con el Servicio de Neurología el 24 de enero de 2007 sin que en la documentación remitida por el Servicio de Atención al Paciente a quien se solicitó la misma se encuentren informes de esa consulta". Finalmente, indica que entre los días 15 y 20 de enero de 2007 estuvo ingresada en dicho centro por un problema renal y que en el "informe emitido por el Servicio de Urología ya se hace referencia a la existencia de una neuritis óptica a estudio y tratamiento corticoideo".

A la vista de ello, considera la interesada que a principios de 2007 "ya existen elementos suficientes para entender que se estaba en presencia de un pseudotumor cerebri (hipertensión craneal benigna)" y que, pese a que "su situación clínica no mejoraba con el tratamiento farmacológico (...), no se adopta medida alguna tendente a liberar el nervio óptico de la presión". Según manifiesta, no consta que se hubiera remitido su historial al Servicio de Oftalmología para "que valorase la situación y se adoptasen las medidas de prevención oportunas" y que "la desidia y desatención con que se abordó un problema" quedan patentes, pues, a pesar de "la presión de apertura del líquido cefalorraquídeo", de la "disminución acusada de la agudeza visual" y de "la afectación detectada del nervio óptico", no se planteó en noviembre de 2008 ninguna medida para aliviar "la presión sobre el nervio óptico", dándole el alta "con corticoides y diurético" y citándola para el "25 de marzo de 2009". Sin embargo, "hubo de ingresar de nuevo el 21 de enero de 2009 en el Servicio de Neurocirugía con el diagnóstico ya de pseudo tumor cerebri" para "valoración

de la colocación de drenaje lumbo-sacro”, y asegura que la situación era “la misma que en el 2007 y que entonces no se planeó esa valoración”.

Expone que el “4 de febrero del 2009 se realiza la derivación”, dado que “continúa refiriendo una importante pérdida de la agudeza visual, por lo que es valorada por el Servicio de Oftalmología”. Dicho Servicio informa “que la paciente presenta un edema de papila no resuelto, presentando ya cierto grado de atrofia”, es decir que “la situación ya era irreversible”, por lo que se pregunta “¿cómo es posible que no fuese derivada al Servicio de Oftalmología hasta más de dos años después de iniciarse los problemas?”.

Concluye indicando que “como consecuencia del funcionamiento de los servicios” del Hospital “X”, se le causaron unos daños y perjuicios que cuantifica en cuatrocientos mil euros (400.000 €).

Acompaña la siguiente documentación: a) Escritura de poder para pleitos a favor, entre otros, de quien figura como representante de la interesada. b) Historia clínica de la reclamante en el Hospital “X”. c) Informe de la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital “Y” el día 28 de noviembre de 2008. d) Informe de un instituto oftalmológico privado, de fecha 12 de marzo de 2009, que se limita a reflejar el estado actual de la paciente, sin analizar la asistencia prestada.

2. Con fecha 3 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la Secretaría General del Sespa que se ha iniciado expediente de responsabilidad patrimonial.

3. Mediante escrito notificado a la perjudicada el 18 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

4. El día 15 de febrero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital “X” “copia de la historia clínica” de la interesada.

5. Con fecha 9 de marzo de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios la historia clínica solicitada, así como los informes emitidos por los Servicios de Neurología y Neurocirugía, y el día 11 de marzo de 2010 le envía el informe del Servicio de Oftalmología.

El informe del Servicio de Neurología, de fecha 8 de marzo de 2010, señala que la paciente "fue ingresada por primera vez (...) el 29-12-2006 por cefalea y visión borrosa". Se objetivó la existencia de "un edema de papila bilateral asociado a una leve disminución de la agudeza visual bilateral" y se le realizó una "punción lumbar, siendo por aquel entonces la presión del líquido cefalorraquídeo normal", y una "resonancia magnética de cráneo centrada sobre el quiasma óptico, que fue normal", y un "extenso número de estudios analíticos", que fueron también normales, siendo el diagnóstico de alta el de "papiledema bilateral". El 15 de enero de 2007 ingresa en el Servicio de Urología por cólico renal, recogiendo en el informe de alta que "ha tenido una neuritis óptica, por lo que está en estudio y tratamiento corticoideo por el Servicio de Neurología". Expone que el "24 de enero de 2007 acude a revisión ambulatoria en el Servicio de Neurología, refiriendo que ha desaparecido la cefalea y ha mejorado notablemente la percepción visual", que se objetiva "una franca mejoría del edema de papila y una agudeza visual normal en ambos ojos", y posteriormente, dado que continúa "asintomática (...)", se procedió a una bajada gradual de la medicación". Reingresa el "8 de noviembre de 2008 por reaparecer de nuevo la cefalea y disminuir la agudeza visual", se le realiza otra "punción lumbar obteniéndose un líquido hipertenso, siendo los parámetros analíticos del mismo normales" y otra resonancia magnética, siendo dada de alta con "el diagnóstico de hipertensión intracraneal benigna". Fue vista de nuevo en "consultas externas el 17-12-2008, refiriendo (...) encontrarse mejor de la cefalea, presentando entonces una agudeza visual en el ojo derecho de 0,5 y en el izquierdo de 0,8". Vuelve a ingresar el 21 de enero de 2009 por "empeoramiento brusco de la agudeza visual", obteniéndose en la punción lumbar "un líquido claramente hipertenso" y en la resonancia magnética "una disminución del tamaño de ambos espacios periorbitarios". Fue tratada durante

