

Dictamen Núm. 131/2024

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de julio de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de mayo de 2024 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de un retraso en el tratamiento quirúrgico determinante de la pérdida total de visión de un ojo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 18 de marzo de 2022, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida.

Expone que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ..... “el día 20 de junio de 2021 por dolor en ojo izquierdo y ojo rojo, sensación de ver un halo central, notando escotoma central no móvil en el ojo izquierdo, es decir, visión nula en la parte central de dicho ojo, visión de niebla y molestias tipo

resquemor, tensión ocular 38 mmHg cuando lo normal es entre 12-22 mmHg”, recogiendo en el informe correspondiente que tenía antecedentes de glaucoma en ambos ojos por lo que “lleva en seguimiento por el Servicio de Oftalmología desde hace años”. Asimismo, destaca el notable deterioro progresivo sufrido en el ojo izquierdo, según los informes de 31 de agosto de 2018 y 8 de mayo de 2019.

Manifiesta que, “como los síntomas persisten y se agravan rápidamente, el 25 de junio de 2021 (...) acude nuevamente al Servicio de Urgencias (...) por dolor en el ojo izquierdo por similar sintomatología que cinco días antes (...). Una vez realizadas las pruebas diagnósticas oportunas se le aprecia una presión intraocular en el ojo izquierdo de 42 mmHg, casi el doble de la (...) que se podría considerar normal, se valora también gonioscopia en ese ojo de grado 0, lo que en teoría podría suponer el padecimiento de glaucoma crónico de ángulo abierto descompensado, si bien nada se indica respecto de su diagnóstico en el informe de Urgencias. Se receta tratamiento farmacológico (Trusopt, Lumigan, Alphagan, Edemox y Boi-k) para conseguir bajar la (presión intraocular) a 28 mmHg”.

Refiere que “el 2 de julio de 2021 acude “por tercera vez en menos de dos semanas al Servicio de Urgencias”, informándole el Servicio de Oftalmología que “los síntomas que sufre no tienen causa oftalmológica, que su problema ocular es neurológico”. Reseña que “el 14 de julio de 2021 como los síntomas persisten (...) acude, sin cita, por su problema ocular al Servicio de Neurología (...), donde le indican que no es causa neurológica, si bien se le da cita para valorar”, recogiendo en el informe emitido por este Servicio que “evidentemente se trata de un glaucoma tratado insuficiente y tardíamente (y con la consiguiente repercusión sobre el nervio óptico)”, estableciéndose el diagnóstico de “probable neuropatía óptica izquierda secundaria a glaucoma insuficientemente tratado”.

Explica que el 9 de septiembre de 2021 vuelve al Servicio de Urgencias “porque los síntomas empeoran, dolor en ojo izquierdo, disminución de agudeza visual y ojo enrojecido”, y se le diagnostica “glaucoma crónico ángulo abierto

descompensado”, de lo que resulta que “no era un problema neurológico como desde ese Servicio insistentemente se indicó durante meses”. El 16 de septiembre acude nuevamente al Servicio de Urgencias porque los síntomas persisten, presentando “continuo dolor en ojo izquierdo y con una gran pérdida de agudeza visual”, diagnosticándosele hipertensión ocular, siendo “operado tardíamente el 4 de octubre de 2021 de catarata y glaucoma en ojo izquierdo. Operación que no impide la total pérdida del ojo izquierdo y con ello un terrible bajón en la calidad de vida agravado por la edad”.

Entiende que “como consecuencia de los errores de diagnóstico y el grave retraso en realizar la operación, más de 5 meses desde que se puso de manifiesto la agravación de los síntomas de glaucoma (...), ha perdido totalmente la visión en su ojo izquierdo, produciéndole una ceguera total en este vital órgano”, y subraya que “hubo un retraso en el diagnóstico y en la actuación médica en relación con la sintomatología y padecimientos que presentaba (...), pues existiendo una gran certeza de que (...) padecía un glaucoma -ya diagnosticado con anterioridad al año 2019- se tardó más de 5 meses desde que los síntomas empeoraron en proporcionar el tratamiento adecuado, que no era otro que el (...) quirúrgico. Este tratamiento (...) debió (...) realizarse de forma inmediata, cuando los síntomas se agravaron drásticamente en el mes de junio, para que el ojo no sufriese por la presión y no se diesen las secuelas que lamentablemente padece” y que la reclamación achaca a mala praxis médica.

Cuantifica los daños sufridos en cuarenta y cinco mil quinientos dieciséis euros con trece céntimos (45.516,13 €).

Acompaña diversa documentación médica.

**2.** Mediante oficio de 6 de abril de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el nombramiento de

instructora, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

**3.** Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 29 de abril de 2022 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente, incluyendo el resultado de la prueba radiológica craneal, y los informes de los Servicios de Neurología, Oftalmología y Urgencias del Hospital ..... referidos al proceso de referencia.

El Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias indica en su informe de 20 de abril de 2022 que el paciente “efectivamente acudió a nuestro Servicio en las cinco ocasiones a las que hace referencia en su reclamación”, y confirma que “en las cinco asistencias fue valorado de forma urgente por el Servicio de Oftalmología”, que entiende “debe ser el que realice el informe sobre la atención prestada”.

