

En Logroño, a 16 de marzo de 2017, 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. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

17/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria formulada por D. M.F.K, por daños y perjuicios que entiende causados por pérdida de visión en su ojo izquierdo tras el fracaso de sendas intervenciones por desprendimiento de retina, practicadas en el SERIS; y que valora en 60.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito datado el 18 de mayo de 2016, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el día inmediato anterior, la Abogado D^a I.A.G, en representación otorgada *apud acta* del expresado paciente, plantea reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, que se fundamenta en lo siguiente:

“PRIMERO.- (El paciente) acudió a los Servicios médicos del Hospital San Pedro a causa de su problema de visión en el ojo izquierdo, motivado por un “desprendimiento de retina”, (suele aparecer como complicación de una o varias roturas, debido a una tracción del gel vítreo que rellena el globo ocular, sobre una zona frágil de la retina) practicándosele una cirugía correctora de su dolencia el 15/05/2015.

Hay que advertir en este momento que las técnicas para la corrección de esta dolencia son varias y en función de la complicación de cada caso: siendo que, pese a la información dada en el consiguiente consentimiento informado, no hubo una previa información sobre la complejidad de la repetida intervención ni una clara motivación de la técnica quirúrgica más adecuada a utilizar en el presente caso.

La técnica empleada consistió en cerclaje (cierra el desgarro y ayuda a reducir la circunferencia del globo ocular, previniendo mayor tracción y separación del vítreo), más vitrectomía 23G por endolaser (ocasionalmente, el sangrado o la inflamación enturbia el vítreo y bloquea la vista del Cirujano de la retina desprendida. En otros casos el tejido de cicatrización hace imposible reparar un desprendimiento de la retina con retinopexia neumática o cerclaje escleral. En estas situaciones, la vitrectomía puede remover el vítreo o el tejido cicatricial) y SF6 28% (gas sulfahexafluoruro), presentando a las 48 horas de la cirugía hipertensión ocular, permaneciendo en observación.

SEGUNDO; Tras el alta médica, se le prescribe una serie de tratamientos para que el propio paciente, sin conocimientos médicos, emplease a la hora de tratar el posoperatorio, dejando en manos del mismo la corrección o no del propio postoperatorio en una zona tan delicada y sensible como el ojo.

El 18/05/2016 acude al Centro médico por fuertes dolores, con el fin de buscar una solución médica a los mismos, así como para que le hagan el correspondiente seguimiento de la intervención de días antes, siendo que se le extrae gas en repetidas ocasiones durante los días 19, 20 y 21 del mismo mes de mayo.

Se le indica que debe ir a la Consulta de Oftalmología el 22/05/2015, en la que no se le advierte ninguna de las consecuencias que finalmente tendrá.

TERCERO.- En la revisión de fecha 25/05/2015, no refiere dolores, no obstante la agudeza visual de su ojo izquierdo sigue siendo muy pobre, siendo que se le transmite estar dentro de la normalidad del posoperatorio y se le vuelve a prescribir un tratamiento, así como una serie de recomendaciones. Insistiremos en este punto ya que, al margen de las recomendaciones dadas, no entendemos correcto que un postoperatorio de un órgano tan delicado e importante obvie un seguimiento médico, o, cuando menos, de enfermería, diario y meticuloso, ya que las complicaciones que refiere el consentimiento informado son del calado suficiente como para que el paciente esté permanentemente vigilado hasta que se asiente la cirugía, con el fin de reducir considerablemente el riesgo de complicaciones que, por desconocimiento y falsa normalidad, el afectado puede no tener en cuenta cuando se trata diariamente en su domicilio, siendo que decide acudir al Centro médico cuando ya es tarde para revertir una posible complicación. Tal es así, que, el 15/06/2016, el paciente fue nuevamente intervenido precisamente, y a juicio del mismo, por la falta de seguimiento y atención de la primera de las intervenciones, precedido ello de una mala práctica de aquella cirugía.