5 días sin obtener mejoría, por lo que se solicita valoración al Servicio de Neurocirugía para “realización de derivación lumbo-peritoneal”, que se lleva a cabo el 4 de febrero de 2009 (...), estando en la actualidad prácticamente ciega”.

En el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía se refleja que “el Servicio de Neurología a principios de 2009 solicitó consulta a este Servicio para valorar la derivación lumbo-peritoneal ante la sospecha de pseudotumor cerebri o cuadro de hipertensión intracraneal benigna”, y que, por considerarse adecuada la indicación quirúrgica, se la intervino “el día 4-2-2009. Posteriormente, el día 9 de febrero, al no existir respuesta favorable (...) se monitorizó la presión intracraneal en el Servicio de Medicina Intensiva”.

En el informe emitido el 10 de marzo de 2010 por el Servicio de Oftalmología consta que es remitida por el Servicio de Neurología el día 21 de enero de 2009 para valoración de fondo de ojo por “presentar pseudotumor cerebri”, que es valorada nuevamente tras la intervención de “derivación peritoneal” y que el 30 de marzo de 2009 la agudeza visual era “de percepción de luz en ambos ojos y en el fondo de ojo se apreciaba una atrofia óptica bilateral”.

6. Con fecha 25 de marzo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él detalla pormenorizadamente la asistencia prestada a la interesada y, en el apartado relativo a la “valoración”, reitera textualmente la parte final del informe del Servicio de Neurología de fecha 8 de marzo de 2010, concluyendo “que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

7. Mediante escrito de 29 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y de todo el expediente a la correduría de seguros.

8. El día 28 de abril de 2010, emite informe una asesoría privada, suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología, y realizado a instancia de la compañía aseguradora.

Los especialistas refieren que “se puede afirmar inequívocamente que la paciente tenía un cuadro de hipertensión intracraneal idiopática o pseudotumor cererbri y que se realizó el protocolo diagnóstico adecuado para poder descartar otras etiologías de la hipertensión”, que “el tratamiento es neurológico y está dirigido a la prevención de los déficits visuales y síntomas tardíos mediante la disminución del volumen del LCR con punciones lumbares repetidas” y que “en el caso que nos ocupa se constata que al menos se realizaron más de cuatro punciones evacuadoras”. Indican que los pacientes “refractarios a este tratamiento pueden ser tratados con acetazolamida y corticoides a corto plazo, tratamientos empleados” en el presente caso; que los pacientes con afectación visual progresiva que no responden a tratamiento conservador han de ser sometidos a una derivación lumboperitoneal o a la fenestración de la vaina del nervio óptico y que a la paciente se le “realizó una derivación lumboperitoneal, que es la intervención más frecuente en la práctica habitual y disponible en el Hospital `X´”. Afirman que la hipertensión intracraneal idiopática “la tratan los neurólogos y neurocirujanos y (que) por desgracia los oftalmólogos no pueden hacer nada en estos casos, ya que el problema no está en el globo ocular, sino en la presión que existe dentro de la cabeza por donde viajan los trayectos visuales”; que en este caso “no se pude considerar que haya existido demora en el diagnóstico ni en el inicio del tratamiento de la paciente (...). Las graves secuelas visuales (...) son una desgracia que, a pesar de los esfuerzos terapéuticos y quirúrgicos empleados (...), no han logrado mejorar sus síntomas”. Concluyen que la “pérdida de la agudeza visual sufrida por la paciente es consecuencia de la agresividad de la enfermedad, no achacable a retraso diagnóstico o terapéutico alguno”, pues se ha “seguido en todo momento la actitud científicamente aceptada y correcta en relación con la patología diagnosticada. Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la lex artis ad hoc no existiendo indicios de mala praxis”.

9. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 28 de mayo de 2010, se le comunica la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días.

10. Con fecha 16 de junio de 2010, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, tras afirmar que “la documentación de que se nos ha dado traslado no hace sino confirmar nuestra tesis acerca de la existencia de un defectuoso tratamiento médico”, indica “que el diagnóstico fue correcto y que el mismo se produjo ya en el primer ingreso de la paciente (...) a finales del año 2006”, pero que “no es hasta febrero de 2009 cuando se intenta adoptar una solución quirúrgica que, de haberla ejecutado en su debido momento, habría impedido que (...) se quedase ciega”. Sostiene que no puede argumentarse que, según los protocolos de actuación, el tratamiento “ha de ser conservador, con la realización de punciones lumbares y la administración de diuréticos y corticoides, para luego indicar que la ceguera es consecuencia de la agresividad de la enfermedad”, y que “esa agresividad de la enfermedad se constata desde un primer momento”, evidenciándose “la ausencia de respuesta positiva al tratamiento”, por lo que “sin duda la respuesta terapéutica debería haber sido más ágil, sustituyendo un tratamiento que se pudo comprobar desde un principio que era ineficaz por la opción quirúrgica”. Ese “retraso en la toma de decisiones cuando existían perfectamente determinados los elementos de juicio que deberían haber llevado a adoptar las mismas es evidentemente culposa y generadora de la obligación de reparar el daño, puesto que es ese retraso el que, de forma fatal, causó las gravísimas secuelas” padecidas por la reclamante. Manifiesta que no es “de recibo que a principios de noviembre de 2008 (...), donde se determina ya que padece atrofia de ambos nervios ópticos, no se haya adoptado más decisión que continuar nuevamente con el tratamiento conservador” y resalta que la situación de ceguera “ya existía en el momento en que se produjo la intervención”, pues la paciente “tenía edema de papila bilateral”, por lo que aquella se llevó a cabo para “revertir” la ceguera. Concluye indicando que “si la hipertensión craneal no se corrige el nervio óptico

se atrofia” y que “en el presente caso hubo un abandono total desde enero de 2008 hasta noviembre de ese año”.

11. El día 21 de junio de 2010, el Servicio instructor remite copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

12. Con fecha 2 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada. Después de recoger pormenorizadamente los antecedentes de hecho, que en nada difieren de los referidos en los informes obrantes en el expediente, y los trámites procedimentales, y señala los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, y reitera textualmente, al igual que el informe técnico de evaluación, la conclusión del informe del Servicio de Neurología de 8 de marzo de 2010.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de julio de 2010, registrado de entrada el día 26 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17,

apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar legítimamente por medio de representante con poder bastante al efecto.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de enero de 2010, habiendo tenido lugar el alta del proceso objeto de reclamación el día 13 de febrero de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás

entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo Consultivo aún no se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 13.3 del mencionado Reglamento, pero sí los plazos parciales para la adopción de los actos de trámite e instrucción que, junto al plazo legal para la emisión de dictamen por este Consejo, constituyen el tiempo reglamentariamente fijado para la finalización del procedimiento, por lo que no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o

circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El daño por el que se reclama lo constituye la pérdida de visión completa que la interesada atribuye a un tratamiento inadecuado y a un retraso asistencial en el Hospital “X”.

Consta en el expediente que la paciente está prácticamente ciega, así como los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos a los que ha sido sometida, por lo que debemos considerar acreditado que ha sufrido un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos, en su caso, si concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La interesada imputa a la Administración en su reclamación inicial un "error de diagnóstico" y una "deficiencia en la atención"; sin embargo en el escrito de alegaciones afirma "que el diagnóstico fue correcto y que el mismo se produjo ya en el primer ingreso (...), a finales del año 2006", por lo que debemos entender que finalmente centra su reclamación en "una actuación

negligente por parte del personal sanitario (...) que les hizo no ser conscientes de la verdadera entidad del problema”, lo que motivó “que no se actuase con la diligencia precisa para atajar el mismo”. A su entender, el tratamiento pautado habría sido inadecuado, ya que “no parece de recibo que a principios de noviembre de 2008” vuelva “a ingresar por Urgencias por aumento de las cefaleas e importante disminución de la agudeza visual”, determinándose “ya que padece atrofia de ambos nervios ópticos” y decidiéndose continuar con un tratamiento conservador cuya ineficacia, según afirma, se había constatado, hasta que se toma la decisión de intervenir el día 4 de febrero de 2009. Concluye que “de haberse adoptado esa decisión con anterioridad la situación de ceguera no se habría producido” y se pregunta por qué no se la derivó al Servicio de Oftalmología hasta más de dos años después de iniciarse los problemas.