El Jefe del Servicio de Neurología informa el 22 de abril de 2022 que “la sintomatología referida por el paciente ya en la primera ocasión en la que acudió al Servicio de Urgencias (...), en junio de 2021, era altamente sugestiva de una patología ocular primaria, dado que consistía en dolor exclusivamente localizado en el ojo, enrojecimiento del mismo e incremento de la presión local, así como disminución de agudeza visual, en aparente ausencia de cualquier otro signo o síntoma que pudiera sugerir una afectación neurológica, tal como se demostró en la evolución posterior del proceso clínico./ Se adjuntan informes de las atenciones prestadas en las consultas del Servicio de Neurología en los que constan, detalladamente, dichas consideraciones”. En el relativo a la consulta efectuada el 14 de julio de 2021 se refleja que está “a seguimiento (...) de Neurología por una polineuropatía diabética./ Acude sin cita por un problema ocular, Oftalmología le ha dicho que es neurológico. Veo que ha estado en Urgencias hace unos días por un glaucoma crónico ángulo abierto descompensado ¿? No parece por tanto de causa neurológica -se describe dolor ocular, con pérdida de agudeza visual y enrojecimiento, (presión intraocular) de 42 mmHg-, aunque doy una cita para valorar”. En el de 10 de noviembre de

2021 consta que el 16 de septiembre acude a Urgencias por dolor ocular, que es intervenido el 4 de octubre y que "ha perdido casi toda la visión en ojo izquierdo. Estuvo mucho tiempo con la TA elevada en dicho ojo. Le dijeron que se trataba de un problema neurológico, aunque evidentemente se trata de un glaucoma tratado insuficiente y tardíamente (y con la consiguiente repercusión sobre el nervio óptico)./ Tras la cirugía se retiraron los colirios y desapareció la inestabilidad. Le dijeron que la inestabilidad también era de causa neurológica, aunque evidentemente no lo es", reseñando que "hoy realiza estudio neurosonológico de control pendiente".

Por su parte, el informe elaborado el 26 de abril de 2022 por una Facultativa Especialista del Área de Oftalmología, con el visto bueno de la Jefa de Sección, señala que se trata de un "paciente conocido del Servicio desde el año 2018 por presentar glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos, con mayor afectación del ojo derecho en cuyo campo visual se observaban escotomas en el área de Bjerrum, siendo la campimetría del ojo izquierdo normal./ En 2020 la situación seguía estable. El (ojo izquierdo) mantenía un campo visual normal. En la (tomografía de coherencia óptica) el nervio óptico tenía un grosor de la capa de fibras de 60 micras en ojo derecho y de 70 micras en el ojo izquierdo./ En mayo de 2021 se realiza cirugía combinada de catarata y glaucoma en ojo derecho, sin complicaciones y con buen resultado posoperatorio (...). Acude a Urgencias el 20-6-21 por escotoma central en el ojo izquierdo. La presión de ese ojo estaba elevada. En los meses siguientes se intentan ajustar los valores de la presión intraocular con tratamiento médico, con mala tolerancia por parte del paciente, pero la situación del ojo se deteriora de forma muy rápida. El 6 de agosto la afectación del campo es completa pero, sin embargo, el nervio óptico se mantiene estable con un grosor de capa de fibras de 68 micras./ El 4 de octubre de 2020 se realiza una cirugía combinada en el ojo izquierdo sin complicaciones, pero sin mejoría de la visión".

**4.** El día 8 de marzo de 2023, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y

Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por el interesado recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**5.** Mediante oficio de 9 de marzo de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del expediente para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

**6.** Con fecha 25 de mayo de 2023, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una en Oftalmología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él se concluye que la “actuación de los profesionales (...) que han atendido al paciente durante el período reclamado ha sido correcta y sin existir ningún daño imputable” a la misma. Entienden que “queda claro el correcto tratamiento del glaucoma (...) mediante tratamiento tópico, sistémico y quirúrgico en un plazo correcto (...). Antes de la intervención programada se realizaron todas las pruebas necesarias e indicadas según los protocolos vigentes (...). La cirugía de glaucoma fue indicada de forma independiente al defecto en el campo visual y agudeza visual que se consideró de causa neurológica, como fue demostrado posteriormente con las pruebas complementarias y el tratamiento sistémico recibido. Se programó la cirugía de glaucoma en el momento que se consideró oportuno por el tratamiento tópico máximo y por la imposibilidad de añadir más tratamientos en el futuro por intolerancia del paciente (...). El paciente presentaba un glaucoma descompensado que se trató adecuadamente y, por otra parte, una neuritis óptica de causa neurológica y probablemente asociada a sus múltiples factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo...) que fue demostrada por los potenciales evocados visuales y tratada mediante corticoides (...). Nada que objetar a los consentimientos informados por cuanto son totalmente

acordes a la *lex artis* (...). En dichos consentimientos expresamente se reseñan los riesgos típicos asociados al procedimiento (...). De la documental analizada, podemos confirmar que no existe una inobservancia del deber de cuidado puesto que el paciente fue visto y seguido de forma rutinaria y estrecha por los profesionales que componen el cuadro médico” del Hospital ..... Señalan que “el glaucoma es una patología grave que el paciente padecía en ambos ojos desde hacía años. El ojo derecho sufrió un deterioro progresivo del campo visual y de la capa de fibras nerviosas de la retina a lo largo de los años y fue operado ante la amenaza de pérdida visual central. El ojo izquierdo sufrió un deterioro brusco y no progresivo del campo visual incompatible con una enfermedad glaucomatosa, lo que hizo sospechar otra causa que posteriormente se demostró./ Además, el nervio óptico no mostró pérdida de grosor compatible con el campo visual ni sufrió pérdida por la elevación de presión intraocular transitoria. El dolor acusado por el paciente tampoco se puede atribuir a las tensiones presentadas (...) puesto que persistió el dolor y la consiguiente visita a Urgencias a pesar del excelente control tensional conseguido por la cirugía realizada”.