Tras la segunda intervención, a todas luces innecesaria si se hubiera practicado correctamente y se hubiera realizado un seguimiento meticuloso del posoperatorio, lo cual implicaba que el tratamiento se debería de haber realizado por un Facultativo cualificado y no por el propio paciente con simples indicaciones médicas, la visión del ojo izquierdo no mejora y está perdida prácticamente en su totalidad.

Por lo anterior se ha de entender que la asistencia dispensada (al paciente) por parte de los Especialistas en Oftalmología del Hospital San Pedro de Logroño no se ajustó a la lex artis ad hoc, padeciendo el afectado la pérdida de visión del ojo izquierdo tras el fracaso de sendas intervenciones por desprendimiento de retina”.

Solicita la incorporación al expediente del contenido íntegro de la historia clínica del interesado y, tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, solicita una indemnización de 60.000 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 23 de mayo de 2016, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 17, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de 24 de mayo, se comunica a la Letrado la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Y, mediante comunicación de la misma fecha, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia prestada al paciente, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante.

Seguidamente, obra escrito de la Compañía aseguradora del SERIS, W.R.B.E, de 30 de mayo de 2016, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Cuarto

Mediante escrito de 29 de junio, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como el informe conjunto de las Dras. S.V.O. y A.I.O.L.

Quinto

Con fecha 6 de julio de 2016, la Instructora remite el expediente, a la Dirección General de Asistencia, 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

Figura a continuación, en el expediente, un dictamen médico de la Consultora P, emitido a instancia de la Aseguradora W.R.B.E, de fecha 24 de agosto de 2016, que establece las siguientes **conclusiones** médico-periciales:

- “1. El paciente fue correctamente diagnosticado de desprendimiento de retina del ojo izquierdo. La intervención quirúrgica se practicó sin demora. La técnica quirúrgica empleada fue correcta.*
- 2. El seguimiento del paciente fue exhaustivo. Se pusieron todos los medios existentes para intentar controlar la hipertensión ocular posoperatoria.*
- 3. Los drenajes de gas estaban indicados al no descender la presión intraocular.*
- 4. Cuando el paciente presentó una burbuja de perfluorooctano en cámara anterior, la indicación de cirugía para su extracción fue correcta.*
- 5. Al presentar una trombosis de la vena central de la retina, se le administró el tratamiento adecuado mediante inyección intravítrea de ranibizumab.*
- 6. El paciente firmó todos los consentimientos informados de los procedimientos quirúrgicos e invasivos a los que fue sometido. Se le dieron por escrito indicaciones precisas del tratamiento a realizar.*
- 7. El paciente no recuperó visión como consecuencia de la hipertensión ocular, la trombosis de la vena central de la retina y la afectación macular por el desprendimiento”.*

El informe pericial incluye la siguiente **conclusión final**:

“La actuación médica y quirúrgica se ajustó en todo momento a la lex artis. Las complicaciones que presentó el paciente en modo alguno pueden ser imputadas a negligencia o mala praxis. El seguimiento fue exhaustivo, ninguna actuación adicional hubiera mejorado el pronóstico visual”.

Séptimo

El 31 de octubre de 2016, se remite el informe de la Inspección médica, de la misma fecha, que establece la siguiente **discusión científico-técnica**:

“La reclamación... se basa fundamentalmente en señalar que la actuación, por parte de los Especialistas en Oftalmología del HSP, no se ajustó a la lex artis ad hoc, padeciendo el afectado la pérdida de visión del ojo izquierdo tras el fracaso de sendas intervenciones por desprendimiento de retina. Más adelante, en su escrito de reclamación, concreta lo siguiente:

«La asistencia recibida ha sido inadecuada, ocasionándole un daño irreparable en su ojo izquierdo de que ha perdido totalmente su visión, siendo que la situación posterior a la intervención más que corregir o mantener la visión que hasta el momento tenía el paciente la ha empeorado irreversiblemente. En el caso que nos ocupa, no se han puesto los medios médicos adecuados al servicio del paciente ni durante las intervenciones ni en el control postoperatorio que debería haber sido meticuloso y continuado, al margen de cuestionar la propia cirugía practicada y el buen uso de los fármacos y productos empleados en la misma».

