En Logroño, a 26 de noviembre de 2021, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. Pedro María Prusén de Blas, D^a María Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

52/21

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. J.L.B.C. por los daños y perjuicios que entiende causados por pérdida de visión en su ojo izquierdo, al sufrir una endoftalmitis infecciosa tras una inyección intravítrea; y que valora en 118.259,96 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Mediante escrito presentado ante la Consejería referida el 8 de marzo de 2021, el Abogado del citado paciente plantea la expresada reclamación que se fundamenta, resumidamente, en los siguientes hechos:

-El paciente, de 84 años de edad, diagnosticado de degeneración macular, recibía tratamiento en el Hospital San Pedro (HSP) desde marzo de 2019, mediante inyecciones intravítreas de Eylea en ambos ojos con pauta bimestral/trimestral.

-El 7 de enero de 2020, se le deberían haber administrado las inyecciones intravítreas programadas para el tratamiento de la DMAE (Eylea), que se posponen una semana por estar acatarrado.

-El 9 de enero de 2020, el paciente y la familia llaman a consulta y comentan que supura el ojo una sustancia blanquecina. Suponen que es una conjuntivitis y le indican aplicación de un colirio para esta conjuntivitis.

-El 13 de enero de 2020, (el paciente) acude al centro a recibir las inyecciones intravítreas y comenta que sigue igual que hace una semana (conjuntivitis). Pese a esto, el tratamiento para la degeneración macular se administra.

-El 14 de enero de 2020, el ojo izquierdo empieza a ponerse rojo y acude (al Servicio de) Urgencias. La Dra. de guardia le hace una prueba del vítreo y aparece contaminado, con lo cual se diagnostica una endoftalmitis aguda, pero no realizan la vitrectomía, por no tener el Hospital servicio de quirófano oftalmológico de guardia; este hecho no fue comentado al paciente y familia en el momento; (se les) comentó cuando ya llevaba varios días ingresado. Se comenzó, por lo expuesto, a aplicar un antibiótico mediante inyecciones intravítreas, con lo que siguen entrando bacterias en el vítreo.

-El 15 de enero de 2020, (el paciente) ingresó en planta, pero el ojo estaba tan inflamado que ya no se podía realizar la vitrectomía.

-El 22 de enero de 2020, se realiza, por fin, la vitrectomía.

-El 27 de enero de 2020, le dan el alta hospitalaria y sigue acudiendo a revisiones durante todo el mes de febrero.

-El 3 de marzo de 2020, se produce un desprendimiento de retina a consecuencia del estado del tejido del ojo tras la endoftalmitis. Se propone por el Servicio una nueva operación y el paciente opta por cambiar de centro.

-El 4 de marzo de 2020, (el paciente) acude a la CUN de Pamplona, le realizan las pruebas pertinentes e ingresa el día siguiente.

-El 5 de marzo de 2020, le operan de desprendimiento de retina, más desprendimiento de coroides hemorrágico en ojo izquierdo.

-El 16 de marzo de 2020, se realiza una fotocoagulación profiláctica con láser en el ojo izquierdo.

-El 20 de marzo de 2020, se produce un nuevo desprendimiento y se explica la posibilidad de reintervención con dudoso pronóstico.

-El 25 de marzo de 2020, se realiza la tercera vitrectomía, la segunda en Pamplona; en esta fecha, el paciente solamente cuenta dedos a ún metro. Antes del 7 de enero, tenía una agudeza de 0.8.

2. Según el reclamante, se han cometido los siguientes errores:

-Primer error, administrar Eylea con conjuntivitis, (13-1-20), cuando su administración está contraindicada en caso de infección ocular o periocular activa o sospecha de estas.

-Segundo error, no realizar vitrectomía a tiempo (14-1-20) y no explicar ni informar adecuadamente al paciente sobre qué resultaría más conveniente.

-Tercer error, se inyecta antibiótico mediante inyección intravítrea (noche del 14-1-20), con lo que facilitan la entrada de más bacteria al interior del ojo.