El día 2 de junio de 2023 elabora un segundo informe, también a instancias de la compañía aseguradora, una especialista en Neurología. En él afirma que no hubo ni negligencia en la atención oftalmológica dispensada ni pérdida de oportunidad en la atención neurológica prestada, indicando que “la historia y la documentación analizada (...) constatan la correcta asistencia (...) en todas las ocasiones que el paciente acudió a Urgencias, así como la supervisión clínica y evolutiva estrecha (...) en (...) Oftalmología. De la documental analizada, podemos descartar inobservancia del deber de cuidado, dado que (...) fue visitado y seguido de forma rutinaria y estrecha por todos los profesionales del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) (...). El paciente fue diagnosticado de un glaucoma de ángulo abierto descompensado. De la documental analizada también se extrae que se agotaron las posibilidades de tratamiento tópico (colirios) y sistémico del glaucoma que padecía (...) y que la opción quirúrgica programada fue propuesta en el plazo correcto, según los

protocolos médicos (...). Se programó la cirugía independientemente del defecto en el campo visual y agudeza visual que se consideró de causa neurológica cuando el tratamiento tópico se consideró máximo y ante la imposibilidad de añadir más tratamientos por intolerancia del paciente (...). Intercurrentemente (...), sufrió una disminución brusca de la agudeza visual, indolora, con un campo visual en negro en el ojo izquierdo sin que se objetivase en la (tomografía de coherencia óptica) una pérdida significativa del grosor de las fibras en el nervio óptico (...). No es posible que se produzca una pérdida del campo visual tan acusada y en tan poco tiempo (5 semanas) sin ir acompañada de un daño estructural objetivo del nervio óptico. Además, el paciente venía de un período de estabilización de las cifras de presión intraocular, y sin dolor (...). Ante la discrepancia entre la prueba estructural y la funcional del ojo izquierdo se sospechó una causa neurológica y se solicitó revisión por Neurología y un tac craneal (...). El paciente presentó un glaucoma de ángulo abierto descompensado, con sucesivos aumentos de la (presión intraocular) que se trataron efectivamente con tratamiento tópico o sistémico en el Servicio de Urgencias (...) y sin repercusión sobre la capacidad visual. Por otra parte (...), de forma intercurrente sufrió una neuropatía óptica isquémica, probablemente asociada a sus múltiples factores de riesgo cerebrovascular (diabetes mellitus, dislipemia, enfermedad arteriosclerótica cerebral con estenosis de un vaso intracraneal, infartos lacunares crónicos), que se confirma con la alteración de los potenciales evocados visuales y que es tratada con corticoides (...). La probable neuropatía óptica isquémica no arterítica (o infarto arteriosclerótico del nervio óptico) que sufrió (...) no tiene a día de hoy un tratamiento eficaz (...). Puede afirmarse que no había posibilidad de un tratamiento curativo una vez establecido el déficit por lo que no hubo pérdida de oportunidad terapéutica. Además, el tratamiento esteroideo sólo estaría indicado en el caso de la variedad arterítica para la que el paciente no cumple criterios diagnósticos, y sólo protegería el ojo no afecto”.

Concluye que “después de un análisis detallado de la documentación aportada (...) no existe evidencia ni clínica ni científica que relacione la lesión

que sufre y reclama el paciente con la actuación médica de ninguno de los especialistas que lo atendieron en el período objeto de la reclamación presentada y que, por tanto, no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada”.

**7.** Mediante oficio notificado al interesado el 14 de junio de 2023, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una copia del expediente.

**8.** El día 21 de junio de 2023, el reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que señala que “ante la dilación que ha sufrido este expediente (...) ya ha formulado el correspondiente recurso contencioso-administrativo”, elevando la cuantía de la indemnización a ciento catorce mil novecientos treinta y cinco euros con cuarenta y un céntimos (114.935,41 €).

A continuación subraya que los informes aportados por la compañía aseguradora de la Administración “pasan por alto dos hechos esenciales”: en primer lugar, que “desde junio de 2021 a septiembre de 2021 el paciente realizó seis visitas al Servicio de Urgencias y de ahí fue derivado al de Oftalmología y no sólo no le solucionaron nada sino que le indicaron que su problema era neurológico” y, en segundo lugar, que “fue el propio paciente quien tomó la iniciativa (...) de acudir al Servicio de Neurología, y una vez allí el Jefe del Servicio -que es el único que informa porque realmente le exploró, no así el resto (...)- dice con total rotundidad lo siguiente: `acude a consulta, ha perdido casi toda la visión en ojo izquierdo. Estuvo mucho tiempo con TA elevada en dicho ojo. Le dijeron que se trataba de un problema neurológico, aunque evidentemente se trata de un glaucoma tratado insuficiente y tardíamente (y con la consiguiente repercusión sobre el nervio óptico). Tras la cirugía se retiraron los colirios y desapareció la inestabilidad. Le dijeron que la inestabilidad también era causa neurológica, aunque evidentemente no lo es´./ No es que hable de probabilidades, dice que es evidente (...) que el paciente tenía un glaucoma./ Y es evidente que fue tratado insuficientemente./ Y

también que fue tratado tardíamente”, lo que califica como “acto propio de reconocimiento de la responsabilidad (...). Porque lo cierto es, y aquí los informes callan, que si se le hubiera operado antes habría salvado la vista de su ojo izquierdo, y el retraso no es una pérdida de oportunidad es una negligencia objetiva”.

Añade que el informe de 22 de abril de 2022 del Servicio de Neurología es “aún más rotundo” al señalar que la sintomatología evidenciada en la primera visita a Urgencias en junio de 2021 “era altamente sugestiva de una patología ocular primaria”.