De la frase anterior, cabe deducir que el paciente y su representante hacen un reproche genérico a la actuación clínica que le fue efectuada y descrita en la relación de hechos de este informe y, como consecuencia, un daño irreparable en la visión del ojo izquierdo del paciente. Sin embargo, los datos objetivos de que disponemos no concuerdan con dicha afirmación.

En la reclamación, se relata que la asistencia recibida ha sido inadecuada y que, como consecuencia de ello, se ha producido un daño irreparable en la visión del ojo izquierdo (del paciente). Afirma que no se han puesto los medios médicos necesarios. Creo que esta afirmación carece de argumentación. Como ya hemos visto, el propio 13 de mayo, primera vez que acude (al Servicio de) Urgencias, es visto por un Especialista en Oftalmología y, en su informe exploratorio, además de señalar el antecedente de haberse intervenido de catarata en ese mismo ojo en el año 2010, comenta que la agudeza visual es de 0.05 y que la mácula esta desprendida.

Desde el primer momento, el paciente es diagnosticado correctamente de desprendimiento de retina en ojo izquierdo (OI) y se le informa adecuadamente de la patología que padece, su grado de importancia y que el tratamiento requerido que debe ser quirúrgico. El paciente, previa información de los posibles riesgos y complicaciones, firma los consentimientos para ser intervenido quirúrgicamente. También se le explica, a juzgar por el informe de las Oftalmólogas, que, en algunos casos, una sola intervención puede no ser suficiente para lograr la curación y es preciso nuevas intervenciones, y que el pronóstico empeora a medida que es preciso nuevas operaciones.

Dos días más tarde, es intervenido de acuerdo con los principios y fundamentos que hoy día rigen este tipo de intervenciones y que no es otro que cerrar las soluciones de continuidad, para lo que se emplea aire, gas o silicona (en este caso, se usó gas, el hexafluoruro de azufre —SF₆— a una concentración del 28 %), crear una adhesión perilesional mediante laser (usado en este caso), crioterapia y/o diatermia y drenar el líquido subretiniano. Es la técnica habitual que se usa en Oftalmología para este tipo de patologías en las pacientes, y que es conforme con la evidencia científica en los actuales momentos. La intervención transcurre sin incidentes y el paciente se traslada a la planta (del Servicio) de Oftalmología para su observación y cuidados postoperatorios. Al día siguiente, se le explora al paciente y, viendo una evolución positiva, se le envía a domicilio como es lo habitual en estos casos. Al paciente, se le informa, de manera verbal y también por escrito, de manera detallada, del tratamiento a realizar en su domicilio, así como la manera de realizarlo y su frecuencia. Se trata de la aplicación de cremas y colirios aculares, que no exige ninguna preparación especial para su aplicación y que, por lo tanto, ofrece más ventajas el traslado del paciente a su domicilio que su permanencia en planta de hospital. Este es el modo de actuación habitual y protocolaria, que se viene realizando en muchos Servicios de Oftalmología de diferentes hospitales. También se le informa de que, si surge alguna complicación, acuda (al Servicio de) Urgencias y el paciente, haciendo caso a dicha advertencia, al día siguiente acude directamente (a dicho Servicio de) Urgencias del HSP.

En efecto, el 17 de mayo, acude, por dos veces, (al Servicio de) Urgencias; la primera, por dolor, por lo que se aplica tratamiento intravenoso analgésico; a las pocas horas, no cediendo el dolor acude nuevamente (al Servicio de) Urgencias, y en este caso se observa, por el Oftalmólogo de guardia, que el paciente tiene hipertensión ocular, administrándole medicación adecuada, quedando en observación para vigilancia y control por el Servicio de Oftalmología.

Al día siguiente, viendo la persistencia de la hipertensión ocular, se realiza un drenaje de urgencia, descendiendo dicha presión e ingresando en la planta de Oftalmología para su seguimiento. El paciente permanece ingresado hasta el 21 de mayo, tras haber conseguido un control adecuado de su presión intraocular. Al igual que en el alta hospitalaria anterior, al paciente se le suministra, de forma verbal y escrita, las instrucciones del tratamiento a realizar en su domicilio, así como las pautas de su aplicación.

El paciente es sujeto a una revisión continua y periódica de consultas de seguimientos, expuestas detalladamente en la relación de hechos, y que, a mi juicio, manifiesta una adecuada y correcta atención.

Por ello, en la consulta del 15 de junio, se visualizan burbujas de perfluoruro de carbono líquido - PFCL- en cámara anterior, por lo que decide nueva intervención para la aspiración de dicho líquido. Los PFCL son líquidos cuyas propiedades físicas favorecen el empuje y la re aplicación de la retina. Entre un 1 y un 11% de los pacientes que se ha utilizado en sus intervenciones persisten en la cavidad vítrea. Habitualmente, son bien toleradas y no suelen ocasionar complicación alguna. Ahora bien, en los pacientes donde hay comunicación entre la parte anterior y posterior, como es éste caso, debido al desplazamiento de la lente del cristalino por el antecedente de cataratas y su tratamiento, puede haber paso de los PFCL a cámara anterior del ojo y, si persisten, es conveniente proceder a su extracción. Por ello, se le explica y propone al paciente nueva intervención, que acepta y firma nuevamente los documentos de consentimiento.

El 17, es nuevamente intervenido, sin ninguna complicación; y, el 22 de junio, es dado de alta, con seguimiento periódico en consulta externa, de manera que, al principio, es muy frecuente y, a medida que la evolución es positiva, se van espaciando dichas consultas de revisión.

En la literatura científica, se señala, como bien exponen las Especialistas en su informe, que los gases son eficaces taponadores, pero no están exentos de complicaciones, y una de las más frecuentes es la hipertensión ocular, que según diversas estadísticas, puede llegar al 16%. El tratamiento es con medicación y, si no cede, debe realizarse drenaje, como sucedió en este caso.

Me ha parecido conveniente referir las diferentes y continuadas actuaciones clínicas a las que ha sido sometido el paciente en su atención en el Servicio de Oftalmología, para fundamentar mi discrepancia con lo contenido en el escrito de reclamación, en tanto que no se han puesto los medios adecuados y que no se ha sido meticuloso.

También parece deducirse de la reclamación que el hecho de enviarlo a su domicilio con pautas escritas, merece la valoración de inadecuada, ya que el paciente parece perder la vigilancia precisa. Esta interpretación no me parece tampoco correcta. La permanencia innecesaria en la planta de ingreso ofrece más complicaciones que ventajas, pues, además de afectar a la estabilidad psicológica de los enfermos y el rompimiento de su entorno personal, familiar y social, puede ocasionarle problemas de sobreinfección hospitalaria, entre otras complicaciones. De modo que el principio de que un paciente solo debe permanecer ingresado cuando su atención lo requiera, no supone una disminución en la intensidad y calidad de la atención que puede realizarse, bien en su domicilio, bien en la consulta externa. En este caso, además, las indicaciones de tratamiento eran sencillas y no exigía ninguna preparación especial para su aplicación. Por ello, es el nodo protocolario de actuación de muchos servicios hospitalarios.