3. Señala, asimismo el reclamante señala que:

-A pesar de que el (documento de) consentimiento informado mencionaba el riesgo de Endoftalmítis, ese riesgo es explicado como mínimo; y los Cirujanos debían poner los medios para evitar esa adversidad.

-Lo cierto es que el paciente se ha quedado prácticamente ciego y ha pasado, de vivir solo y llevar una vida independiente, a vivir con su hija.

4. Termina el escrito de reclamación señalado, como conclusiones, en relación con la asistencia médica prestada al paciente:

*-Que ha existido una falta de empleo de medios de diagnóstico y tratamiento o su empleo a destiempo, lo que ha provocado un **diagnóstico tardío** de la lesión que presentaba el perjudicado.*

*-Que durante el proceso asistencial realizado (al paciente) no se han observado los protocolos médicos ad-hoc; y, por tanto, las actuaciones médicas han vulnerado los mismos, lo que supone una **vulneración de la lex artis**.*

*-Que existe relación causal entre la privación del adecuado tratamiento y el desprendimiento de la retina y una **pérdida de oportunidad** terapéutica; daños por los que reclama una indemnización de 118.259,96 euros”.*

5. Acompaña a la reclamación el documento de apoderamiento a favor del Abogado e informes médicos de *Rioja Salud* y de la CUN.

Segundo

Mediante Resolución de 9 de marzo de 2021, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del mismo día y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta de la misma fecha, se comunica al Letrado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 21.4, 24.1.2º y 91.3 LPAC'15 (Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común).

Y, mediante comunicación también del mismo día, el Instructor se dirige a la Dirección Área de Salud de La Rioja- Hospital *San Pedro* (HSP), solicitando se informe y aporte la documentación correspondiente sobre las siguientes cuestiones: i) cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente en el HSP; ii) copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente; y iii) informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada.

Cuarto

El 12 de abril de 2021, la Dirección del Área de salud remite la historia clínica de la reclamante y los informes aportados por seis Facultativos intervinientes en la atención prestada al paciente.

Quinto

El 13 de abril de 2021, el Instructor remite el expediente a la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

El Informe de la Inspección médica, de 21 de abril de 2021, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía médica consultada, establece las siguientes **conclusiones**:

1. La actuación de los Médicos del SERIS (Servicio Riojano de Salud) ha sido continua y adecuada a la patología diagnosticada y las posteriores complicaciones surgidas. No encuentro rastro de dejadez, desinterés o mala praxis. En este expediente de responsabilidad patrimonial, constan 3 informes de Médicos adjuntos del Servicio de Oftalmología y otros 3 de Médicos residentes de la misma especialidad. Se aporta en los mismos abundante justificación bibliográfica de acuerdo a la Ciencia médica actual, donde se detalla la forma de proceder en cada momento. En este caso concreto, por parte de la Dra. A., se refiere que, para el tratamiento del paciente, se siguieron las guías de endoftalmitis del Hospital y las guías de la SERV (Sociedad Española de Retina y Vítreo).

2. La clínica que ha presentado el paciente ha podido tratarse de una complicación bien descrita en la literatura científica para el tratamiento de una patología previa, endoftalmitis bacteriana tras inyección de aflibercept (Eylea), tratamiento para la degeneración macular asociada a la edad. El paciente ya había prestado su consentimiento para recibir dicho tratamiento: según el informe de la Dra. O., antes de emplear dicho fármaco, los pacientes reciben información, verbal y por escrito, antes de firmar el consentimiento informado. Desde el punto de vista médico, sus secuelas derivan de un efecto adverso descrito para un fármaco empleado en el paciente, no de una atención médica deficiente, inadecuada o no ajustada a la Ciencia médica. En el paciente, se han empleado abundantes medios diagnósticos y terapéuticos para el diagnóstico y tratamiento de su patología y complicaciones surgidas.