Adjunta dos informes periciales, uno de ellos elaborado por un especialista en Valoración del Daño Corporal y en Antropología Forense y el otro por un especialista en Medicina Intensiva y en Medicina Familiar y Comunitaria, la demanda presentada y copia de varias facturas.

En el suscrito el 12 de abril de 2023 por un especialista en Medicina Intensiva y en Medicina Familiar y Comunitaria y experto en Medicina de Urgencias y Emergencias se indica que “el paciente sufre una lesión progresiva e irreversible de su nervio óptico izquierdo debido al aumento de presión intraocular, que es tratado de forma conservadora durante muchos meses y muchas consultas sin éxito cuando lo adecuado hubiera sido plantear un tratamiento quirúrgico a tiempo (en especial frente a la intolerancia manifestada al tratamiento médico), cuya abstinencia de práctica implicó el deterioro irreversible del nervio ocular (...) y la pérdida de visión”.

Explica que si se ha tenido glaucoma agudo en un ojo se está en riesgo de tenerlo en el otro, y que es probable que se trate el segundo para prevenir. Señala, asimismo, que en el caso de glaucoma de ángulo abierto “una vez se nota la pérdida de la visión el daño ya es grave”. Reseña las pruebas que deben realizarse, y afirma que “el objetivo del tratamiento es reducir la presión ocular” y que depende del tipo de glaucoma. Para el de ángulo abierto, apunta tratamiento tópico en gotas betabloqueantes y si no funciona terapia con láser o, en último término, “puede que se necesite cirugía”. Añade que no se puede

prevenir el glaucoma de ángulo abierto ya que la mayoría de las personas no tiene síntomas.

**9.** Con fecha 29 de junio de 2023, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que aparece, por una parte, glaucoma de ángulo abierto descompensado que evoluciona con aumento de la presión intraocular, sin repercusión sobre la capacidad visual, y, por otra, un cuadro clínico compatible con neuropatía óptica isquémica, asociada a los distintos factores de riesgo cerebrovascular que presentaba el paciente (neuritis óptica), que confirma que los síntomas que muestra cuando acude al Servicio de Urgencias en varias ocasiones son de origen neurológico (y no oftalmológico).

Concluye que la asistencia sanitaria prestada ha sido “conforme a la *lex artis ad hoc*, el glaucoma es una patología grave que el paciente padecía en ambos ojos desde hacía años. El ojo derecho sufrió un deterioro progresivo del campo visual y de la capa de fibras nerviosas de la retina a lo largo de los años y fue operado ante la amenaza de pérdida visual central. El ojo izquierdo sufrió un deterioro brusco y no progresivo del campo visual incompatible con una enfermedad glaucomatosa, lo que hizo sospechar otra causa que posteriormente se demostró. El nervio óptico no mostró pérdida de grosor (...) ni sufrió pérdida por la elevación de presión intraocular transitoria. El dolor acusado por el paciente no resulta atribuible a las tensiones oculares, puesto que (...) persistió a pesar del control de la presión intraocular conseguido por la cirugía realizada”.

**10.** Mediante escrito de 10 de agosto de 2023, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

**11.** El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 28 de diciembre de 2023, dictamina que no es posible un

pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar nuevos actos de instrucción, incorporando al expediente un nuevo informe de los servicios implicados que se pronuncie sobre los extremos que se plantean y formulando una nueva propuesta de resolución tras dar audiencia al interesado.

**12.** Mediante oficio de 26 de enero de 2024, la Instructora del procedimiento solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV nuevos informes de los Servicios intervinientes “a fin de determinar si la evolución del paciente evidencia la etiología (de) la pérdida de visión: neurológica u oftalmológica y etiología de la neuropatía óptica izquierda y relación con la pérdida de visión total en el ojo izquierdo”.

**13.** Con fecha 23 de abril de 2024, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor los informes elaborados por los Servicios de Oftalmología y Neurología del Hospital .....

El librado por el Jefe del Servicio de Neurología el 4 de marzo de 2024 se reitera “en lo manifestado en el informe emitido con fecha 22 de abril de 2022”. Explica que “una vez revisada nuevamente y de manera detallada la historia clínica (...) no podemos establecer un diagnóstico de certeza, ni tampoco afirmar lo contrario, con respecto a la posibilidad de que, además de la afectación glaucomatosa del nervio óptico izquierdo, el paciente hubiera podido desarrollar también, de manera prácticamente sincrónica, una neuropatía óptica izquierda isquémica de etiología no arterítica, tal como parece sugerirse en el informe pericial realizado (...) el pasado 2 de junio de 2023, ya que ni el resultado de los potenciales evocados visuales, ni de la ultrasonografía de troncos supra-aórticos y transcraneal, ni tampoco de la tomografía de coherencia óptica, son concluyentes a este respecto, de manera que esta posibilidad podría contemplarse, aunque obviamente no confirmarse, atendiendo únicamente al hecho de que el paciente ya previamente estaba diagnosticado de una afectación encefálica microvascular isquémica de

naturaleza ateromatosa por la que recibía tratamiento antiagregante plaquetario como profilaxis de nuevos eventos de esta naturaleza./ Por lo tanto, nos encontramos ante una situación difícilmente resoluble dado que ambas afecciones, la descompensación del glaucoma y la neuropatía óptica isquémica no arterítica, podrían haber acontecido simultáneamente, lo que condicionaría únicamente `casualidad` cronológica, o bien haberse producido un daño del nervio óptico izquierdo motivado únicamente por la afectación glaucomatosa, condición de `causalidad` entre el daño acontecido en el nervio óptico izquierdo y el factor causante de ese daño que sería la hipertensión intraocular prolongada en el tiempo”.