Por último, la relación causa efecto que, en la reclamación, se deduce entre la inadecuada asistencia recibida y la pérdida de visión del 01, no la veo evidente. El paciente, la primera vez que acude (al Servicio de) Urgencias el 13 de mayo, en la exploración, se manifiesta una agudeza visual de 0.05 y la mácula está desprendida. Como bien se señala en el informe de las Oftalmólogas, la agudeza visual preoperatoria es el principal factor determinante de la agudeza visual que habrá en el postoperatorio, y el resolver el desprendimiento macular entre el primero y el séptimo día de producirse, no modifica o incide en la agudeza final del paciente. De hecho, en las múltiples exploraciones a las que fue sometido el paciente, no se observa ninguna mejoría (en la agudeza visual), aunque fuese temporal y que se siguiera de posterior empeoramiento. Es decir, que el hecho de que, en su evolución, fuese precisa una segunda intervención, por otra parte hecho no infrecuente en este tipo de procesos, no influye en el resultado de su agudeza visual. El paciente no experimenta,

pues, disminución de su agudeza visual, sino que, ya el 13 de mayo, cuando acude por vez primera (al Servicio de) Urgencias del HSP, tiene una agudeza visual similar a la que tiene en la actualidad”.

Octavo

Mediante escrito de fecha 2 de noviembre, la Instructora da trámite de audiencia, a la Letrada del reclamante y le facilita copia de todos los documentos obrantes en el expediente. Dicha Letrada presentó un escrito de alegaciones el siguiente día 18.

Noveno

Con fecha 19 de enero de 2017, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo

La Secretaría General Técnica, el día 23 de enero, remite, a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 31.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 1 de febrero de 2017, y registrado de entrada en este Consejo el 3 de febrero de 2017, la Excm. 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 3 de febrero de 2017, 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

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas (LPAC'15), pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de lo establecido en la D.T.3ª, a), de la indicada Ley] prescribe que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el artículo 11 -g) de la Ley 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, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por tanto, y reclamándose, en este caso, una cuantía de 60.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común - LPAC'92 -, la cual resulta aplicable al presente supuesto [Disposición derogatoria única, 2. a), en

relación con la D.T.3ª, a), de la Ley 39/2015 (LPAC'15), sirviendo lo señalado anteriormente, y por los mismos motivos, respecto a la vigencia del Real Decreto 429/1993].

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92) 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.

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

En el escrito de reclamación, afirma la representante del interesado, refiriéndose a las técnicas para la corrección del desprendimiento de retina, que, “*pese a la información dada en el consentimiento informado, no hubo una previa información sobre la complejidad de la repetida intervención, ni una clara motivación de la técnica quirúrgica más adecuada a utilizar en el presente caso*”. Falta de información en la que insiste, al referirse a la consulta del 22/05/2015, diciendo que “*no se le advierte ninguna de las consecuencia que finalmente tendrá*”.

Sin embargo, del expediente se deduce, con total evidencia, que no existe tal falta de información, toda vez que obran hasta tres documentos de consentimiento informado para las distintas intervenciones que se practicaron al interesado y sus respectivas anestésias, en los cuales se recogen, como posibles complicaciones, las que, por desgracia, posteriormente se materializaron. Es más, en el informe conjunto que emiten las Dras. V.O. y O.L, se deja constancia expresa de que:

“El paciente fue informado explícitamente, tanto verbal como de manera escrita, de la patología que presentaba, así como del tratamiento que precisaba. El paciente leyó los consentimientos informados de la cirugía, donde se explica que las enfermedades que requieren este tratamiento son muy graves y, por ello, los fracasos son más frecuentes que en otras técnicas de cirugía ocular. Además, se especifica que, en algunos casos, una sola intervención puede no ser suficiente para lograr la curación y es necesario operar varias veces para intentar conseguirla, así como que el pronóstico empeora cuantas más intervenciones sean necesarias para controlar la enfermedad”.

En definitiva, no puede decirse que haya habido falta de consentimiento informado ni que se haya privado al reclamante de su derecho de información, por lo que habremos de enjuiciar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a la luz de otro de los parámetros referidos en el anterior Fundamento de Derecho, cual es si existe o no un funcionamiento anormal que contravenga los postulados de la *lex artis ad hoc*.