3. No se objetiva infracción a la lex artis de la información que obra en este expediente. La Medicina implica la obligación de cuidado; pero en ningún caso puede ofrecerse garantía de curación. Siendo indudables las limitaciones físicas que actualmente padece el paciente, me parece que, desde el punto de vista médico, no puede establecerse un nexo causal directo entre los cuidados recibidos por el paciente por varios Oftalmólogos del SERIS y las secuelas sufridas. En ocasiones, incluso siguiendo la información científica más actualizada, los pacientes no evolucionan de forma satisfactoria”.

Séptimo

Obra a continuación en el expediente un informe médico-pericial de la Consultora médica P., para la Aseguradora del SERIS, de 12 de mayo de 2021, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

1. *La inyección intravítrea de medicamentos es un procedimiento intraocular y, como tal, puede tener complicaciones muy graves. Invariablemente se cumple la estadística de presentación de endoftalmitis infecciosa tras inyección intravítrea: por bien que se haga, el procedimiento siempre habrá un mínimo de 15 inyecciones de cada 100.000 que se infectan.*
2. *La infección figura específicamente entre las complicaciones severas detalladas en el (documento de) consentimiento informado que el paciente firmó. Se especifica en el citado apartado la posibilidad de perder el globo ocular.*
3. *En la administración de las inyecciones intravítreas, se siguieron los protocolos rutinarios de desinfección y antisepsia recomendados por la Sociedad Española de Retina y Vítreo (SERV).*
4. *Los Facultativos actuaron de forma correcta ante la posible conjuntivitis previa a la inoculación, que en absoluto tuvo por qué ser la causante de la infección intraocular, dado que, entre otras cosas, el germen cultivado a partir de las muestras del globo infectado no es un causante habitual de conjuntivitis ni suele pertenecer a la flora saprofita de la conjuntiva. El 'Strep. Oralis' se encuentra en la cavidad oral y es una de las bacterias causantes de la caries.*
5. *La toma de muestras y la inoculación intravítrea de antibióticos es un procedimiento tan eficaz como la vitrectomía en la endoftalmitis infecciosa, reconocido y recomendado por la SERV como tal. Es lo que habitualmente se realiza en la mayoría de los Centros en nuestro medio en la presentación de urgencia de estos casos.*
6. *El tratamiento de la endoftalmitis se hizo de forma correcta, tomando las muestras debidas en quirófano, inoculando los antibióticos fortificados de forma precoz y repitiendo esas inyecciones cada 48 horas al no observar mejoría. Los antibióticos que se inyectaron y su modo de administración fueron los fortificados indicados, testados y avalados por todas las guías clínicas. La vitrectomía se realizó cuando estaba indicada.*
7. *Una vez eliminada la condensación vítrea mediante vitrectomía, se objetivó un DR inferior que fue tratado con éxito anatómico inicial, aunque presentara un redespaldamiento posterior.*
8. *Se consiguió detener la infección, manteniendo estructuras en buen estado, a diferencia de lo que ocurre en otras endoftalmitis en las que ciertos tejidos desaparecen. Incluso la AV final no fue tan mala como en otros casos de endoftalmitis infecciosa, a pesar del estado de la retina que combinaba degeneración macular previa y desprendimiento de retina.*

El informe pericial de P. termina con la **conclusión final** de que “la actuación médica en este caso se ajustó a la *lex artis ad hoc*”.

Octavo

Mediante escrito de fecha 2 de junio de 2021, notificado el siguiente día 9, el Instructor da trámite de audiencia al Letrado del reclamante, el cual presenta, el 1 de julio de 2021, un escrito de alegaciones al que adjunta un informe pericial de la Dra. I.M.H., fechado el 29 de junio de 2021.

Noveno

Con fecha 22 de julio de 2021, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el daño reclamado al funcionamiento de la Administración sanitaria de la CAR.