Por su parte, el informe de la Jefa del Servicio de Oftalmología refiere que el paciente es “conocido por el Servicio desde el año 2018 por presentar glaucoma pseudoexfoliativo en ambos ojos, más avanzado en el ojo derecho que requirió cirugía en mayo de 2021./ El glaucoma del OI se mantuvo muy estable hasta junio de 2022. En esa fecha (...) acude a Urgencias por pérdida de visión central y en la exploración se observa un aumento de la presión intraocular. En todas las visitas realizadas a partir de entonces se realizaron los estudios pertinentes y se intentó controlar médicamente la presión intraocular, pero ante la mala evolución (...) se adelantó la consulta (...) y finalmente fue operado el 4 de octubre./ En este caso cabe señalar que el paciente efectivamente tiene glaucoma en ambos ojos y que desde junio el glaucoma estaba descompensado y con presiones intraoculares elevadas. No obstante, la evolución que ha presentado no es característica de esta enfermedad. El glaucoma produce una pérdida de visión periférica y no aguda y central como refería (...) cuando acudió al Servicio de Urgencias por primera vez y, por otra parte, la alteración de agudeza visual y del campo visual que experimentó no fue acorde con las alteraciones estructurales del nervio óptico”.

Recoge la situación que presentaba el paciente -según la historia clínica- el 27 de febrero de 2020, y añade que “el 6 de agosto de 2021 “la agudeza del ojo izquierdo era de solo 0,1 y el campo visual estaba totalmente afectado con una DM -29,33. Sin embargo, la OCT del nervio óptico prácticamente no había

experimentado ningún cambio, el grosor de la capa de fibras nerviosas seguía siendo mejor que el que tenía el ojo derecho en la exploración anterior (68 micras)./ Esta forma de presentación (...), así como la incongruencia entre la clínica y la afectación estructural del nervio óptico, hacen pensar en la posible concurrencia de algún otro proceso, posiblemente una neuropatía óptica isquémica o algún cuadro de isquemia ocular./ En las últimas revisiones realizadas la presión intraocular se ha vuelto a descompensar y el paciente presenta dolor. En la exploración de mayo de 2023 se observó la presencia de neovasos iridianos, un signo sugestivo de isquemia ocular (aunque también podría asociarse a glaucoma terminal). En enero de este año se realizó una angio RM con el resultado de `enfermedad cerebrovascular crónica avanzada en ligera progresión con respecto al estudio previo´”.

Concluye que “no se puede excluir, y en ningún momento se ha hecho, que en la pérdida de visión influye el glaucoma que padece, pero por la forma de presentación y la escasa progresión de la alteración del nervio óptico es lógico pensar que tiene que haber concurrido algún otro proceso de tipo isquémico (asociado a los factores de riesgo de HTA, diabetes, tabaquismo que padece) responsable de la rápida y atípica evolución y que (...) seguramente habría hecho que este paciente evolucionara igual (o incluso peor) aunque se controlara quirúrgicamente la presión intraocular un poco antes”.

**14.** Mediante oficio notificado al interesado el 8 de mayo de 2024, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la nueva documentación incorporada al expediente.

El día 13 de mayo de 2024, el perjudicado presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que se reitera en los términos de su reclamación al considerar que existió un retraso diagnóstico y asistencial que debía haberse evitado por conocerse la existencia del glaucoma y a la vista de la sintomatología, evidente para el Servicio de Neurología, que exigía una intervención quirúrgica inmediata.

**15.** Con fecha 16 de mayo de 2024, la Instructora del procedimiento elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio en la que se limita a añadir en los antecedentes las conclusiones de los informes aportados por los Servicios intervinientes, reproduciendo literal e íntegramente los fundamentos expuestos en la propuesta de resolución de 29 de junio de 2023.

**16.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de mayo de 2024, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 18 de marzo de 2022, y los hechos de los que trae origen se producen en una primera consulta en el Servicio de Urgencias el 20 de junio de 2021 que da lugar a una intervención quirúrgica el día 4 de octubre de ese mismo año, por lo que, al margen de la fecha de estabilización de las secuelas, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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, sobre la que debe hacerse la siguiente valoración.

El Pleno del Consejo Consultivo acordó en sesión celebrada el 28 de diciembre de 2023 que no era posible dictaminar sobre el fondo del asunto, y requirió la incorporación al expediente de informes en los que los servicios

intervinientes explicasen su forma de proceder aclarando los puntos en los que existía discrepancia, y formulándose una nueva propuesta de resolución previa audiencia al interesado. En concreto, señalaba que “resulta preciso determinar si la evolución del paciente evidencia que su dolencia era neurológica, excluyendo que la pérdida de visión encuentre su origen en la enfermedad glaucomatosa, u oftalmológica, así como el origen de la neuropatía óptica izquierda diagnosticada y su relación con la pérdida de visión total que el reclamante padece en su ojo izquierdo. Para ello, estimamos que procede completar la instrucción del procedimiento con la emisión de nuevos informes por parte de los Servicios de Neurología y Oftalmología en los que se dé respuesta a tales extremos a la vista de la evolución clínica. A continuación, será necesario dar audiencia al interesado y librar una nueva propuesta de resolución, que habrá de justificar razonadamente el criterio pericial que asume, debiendo insistirse en que -especialmente en aquellos supuestos en los que existen informes médicos discrepantes entre sí- la propuesta de resolución ha de abordar tales diferencias de criterio, así como todas aquellas cuestiones que han sido planteadas por el reclamante con suficiente sustento pericial”.