El reclamante hace una genérica referencia a una mala práctica de la primera cirugía y especial hincapié en la falta de seguimiento y atención de esa primera intervención, al señalar que:

“Tras el alta médica, se le prescribe una serie de tratamientos para que el propio paciente, sin conocimientos médicos, empleara a la hora de tratar el postoperatorio, dejando en manos del mismo la corrección o no del propio postoperatorio en una zona tan delicada y sensible como el ojo”. Insiste, más adelante, en que “no entendemos correcto que un postoperatorio de un órgano tan delicado e importante obvie un seguimiento médico, o, cuando menos, de enfermería, diario y metódico, ya que las complicaciones que refiere el consentimiento informado son del calado suficiente, para que el paciente está permanentemente vigilado hasta que se asiente la cirugía”.

Realmente, en el escrito de reclamación, no existe referencia a mala praxis concreta alguna en la primera intervención quirúrgica, pues se limita a la crítica del control postoperatorio, *“al margen -dice- de cuestionar la propia cirugía practicada y el buen uso de los fármacos y productos empleados en la misma”.*

Sin embargo, el escrito de alegaciones formulado en trámite de audiencia, hace referencia a actuaciones u omisiones que, en opinión del reclamante, son constitutivas de infracción de la *lex artis ad hoc*. En concreto, que la comunicación entre la cámara anterior y la posterior del cristalino, consecuencia de una previa intervención de cataratas, y que permitió el paso del gas perfluorocarbono, causando el aumento de tensión ocular y la trombosis que afectó definitivamente al ojo intervenido, no se tuvo en cuenta, ni siquiera se puso en conocimiento del paciente a la hora de advertir en el consentimiento informado que dicha comunicación podría tener consecuencias fatales.

Además, hay que destacar, según dicho escrito de alegaciones, que *“la Agencia Española de Medicamentos advirtió que el perfluorocarbonato de la marca Ala Octa, fabricado por el laboratorio alemán Ala Medicis era defectuoso, ordenando su retirada, gas que, en nuestro caso, y salvo prueba en contrario, fue el utilizado en la intervención del paciente”.*

Realmente, ignoramos de dónde ha deducido la Letrado del reclamante la marca del perfluorocarbonato utilizado en la primera cirugía de desprendimiento de retina, temiéndonos se trate de una mera suposición que pretende elevar a presunción *iuris tantum*, sólo desvirtuable por prueba en contrario. No encontramos en todo el expediente referencia alguna a la citada marca. Tan sólo se dice que se utilizó el hexafluoruro de azufre -SF₆- a una concentración del 28%.

La crítica al seguimiento del postoperatorio de la primera intervención quirúrgica es igual de infundada. El día 16 de mayo, día posterior a la cirugía, se exploró al paciente en la planta, observándose una evolución favorable, por lo que se procedió al alta

hospitalaria, previa información verbal y escrita detallada del tratamiento que precisaba, cómo administrarlo y con qué frecuencia, además de otras instrucciones. Este es el modo de actuación protocolario y habitual.

El 17 de mayo, el paciente acudió al Servicio de Urgencias en dos ocasiones. En la segunda de ellas, se le diagnosticó de hipertensión ocular aguda del ojo izquierdo y fue ingresado, para observación, hasta el 21 de mayo, en que se procedió al alta, tras haber conseguido un control adecuado de la presión intraocular. El aumento de la presión intraocular es la complicación más frecuente de la cirugía vitreoretiniana cuando se utilizan gases, presentándose en alrededor de un 16% de los casos.

Los días 22 y 25 de mayo y 1 y 4 de junio de 2015 se sigue al paciente en consulta ambulatoria, no presentando dolor y estando controlada la presión intraocular. En el transcurso de estas consultas, el paciente fue tratado medicamente y, en cada una de ellas, fue informado, verbalmente y de manera escrita, mediante la entrega de un informe en el que se detallaba el tratamiento a seguir y que permitía el correcto manejo domiciliario de la patología.