Décimo

El Secretario General Técnico, el 26 de julio de 2021, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud y Portavocía del Gobierno, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 20 de agosto.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 20 de agosto de 2021, y registrado de entrada en este Consejo el 1 de septiembre de 2021, la Excma. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 2 de septiembre de 2021, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 118.259,96 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el art. 11-g) LCCR (Ley de la CAR 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre), en relación con: i) el art. 65.4 LFAR (Ley de la CAR 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR), redactado por la precitada Ley de la CAR 7/2011; y, ii) el art. 81.2 LPAC'15 (Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Organo consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC'15, así como en el art. 34.2 LSP'15 (Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector público), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables; ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (arts. 106.2, de la Constitución; 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte

reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. No parece, en principio, que el reclamante pretenda derivar la responsabilidad de la Administración sanitaria de haberle privado de su derecho de información, aun cuando, al señalar los supuestos errores cometidos, señala el de “no explicar ni informar adecuadamente al paciente sobre qué resultaría más conveniente”; sin embargo, no se insiste ni profundiza en esta cuestión, mientras que se hace especial hincapié en la “vulneración de la lex artis”, por “falta de empleo de medios de diagnóstico y tratamiento o su empleo a destiempo, lo que ha provocado un diagnóstico tardío de la lesión” y porque “no se han observado los protocolos médicos ad hoc” en el proceso asistencial del paciente.

Aun así, queremos dejar constancia de que el paciente había firmado el documento de consentimiento informado el 18 de marzo de 2019 (fols. 30 y 31 del expediente); documento que señala, como complicaciones más severas de la administración intravítrea de Eylea (que incluso pueden llevar a la pérdida del globo ocular), las reacciones inflamatorias intraoculares (más frecuentes conforme se repite el tratamiento) y la infección intraocular (endofthalmitis).

2. El reclamante presenta un informe pericial de la Dra. Isabel Montoya Lahoz que, analizando el historial clínico del mismo y los informes de los distintos Facultativos intervinientes, concluye denunciando las vulneraciones de la *lex artis* referidas. Seguidamente extractamos estos informes.

A) El informe de la Dra. A.A., de 30 de marzo de 2021 (fol. 75), refiere que:

-El paciente “ingresó el día 14 de enero (2020), tarde-noche, con juicio clínico de endofthalmitis aguda en ojo izquierdo, en contexto de inyección intravítrea de Eylea el día previo

-La misma noche, acude el Oftalmólogo adjunto a valorarlo, realizando ecografía modo-B ocular.

-Se decide ingreso hospitalario para tratamiento, toma de muestra y comienzo de tratamiento antibiótico intensivo: tópico, intravítreo e intravenoso esa misma noche. Dada la gran inflamación de polo anterior y la dificultad de visualización de estructuras por edema corneal, no se puede realizar vitrectomía en los primeros días, pero se sigue el protocolo de medicación antibiótica

-En la exploración del día 20, **el edema de córnea ha disminuido**, por lo que, tras consultar y valorar el caso con Oftalmólogo de retina, **programo vitrectomía para el día 22 de enero**...Intensifico el tratamiento antiedema corneal para mejorar las condiciones de la córnea a su llegada a quirófano.

-El día 21 de enero, resuelvo dudas con la familia y, dados los resultados satisfactorios de las pruebas pendientes, el día 22 se lleva cabo la intervención quirúrgica”

-Desde la fecha del ingreso, 14 de enero, “el esquema de tratamiento pautado había sido correcto siguiendo las guías de endofthalmitis del Hospital y las guías de la SERV (Sociedad Española de Retina y Vítreo)”.

B) El informe de la Dra. S.M.G.L. (fol. 78 y sig.) refiere lo siguiente:

-Recoge, en primer lugar, los antecedentes del reclamante desde 21/11/2016, en que acude por primera vez a su Servicio (Retina), por hemorragías retinianas maculares en ambos ojos.

-Señala luego que consta en su historial de Calahorra que el paciente está siguiendo tratamiento con inyecciones intravítreas de Eylea en la CUN, tratamiento que se sigue, desde marzo de 2019, en Logroño. Las inyecciones de Eylea se realizan en el quirófano del CARPA.