Una prudente valoración de la documentación incorporada al expediente nos indica que a la paciente, como ella misma reconoce, se le diagnostica correctamente desde su primer ingreso, el 29 de diciembre de 2006, “edema de papila bilateral” con “hipertensión intracraneal benigna”, pautándole un tratamiento farmacológico que fue disminuyéndose en función de la mejoría que experimentó a lo largo de 2007 y hasta el 8 de noviembre de 2008, lo que confirma que durante dicho periodo el tratamiento se ajustaba a la sintomatología que presentaba. Al reaparecer la cefalea y disminuir la agudeza visual se le pauta de nuevo un tratamiento de fármacos, con altas dosis de esteroides, pero, dada la mala evolución, se decide valorar la opción quirúrgica, siendo intervenida el día 4 de febrero de 2009, a pesar de lo cual pierde prácticamente la visión.

Los distintos informes médicos obrantes en el expediente concluyen que los profesionales de la sanidad pública sospecharon, desde el momento en que la paciente acude al Servicio de Urgencias, la existencia de una patología que se confirmó con el diagnóstico, por lo que a partir de esa primera valoración ha sido tratada de forma adecuada, pues, como se recoge en el informe del Servicio de Neurología, inicialmente se aplicó un tratamiento farmacológico, que es “el indicado en todos los manuales de Medicina”, y en el caso de que este falle se acude “al tratamiento quirúrgico”; dicha afirmación se asume en el

informe técnico de evaluación y se confirma en el de los especialistas privados cuando señalan que “no está justificado un tratamiento agresivo, como una cirugía, sin mantener antes al paciente en tratamiento farmacológico adecuado en tiempo y dosis”.

Sostiene la interesada en su escrito de alegaciones que cuando se produjo la intervención quirúrgica “esa situación de ceguera ya existía”, como se “acredita por el hecho de que (...) tenía edema de papila bilateral”. Sin embargo, no cabe confundir un edema papilar con la ceguera a la que alude, dado que en el primer informe del Servicio de Neurología tras el ingreso, el día 29 de diciembre de 2006, consta “en la exploración oftalmológica (...) un edema de papila bilateral” y, como es evidente, en aquellos momentos la capacidad visual de la paciente era muy distinta a la ceguera.

Con relación a la intervención quirúrgica, señala la reclamante que, “sin duda, de haberse adoptado esa decisión con anterioridad la situación de ceguera no se habría producido”, lo cual solo encuentra justificación en sus afirmaciones y no es bastante para tenerlas por ciertas.

Finalmente, y por lo que respecta a la falta de atención por el Servicio que considera especializado -el de Oftalmología-, hemos de indicar que existen en el expediente al menos tres valoraciones realizadas por dicho Servicio, y que, según se señala en el informe del Servicio de Neurología, “el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión intracraneal benigna recae siempre en los Servicios de Neurología y no en los (...) de Oftalmología”; afirmación que se asume en el informe técnico de evaluación y se confirma por los especialistas privados cuando señalan que “la pérdida visual es de etiología cerebral” y que “el tratamiento es neurológico”.

Por tanto, concluimos que el daño alegado no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento del servicio público de salud, como pretende la reclamante, sino a un “empeoramiento brusco” de su patología de base, según se indica en el informe del Servicio de Neurología, a “consecuencia de la agresividad de la enfermedad, no achacable a retraso diagnóstico o terapéutico alguno”, según refieren los especialistas privados que informan a instancia de la entidad aseguradora.

En suma, los técnicos que informaron en el procedimiento no aprecian ninguna actuación contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues, como coinciden en señalar todos ellos, los tratamientos aplicados se ajustaron a la sintomatología que la enferma presentaba en cada momento, por lo que debemos concluir que se actuó con la diligencia exigible, sin que se haya acreditado que su pérdida de visión guarde relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.