No obstante, al persistir cantidades de PFCL en cámara anterior, lo cual puede ocurrir cuando existe comunicación de la parte posterior del ojo con la anterior, como es el caso de este paciente, lo aconsejable es proceder a la extracción de la misma, lo que se llevó a cabo en la segunda intervención quirúrgica, la de 18 de junio de 2015. El hecho de que precisara esta nueva intervención - dice el informe de *P.*- no fue consecuencia de una primera intervención inadecuada; lo que ocurrió es que el paciente, al haber tenido una cirugía de catarata previa, complicada con rotura de la cápsula posterior del cristalino, tenía una comunicación de la cámara posterior con la cámara anterior, lo que permitió el paso del gas a la segunda.

Realizada la segunda intervención, el paciente queda ingresado, para control postoperatorio, hasta el día 22 de junio, en que se procede al alta.

Hay que destacar, en efecto, que el reclamante había sido operado, en el año 2010, de catarata del ojo izquierdo. En esta cirugía, se produjo la rotura de la cápsula posterior, motivo por el que se le colocó una lente en sulcus, forma de proceder habitual cuando se produce esta circunstancia quirúrgica. Esta era la causa de la existencia de comunicación entre las partes anterior y posterior del ojo y que la agudeza visual del ojo izquierdo, con la que el paciente acude al Servicio de Urgencias el día 13 de mayo de 2015, previa a la cirugía de desprendimiento de retina fuera menor a 0,05, pues la mácula se encontraba desprendida.

Es de tener en cuenta que la agudeza visual preoperatoria es el principal factor determinante de la agudeza visual postoperatoria. La primera vez que el paciente acude al Servicio de Urgencias el 13 de mayo, en la exploración, se manifiesta una agudeza visual de 0,05 y la mácula está desprendida. En la actualidad, su agudeza visual es de cuentadados a 30 centímetros. El hecho de que, en su evolución, fuese precisa una segunda intervención -por otra parte hecho no infrecuente en este tipo de procesos-, no influye en el resultado de su agudeza visual.

En este sentido, el informe de las Dras. V.O. y O.L. afirma taxativamente que el paciente no experimenta disminución de su agudeza visual, sino que ya el 13 de mayo, cuando acude por primera vez al Servicio de Urgencias del HSP, tiene una agudeza visual similar a la que tiene en la actualidad.

El paciente no recuperó visión como consecuencia de la hipertensión ocular, la trombosis de la vena central de la retina y la afectación macular por el desprendimiento, complicaciones que se produjeron pese a la corrección de las medidas quirúrgicas y cuidados posteriores. Como señalan acertadamente las Cirujanas intervinientes en su informe, los gases son eficaces taponadores, pero no están exentos de complicaciones y una de las más frecuentes es la hipertensión ocular que, según diversas estadísticas, puede llegar al 16%. El tratamiento es con medicación y, si no cede, debe realizarse drenaje, como se hizo en el presente caso.

Frente a las manifestaciones del reclamante, meramente argumentativas, que no aportan criterio científico alguno o prueba de la mala praxis, han de prevalecer los informes de las Facultativas intervinientes, el de la Inspección médica, y el emitido por los peritos médicos de la Consultora P, a instancias de la Aseguradora del SERIS, coincidiendo todos ellos en afirmar que no se aprecia la existencia de mala praxis o de actuación no acorde a la *lex artis ad hoc*.

En consecuencia, este Consejo se ve constreñido, al emitir su dictamen, a los ya citados informes y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los Servicios públicos sanitarios se ha ajustado, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*, que constituye, como decíamos al final del Segundo de los Fundamentos de Derecho, cumplido el deber de información, el otro parámetro bajo el cual se ha de enjuiciar la imputación del daño a la Administración sanitaria, por tratarse la obligación de ésta y de sus profesionales, como hemos reiterado en múltiples dictámenes, de “*una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la lex artis, los daños no le pueden ser imputados a la Administración*”.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios y al 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