-Añade que, en septiembre de 2019, se aprecia, en el ojo derecho, un a reactivación por pauta trimestral, con lo que pasa a bimestral en ambos ojos, programándose para los días 4/11/19 y 7/1/2020 (esta última se reprograma para el 13/1/20). Ambas inyecciones las aplica la Dra. O. en quirófano y en condiciones de asepsia.

-Continúa el informe relatando el mismo *iter* que el de la Dra. A. hasta la intervención de la vitrectomía del 22 de enero de 2020; cirugía que *“curso sin incidencias dejando gas en su cavidad vítrea e inyectando tratamiento intravítreo antibiótico... y se le prescribe reposo...los días 23 y 24...compruebo buena evolución...tengo que recordar al paciente que debe mantener reposo, ya que se me informa de que ha caminado.*

-Señala también que *“el 3/3/2020, la Dra. M. realiza la última visita en nuestro Servicio...se aprecia desprendimiento de retina inferior off. Se cita para estudio preoperatorio en Oftalmología el 4/3/20, no acudiendo a la cita”.*

C) El informe de la Dra. M.K.M. (fol. 80):

-Versa sobre la atención al reclamante en el Servicio de Urgencias el día 14 de enero de 2020, por pérdida de visión en ojo izquierdo con aumento de secreciones acuosas, leve enrojecimiento y dolor sordo.

-Destaca en la anamnesis el antecedente de degeneración macular en ambos ojos y tratamiento con Eylea en su ojo izquierdo el día anterior.

-Señala que avisó *“al (Médico) Adjunto de guardia localizada, que acude inmediatamente...se realiza ecografía ocular...objetivándose ecos vítreos compatibles con endoftalmitis...Se procede según el protocolo de endoftalmitis y las recomendaciones de las guías clínicas programando quirófano de urgencia para extraer muestras vítreas del ojo izquierdo y administrar antibiótico intravítreo...Se ingresa al paciente en planta de hospitalización (del Servicio de) Oftalmología para tratamiento antibiótico intensivo intravenoso y tópico y seguimiento estrecho”*.

D) El informe de la Dra. A.I.O.L, de 9 de abril de 2021 (fols. 83 y ss), refiere que:

-El paciente acudió a Consultas externas de Oftalmología los días 18 de marzo, 2 de agosto y 7 de octubre de 2019, con diagnóstico de degeneración macular asociada a la edad (DMAE), pautándose, previa información y firma del consentimiento informado, tratamiento anti-angiogénico intravítreo (Eylea).

-Se le administraron inyecciones intravítrea de Eylea, en uno u otro ojo, y en las dos últimas ocasiones, en ambos, en siete ocasiones, la última el 13 de enero de 2020, y se le diagnostica el día inmediato siguiente la endoftalmitis aguda en ojo izquierdo.

-En todos los procedimientos intravítreos previos a la presentación de la endoftalmitis aguda, se aplicaron las medidas profilácticas necesarias para reducir el riesgo de infección durante el procedimiento, entre ellas, el uso de providona yodada 5 % en fondo de saco 7 10 5 en piel, que es la medida más importante en la prevención de la endoftalmistis en la inyección intravítrea”... “Para intentar reducir la incidencia de esta complicación, aplicamos una medidas que, o bien ya estaban demostradas como útiles...o se consideran pautas universales de asepsia aplicables a esta técnica”.

E) El informe de la Dra. E.M.G, por último, relaciona cronológicamente las principales atenciones prestadas al reclamante, de las que hacemos mención de las siguientes:

-El 7/1/2020: “la hija contacta vía telefónica... y me comenta que no ha acudido... a ponerse el tratamiento por un proceso catarral y que en ese momento se encuentra con un cuadro de secreción purulenta y ambos ojos rojos (clínica compatible con conjuntivitis aguda) ... Explico tratamiento a seguir mediante lavados con suero fisiológico 0,9 % 3 veces al día, Tobradex colirio cada 8 horas en los dos ojos y lágrimas artificiales frías 4 veces al día”.

-Tras la vitrectomía, el 31 de enero y el 14 de febrero de 2020, se realizan revisiones ambulatorias que demuestran una buena evolución postquirúrgica en ojo izquierdo.