A pesar de ello, observamos que la nueva propuesta de resolución se limita a añadir a la emitida previamente unos párrafos que resumen lo expuesto en los dos informes aportados, reproduciendo la justificación de la decisión desestimatoria sin explicación alguna que permita al administrado conocer por qué se alcanza esa decisión conforme a derecho.

Asimismo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado solicita una indemnización por el daño sufrido a causa de una tardía intervención quirúrgica, tras acudir en sucesivas ocasiones al Servicio de Urgencias presentando los mismos síntomas, sugestivos de glaucoma de ángulo abierto descompensado y que abordado con meses de retraso supuso una pérdida irreversible y total de la visión del ojo izquierdo.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la efectividad de ciertos daños alegados que el interesado imputa a una mala praxis.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 261/2022), 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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 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 previo estado del enfermo o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera, no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarias y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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 se pretende. En el caso que nos ocupa, el interesado ha presentado el informe pericial emitido por un especialista en Medicina Intensiva y en Medicina Familiar y Comunitaria. Además, debe ser tenido en cuenta lo expuesto en los informes de los Servicios del Hospital ....., tanto el elaborado inicialmente por una Facultativa Especialista del Área de Oftalmología, con el visto bueno de la Jefa de Sección, como el suscrito por

esta última, y los dos firmados por el Jefe del Servicio de Neurología. También obran en el expediente dos informes periciales librados a instancias de la compañía aseguradora de la Administración.

En el supuesto planteado, el perjudicado reprocha al servicio público sanitario la tardanza en la práctica de la intervención quirúrgica, afirmando que determinó que la situación clínica empeorase de manera irreversible, al señalar que “hubo un retraso en el diagnóstico y en la actuación médica en relación con la sintomatología y padecimientos que presentaba (...), pues existiendo una gran certeza de que (...) padecía un glaucoma -diagnosticado con anterioridad al año 2019- se tardó más de 5 meses desde que los síntomas empeoraron en proporcionar el tratamiento adecuado, que no era otro que el (...) quirúrgico. Este tratamiento (...) debió (...) realizarse de forma inmediata, cuando los síntomas se agravaron drásticamente en el mes de junio”, insistiendo en que “como consecuencia de los errores de diagnóstico y el grave retraso en realizar la operación, más de 5 meses desde que se puso de manifiesto la agravación de los síntomas de glaucoma (...), ha perdido totalmente la visión en su ojo izquierdo”.

En su escrito inicial, el reclamante sustenta sus afirmaciones en los informes del Servicio de Neurología del Hospital ..... El Servicio de Oftalmología entiende que el origen del cuadro clínico que presenta el paciente es neurológico, frente a lo expuesto por el Servicio de Neurología, que refiere que “evidentemente se trata de un glaucoma tratado insuficiente y tardíamente (y con la consiguiente repercusión sobre el nervio óptico)”, estableciéndose el diagnóstico de “probable neuropatía óptica izquierda secundaria a glaucoma insuficientemente tratado”. Durante el trámite de audiencia, el interesado señala que ha presentado un recurso contencioso-administrativo y acompaña dos informes periciales, uno de ellos de valoración del daño, elevando la cuantía de la indemnización que solicita.

Queda por tanto circunscrita la alegación de mala praxis a la determinación de si el cuadro clínico que el interesado presentaba en los meses previos a la intervención quirúrgica evidenciaba la necesidad de una rápida

intervención de abordaje del glaucoma, y a si su retraso constituye una pérdida de oportunidad que dé lugar a la responsabilidad de la Administración sanitaria.

Conforme queda acreditado en el expediente, el perjudicado padecía glaucoma crónico en ambos ojos, estaba a tratamiento con Lumigan en el ojo izquierdo y había sido sometido a una cirugía de catarata y glaucoma en el ojo derecho con éxito el 3 de mayo de 2021; además presentaba dislipemia, polineuropatía diabética y enfermedad cerebrovascular crónica de pequeño vaso, y se encontraba a seguimiento en los Servicios de Oftalmología y de Neurología. En tal contexto, acude al Servicio de Urgencias el día 20 de junio de 2021 por molestias en el ojo izquierdo: dolor, ojo rojo y sensación de ver un halo central, objetivándose alta tensión ocular en ese ojo. El interesado explica que acude al Servicio de Urgencias en varias ocasiones por los mismos síntomas y es atendido por el Servicio de Oftalmología, concretamente los días 25 de junio, 2 de julio -fecha en la que se le indica que el problema es neurológico y no oftalmológico- y 9 y 16 de septiembre, e intercala una visita al Servicio de Neurología el 14 de julio, donde se le explica y refleja en el informe correspondiente que la causa no es neurológica, sino que se trata de un glaucoma tratado tardíamente. Finalmente, es operado de catarata y glaucoma en el ojo izquierdo el 4 de octubre de 2021.

En la exploración del día 20 de junio de 2021 se constata que el paciente está a la espera de intervención quirúrgica del ojo izquierdo y se le prescribe otro colirio hipotensor, citándole para revisión dos días después para ampliar la exploración mediante una prueba estructural del nervio óptico que evidencia un grosor de la capa de fibras de 68 micras y una mácula normal en el ojo izquierdo. Se mantiene el tratamiento con Trusopt y Lumigan. Vuelve a Urgencias el día 25 de ese mismo mes y se le prescribe tratamiento para bajar la presión intraocular, dejando pautado (Edemox, Boi-k, Trusopt, Lumigan y Alphagan). La siguiente cita se fija para el día 29, si bien ese mismo día es atendido en Urgencias por dolor, alcanzándose el diagnóstico de glaucoma de ángulo abierto descompensado y ajustando el tratamiento. El 2 de julio acude a revisión y refiere malestar general relacionado con el tratamiento de Edemox,

que se le retira, siendo remitido a Urgencias para valoración general; es atendido nuevamente el día 7 y muestra mala tolerancia al Alphagan, recetándosele Brimvera, y en la revisión del día 13 manifiesta intolerancia al tratamiento con Brimvera. La presión intraocular está estable y se fija revisión a la semana. El 6 de agosto acude a revisión de Oftalmología, la agudeza visual ha ido decreciendo en el ojo izquierdo, sin pérdida de fibras en el nervio óptico, por lo que se solicita revisión en Neurología (donde ya había sido visto el 14 de julio), un tac y se programa la cirugía de glaucoma y catarata en el ojo izquierdo. El 9 de septiembre acude a Urgencias por pérdida de agudeza visual y dolor, con alta tensión ocular, que se reduce con tratamiento intravenoso. El día 15 es visto en Neurología, donde se encuentra a seguimiento por polineuropatía diabética y acude sin cita por los problemas oculares, siendo citado para valoración. Al día siguiente acude a Urgencias derivado por su médico de Atención Primaria por los mismos síntomas, dolor, ojo rojo y pérdida de agudeza visual, además de mareos y cefalea, y se propone tratamiento intravenoso para control de la tensión ocular, que es rechazado por un familiar al preferir tratamiento oral ambulatorio para el dolor, optándose entonces por el control de la tensión ocular y del dolor y por la espera del turno quirúrgico. Consta la práctica de la intervención quirúrgica programada el día 4 de octubre "sin incidencias", que se somete a revisión los días 5 y 15 del mismo mes y que muestra buena evolución posoperatoria.

El informe del Servicio de Neurología del día 10 de noviembre de 2021 refleja que "ha perdido casi toda la visión en ojo izquierdo. Estuvo mucho tiempo con la TA elevada en dicho ojo. Le dijeron que se trataba de un problema neurológico, aunque evidentemente se trata de un glaucoma tratado insuficiente y tardíamente (y con la consiguiente repercusión sobre el nervio óptico). Tras la cirugía se retiraron los colirios y desapareció la inestabilidad. Le dijeron que la inestabilidad también era de causa neurológica, aunque evidentemente, "no lo es", y que "hoy realiza estudio neurosonológico de control pendiente", a lo que añade que se solicitan "potenciales evocados visuales".

A la luz del informe del Servicio de Neurología, resultaría justificado que los síntomas que mostraba el paciente tenían origen oftalmológico, quedando acreditado que se había producido un retraso en el tratamiento adecuado, ligado causalmente con las consecuencias dañosas que se alegan.

La pericial aportada por el interesado, suscrita por un especialista en Medicina Intensiva y en Medicina Familiar y Comunitaria, experto en Medicina de Urgencias y Emergencias, fortalece esta tesis al afirmar que “el paciente sufre una lesión progresiva e irreversible de su nervio óptico izquierdo debido al aumento de presión intraocular que es tratada de forma conservadora durante muchos meses y muchas consultas sin éxito, cuando lo adecuado hubiera sido plantear un tratamiento quirúrgico a tiempo”. La pericial señala que el objetivo del tratamiento debe ser reducir la presión ocular, lo que se lleva a cabo mediante tratamiento tópico y, si no funciona, terapia con láser o, en último, término, cirugía.

Sin embargo, las dos periciales elaboradas por la compañía aseguradora de la Administración -la primera suscrita por dos especialistas, una de ellas en Oftalmología, y la segunda por una especialista en Neurología- aportan una lectura distinta del resultado de aquellas pruebas que señala el informe del Servicio de Neurología, en el que se sustenta la pretensión indemnizatoria, y que no se han aportado a este procedimiento más que a través de dichas periciales. Según exponen ambas periciales, el paciente presentó un glaucoma de ángulo abierto descompensado con sucesivos aumentos de la presión intraocular y fue tratado de manera conservadora por resultar acorde a los protocolos aplicables, intentando controlar la tensión ocular mediante colirios, frente a los cuales aquel no responde positivamente, si bien se logra controlar la presión. Los síntomas que presenta de pérdida brusca de visión sin daño estructural del nervio óptico (cuyas fibras no muestran mayor daño que el propio de la edad en las sucesivas consultas) no permiten admitir que el origen de la pérdida de visión se encuentre en el glaucoma. Por tanto, se concluye que el enfermo sufre, por una parte, glaucoma que requiere de intervención quirúrgica debido a la necesidad de estabilizar la presión intraocular y, por otra,

una brusca pérdida de visión -incompatible con la enfermedad glaucomatosa- que desde una fase inicial de los episodios de dolor en el ojo izquierdo el Servicio de Oftalmología achaca a un problema neurológico. El Servicio de Neurología solicita unos potenciales evocados visuales que resultan ser compatibles con neuritis, que se trata con corticoides. La especialista en Neurología concluye que el reclamante sufrió una neuropatía óptica isquémica, “probablemente asociada a sus múltiples factores de riesgo cerebrovascular” que se confirma con la alteración de los potenciales evocados visuales, enfermedad que “no tiene a día de hoy un tratamiento eficaz”.

Completada la instrucción del procedimiento mediante la aportación de nuevos informes que puedan dar luz a la discrepancia entre lo afirmado por el Servicio de Neurología y el Servicio de Oftalmología, el Jefe del Servicio de Neurología se reitera “en lo manifestado en el informe emitido con fecha 22 de abril de 2022”, es decir, entiende que se ha dado un abordaje tardío del glaucoma, y contrastando su opinión con lo expuesto en los demás informes indica que, revisada la historia clínica, no puede alcanzar un diagnóstico de certeza y que la explicación de que han concurrido dos patologías basadas en el previo diagnóstico del paciente no puede ser asumida ni negada, destacando que ulteriores pruebas no han dado resultados concluyentes. Afirma que “nos encontramos ante una situación difícilmente resoluble dado que ambas afecciones, la descompensación del glaucoma y la neuropatía óptica isquémica no arterítica, podrían haber acontecido simultáneamente, lo que condicionaría únicamente `casualidad` cronológica, o bien haberse producido un daño del nervio óptico izquierdo motivado únicamente por la afectación glaucomatosa, condición de `causalidad` entre el daño acontecido en el nervio óptico izquierdo y el factor causante de ese daño que sería la hipertensión intraocular prolongada en el tiempo”. Por tanto, admite que puede haberse dado relación de causalidad entre el abordaje oftalmológico y el resultado dañoso, de la misma manera que pueden haber concurrido dos dolencias.

Por su parte, la Jefa del Servicio de Oftalmología insiste en que esta “forma de presentación (...), así como la incongruencia entre la clínica y la

afectación estructural del nervio óptico, hacen pensar en la posible concurrencia de algún otro proceso, posiblemente una neuropatía óptica isquémica o algún cuadro de isquemia ocular”. Concluye que “no se puede excluir (...) que en la pérdida de visión influye el glaucoma que padece, pero por la forma de presentación y la escasa progresión de la alteración del nervio óptico es lógico pensar que tiene que haber concurrido algún otro proceso de tipo isquémico (asociado a los factores de riesgo de HTA, diabetes, tabaquismo que padece) responsable de la rápida y atípica evolución y que (...) seguramente habría hecho que este paciente evolucionara igual (o incluso peor) aunque se controlara quirúrgicamente la presión intraocular un poco antes”.

Planteada en estos términos la controversia, parece claro que no puede descartarse que el glaucoma tardíamente tratado ha producido ciertos daños, por sí o en concurrencia con otros factores. La cuestión, sin embargo, dista de ser clara en la medida en que, como adelantábamos, un defectuoso diagnóstico o la selección de un tratamiento que *a posteriori* resulta menos efectivo que otro no constituye por sí solo un caso de mala praxis ni un supuesto generador de responsabilidad sanitaria. Dicho de otro modo, se trata de dilucidar si en la fase de diagnóstico el interesado, a la luz de los síntomas que padecía, fue atendido correctamente, no desde el ulterior análisis del resultado sino desde el punto de vista de la suficiencia de pruebas y medios empleados, pues incluso si se constata un error médico o un retraso puede haberse actuado conforme la *lex artis ad hoc*.

A pesar de las contradicciones y confusiones que encierran los sucesivos informes de los servicios intervinientes en el proceso asistencial aquí examinado, lo cierto es que los emitidos por los especialistas en Oftalmología que obran en el expediente coinciden en que la sintomatología que el paciente presentaba en sus visitas al Servicio de Urgencias justificaba el tratamiento conservador al que fue sometido y, sin negar la incidencia del glaucoma en la pérdida de visión, evidencian razonadamente que -atendiendo al estado del nervio óptico, que es un dato objetivo- ha concurrido otro factor necesariamente, responsable de la rápida y atípica evolución sufrida. De este

modo, aunque existan dudas sobre el tratamiento asistencial desplegado, particularmente en lo referido a los tiempos de espera una vez diagnosticada la entidad clínica del glaucoma, no puede obviarse que el reclamante fue objeto de un seguimiento activo, acaso excesivamente conservador, para abordar la tensión ocular y a distintas pruebas que permitían descartar inicialmente la necesidad de abordaje quirúrgico del glaucoma, no siendo posible realizar un análisis retrospectivo de la asistencia sanitaria recibida para justificar de forma indubitada que lo adecuado hubiese sido intervenir al paciente meses antes. Por ello, esta incertidumbre no resulta suficiente para admitir una mala praxis, máxime cuando la Jefa del Servicio de Oftalmología señala que “seguramente”, aunque la presión intraocular se hubiera controlado quirúrgicamente antes, el resultado habría sido el mismo.

En suma, nos encontramos ante un supuesto en el que el paciente ha estado sometido a seguimiento y tratamiento por los Servicios de Neurología y Oftalmología del Hospital ....., produciéndose una diferencia de criterios entre profesionales asumible por las características del desempeño médico, sin que lo manifestado por aquellos impida admitir que el segundo de los servicios trató la tensión intraocular que presentaba el paciente -no la desatendió-, cuyas pruebas diagnósticas permitían descartar que las dolencias derivasen del glaucoma, sin que se haya probado una mala praxis, pues lo exigible al personal médico es que atienda al paciente según la sintomatología que presente y le someta a las pruebas adecuadas conforme las guías clínicas aplicables, todo lo cual queda acreditado en este caso. Tampoco se justifica que de haberse llevado a cabo antes la intervención quirúrgica se hubiera conservado la visión en el ojo izquierdo, dada la muy probable influencia en el proceso de otras dolencias de las que el reclamante está diagnosticado, pues el glaucoma por sí solo no permite justificar la pérdida de visión de manera tan rápida y sin daños en las fibras del nervio óptico. La cirugía se practicó cuando lo hizo aconsejable la situación del propio paciente, que no respondía bien al uso de colirios para el control de la presión ocular, y siguiendo las pautas que indica como apropiadas la pericial aportada por el propio reclamante.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del presente dictamen, 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  
LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.