-El 3/3/2020, “el paciente acude a revisión, acusando una disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo. La exploración oftalmológica es compatible con un cuadro de redespaldamiento de retina

inferior con mácula off cuyo único tratamiento posible es una nueva intervención quirúrgica. Se comenta vía telefónica el caso con el Jefe de Servicio que indica programación quirúrgica para el viernes 6/3/2020. Cito al paciente el día 4/3/2020 con la Dra. que llevará a cabo la intervención para nueva valoración en su consulta y solicitar estudio preoperatorio. Ante la noticia, tanto el paciente como la hija se muestran indecisos por lo que ofrezco la posibilidad de una segunda opinión en otro Centro, siendo finalmente la decisión tomada”.

3. De los anteriores informes, difícilmente puede deducirse una falta (denunciada en el informe de parte) de empleo de medios de diagnóstico y tratamiento o su empleo a destiempo que haya provocado un diagnóstico tardío de la lesión o que no se hayan observado los protocolos médicos *ad hoc* en el proceso asistencial del paciente.

A) En la pericia aportada por el reclamante, se pretende dar importancia determinante a ciertos hechos o circunstancias, como: i) la falta de anotación o protocolo quirúrgico de la inyección intravítrea (ITV) del 13/01/20; ii) la ausencia de anotaciones en la historia clínica desde el 07/10/19 hasta el 14/01/20; iii) que no exista ninguna anotación de la atención telefónica del 07/01/20; iv) que se diagnosticara telefónicamente la conjuntivitis que obligó a retrasar la inyección ITV; v) que el tratamiento (inyección ITV) de la citada fecha 13 de enero, se realizara en el CARPA, sito en edificio distinto del Hospital *San Pedro*; o vi) que, en el protocolo quirúrgico de Oftalmología-Hospital *San Pedro*, no se indica el uso de guantes estériles ni mascarilla, tal como recomienda la SEVR.

B) Pero, a la vista de los informes de los Facultativos que intervinieron en la atención prestada al reclamante, entendemos que tales circunstancias denunciadas por el reclamante carecen de trascendencia y que, de las mismas, no puede deducirse una infracción de la *lex artis*. Antes al contrario, hemos de coincidir con el informe de la Inspección médica y con el aportado por la Aseguradora del SERIS, en que: i) la actuación de los médicos del SERIS fue continua y adecuada a la patología diagnosticada y a las posteriores complicaciones surgidas; ii) en la administración de las inyecciones ITV se siguieron los protocolos de desinfección y antisepsia recomendados por la SERV; y iii) el tratamiento de la endoftalmitis se hizo de forma correcta.

C) Igualmente, no puede considerarse probado que la inyección ITV del 13/01/20 se realizara padeciendo el reclamante conjuntivitis, dado que ésta fue tratada adecuadamente si el paciente siguió bien el tratamiento prescrito. La Providona yodada en conjuntiva hubiera conseguido la antisepsia requerida para la inoculación.

D) En cuanto al diagnóstico tardío y retraso en la realización de la vitrectomía, señalemos que la endoftalmitis fue diagnosticada de inmediato y que, como dice el informe de la Aseguradora:

“Las guías actuales no han llegado a consenso...respecto al momento de hacer la vitrectomía ni en qué casos hacerla”, independientemente de que “la toma de muestras y la inoculación intravítrea de antibióticos es un procedimiento tan eficaz como la vitrectomía en la endoftalmitis infecciosa,

reconocido y recomendado por la SERV. Es lo que habitualmente se realiza en la mayoría de los Centros en nuestro medio en la presentación de urgencia de estos casos”.

4. En definitiva, hemos de concluir que la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos sanitarios fue la adecuada a lo largo de todo el proceso asistencial. Por desgracia, y pese a la correcta actuación de cuantos intervinieron en dicho proceso, se materializó una de las complicaciones recogidas en el documento de consentimiento informado: la endoftalmitis infecciosa que, por otra parte, fue tratada correctamente

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja y ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero