

En Logroño, a 17 de septiembre de 2024, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras, D^a. Ana Reboiro Martínez Zaporta y D^a M^a. Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

42/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Riojano de Salud, y que valora en 206,516,37 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

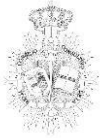
1. Mediante escrito fechado el 26-6-23 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el 28-06-23, la reclamante expuso que:

“estuvo siendo revisada y tratada en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Calahorra por sufrir glaucoma en ambos ojos. Con fecha 6-5-2021 fue intervenida quirúrgicamente de catarata del ojo izquierdo sufriendo en el postoperatorio inmediato, picos hipertensivos que se intentaron controlar con medicación y realización de iridotomías con láser YAG o realizar pequeños agujeros en el iris,

Como quiera que las medidas terapéuticas no controlaban las tensiones oculares del ojo izquierdo a valores normales se le indicó realizar una cirugía de glaucoma, concretamente una trabeculectomía el 12 de agosto de 2021 en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño. En el postoperatorio comenzó con tensiones oculares enormemente altas, acompañadas evidentemente con intenso dolor ocular y malestar.

...

El día 24 de agosto del 2021, se le realizó una capsulotomía posterior e hialodectomía anterior y al día siguiente, vitrectomía completa posterior... El diagnóstico... fue que la paciente había sufrido un «glaucoma maligno».



En la revisión del día 10 de noviembre de 2021 se le indicó ser intervenida de catarata del ojo derecho. En el informe médico de ese día se indica que se le cita en la sección de retina para la inclusión en la lista de espera quirúrgica de cirugía de catarata y de vitrectomía posterior completa «con clara indicación dado que cuando hay un glaucoma maligno en un ojo puede pasar en el ojo adelfo y es el tratamiento». Fue valorada en la sección de retina el día 25-11-2021 y se señala como diagnóstico: «catarata + cámara anterior aplanada en ojo derecho. Glaucoma maligno ojo izquierdo». También en el informe médico se indica que se apunta para facovitrectomía en ojo derecho, es decir, para cirugía de cataratas y vitrectomía. Ese mismo día se hace entrega del consentimiento informado, tanto de la cirugía de catarata como de vitrectomía, y ambos son firmados por paciente y facultativo médico.

...

... es intervenida el 28 enero 2022 de catarata de ojo derecho, siendo la técnica quirúrgica realizada según el parte médico: «FACO + LIO OD», es decir, facoemulsificación y lente intraocular en ojo derecho. No se realizó vitrectomía posterior.

Posteriormente a la cirugía sufrió subidas de tensión ocular enormemente altas, con fuertes dolores en ojo derecho y frente, junto con una severa inflamación del ojo derecho (con ojo rojo y córnea edematizada). La presión intraocular fue tan alta que incluso provocó la herniación del iris a través de la herida quirúrgica, que obligó a reintervenir a la paciente para reintroducir el iris herniado el día 4 de febrero de 2022.

*El diagnóstico que se realizó, que explicaba que sufriera una tensión tan alta en el ojo derecho, fue el **glaucoma maligno post FACO, es decir, secundario a la cirugía de la catarata.***

Posteriormente, se le comenzó a tratar con todo tipo de medicación, tanto oral como en colirio, que no resolvió el cuadro de hipertensión intraocular, por lo que se indicó realizar una vitrectomía pars plana en el ojo derecho. La cirugía se realizó el 28 de febrero de 2022. Esta cirugía redujo en parte los picos hipertensivos dolorosos en el ojo derecho, pero no normalizó las presiones intraoculares: Así, por ejemplo, el 11 de mayo de 2022 se le diagnosticó de un bloqueo pupilar en el ojo derecho por lo que se realizó iridotomía o agujeros en el iris mediante láser.

*Como quiera que continuaba con tensiones oculares elevadas en el ojo derecho se le indicó realizar una nueva intervención, implantar una válvula Ahmed... **Esta última intervención se realizó, junto con una vitrectomía posterior, el 19 de mayo de 2022**”.*

Finalizando la primera parte del escrito de reclamación, haciendo referencia a los daños producidos:

“Durante todas las revisiones oftalmológicas que se le realizó a [la reclamante], desde el día de la intervención de la catarata del ojo derecho hasta el momento actual, siempre se señala que la córnea presenta un edema que con el paso del tiempo en vez de mejorar se cronificó y empeoró, siendo diagnosticada finalmente de una descomposición corneal en ojo derecho secundaria a cirugía/glaucoma maligno”.

Con fecha 8 de septiembre de 2022, la paciente acudió al Instituto de Microcirugía ocular, donde se indica que presenta un “edema corneal irreversible en el ojo derecho que precisa realizar una queratoplastia endotelial o trasplante del endotelio de la córnea y reconstrucción pupilar del ojo derecho.

Igualmente, el 13 de enero de 2023, acudió al Instituto oftalmológico F., donde se le indica como impresión diagnóstica: “Glaucoma controlado con cirugía de válvula en el contexto de paciente con antecedentes de ángulo estrecho, descompensación corneal en ojo derecho secundaria a sinequias anteriores y luxación de lente bajo contaje endotelial en ambos ojos.

La situación actual del ojo derecho es que presenta una agudeza visual de cuenta dedos a 20 cm y en el ojo izquierdo de 0,8”.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, la reclamante entiende en su escrito, que:

“Ha existido mala praxis profesional oftalmológica... al habersele omitido la IQ que estaba prescrita y prevista por los propios facultativos, con infracción a la lex artis ad hoc, no habiéndosele realizado en la misma cirugía de catarata una vitrectomía en el OD, lo que hubiera evitado el riesgo previsto de sufrir un glaucoma maligno, conllevándole la pérdida de visión y ceguera al dañarse el nervio óptico. Entendida ésta, como la comisión de errores, la utilización de métodos incorrectos atendido el estado de la ciencia en el momento de los hechos o la omisión de tratamientos o precauciones aconsejables atendida la situación”.

3. Posteriormente en su escrito de alegaciones, según expondremos más adelante, ampliará la *mala praxis* en:

- a) Retraso desmesurado en una intervención quirúrgica que se requería urgente.
- b) Inexistencia de consentimiento informado

4. La indemnización por el anormal funcionamiento del Servicio Riojano de Salud, se cuantifica en 179.688,22 euros, actualizado posteriormente, en su escrito de alegaciones, en un 3,80% *“dada la fecha de ocurrencia de los hechos, en aplicación de lo previsto en el artículo 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público”*, e incrementando en la cantidad de 20.000 en concepto de daño moral, según se expresa en el mencionado escrito de alegaciones de fecha 29-2-2023 resultando un total de **206.516,37 euros**, que desglosa (sin la aplicación del 3,80%):

-Indemnización por LESIONES TEMPORALES: 25.571,46 euros

•**Perjuicio Personal básico:**

-Días Básicos: 207 días x 35,71 euros = 7.391,97 euros

•**Perjuicio Personal Particular:**

-Días moderados: 133 días x 61,89 euros = 8.231,37 euros

-Días graves: 10 días x 89,27 euros = 892,70 euros

-Intervenciones Q.: 3 (Grupo II; V; VI) = 3.570,49 euros

•**Perjuicio Patrimonial:**

-Lucro Cesante – tareas del hogar (SMI) = 5.484.93 euros

-Indemnización por SECUELAS: 118.179,12 euros

- **Perjuicio Personal básico:** 37.585,80 euros
 - Perjuicio Psicofísico: 30 puntos = 45.412,66 euros
 - Perjuicio Estético: 13 puntos = 13.253,65 euros
- **Perjuicio Personal Particular: 59.512,81 euros**
 - Perjuicio moral pérdida de calidad de vida (MODERADO): 59.512,81 euros
- **Perjuicio PATRIMONIAL: 0,00 euros**

-Factor aumento (25%): Daño moral causado por la angustia y desazón que actuaciones como os autos que causan a quienes les asiste el derecho a confiar en el buen hacer de los profesionales de la sanidad: **35.937,64 euros.**

5. A su reclamación el interesado acompañó la documentación que tuvo por conveniente, entre ella, un informe médico pericial de fecha 26 de mayo de 2023 emitido por el Dr.1, especializado en Oftalmología, así como informes no periciales del Instituto F. de 13 de enero de 2023 y del Instituto de microcirugía ocular de 29 de septiembre de 2022.

Segundo

El 30 de junio de 2023, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

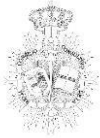
1. Mediante escrito de 30 de junio de 2023, del Sr. Instructor del expediente, se comunica al reclamante diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), y al Director Gerente de la fundación Hospital de Calahorra, cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada al paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

3. Con fecha 19 de julio de 2023 se remite por la citada Área la siguiente documentación que obra en el expediente:

-Copia de la historia clínica a la que se le incorporan los informes que a continuación se resumen:

- i) Informe de la Dra.2, del Servicio de Oftalmología del HSP de Logroño, de fecha 12-7-2023.



“Mi primer contacto comienza el 6/9/2021, cuando acude a la visita postoperatoria en la unidad de glaucoma para control tensional tras ser intervenida de una vitrectomía pars plana (VPP) en ojo izquierdo (OI) realizada el 25/8/2021 por glaucoma maligno tras cirugía de trabeculectomía en dicho ojo el día 12/8/2021

El 11/05/2022 retomo contacto con la paciente dado que es derivada a la unidad de glaucoma para valorar actitud terapéutica por presenta PIO elevada en el OD tras cirugía de catarata, que no se controla pese a máximo tratamiento hipotensor médico y tópico. (...) En el examen de polo anterior se objetiva edema corneal con cámara anterior de profundidad media con iris sinequiado a la incisión principal y una lenta intraocular en sulcus, sin poder objetivarse con claridad las iridotomías periféricas laser (IPL)

El 13/05/2022 se programa para cirugía de implante de dispositivo de drenaje Ahmed en cavidad vítrea en OD

El 19/05/2022 se interviene de dispositivo de drenaje (Ahmed) (...), pero con persistencia de edema corneal que ha ido empeorando al paso de los años por el bajo contaje endotelial.

En conclusión, y a tenor de lo visto, presenta una descomposición corneal en OD secundaria a las múltiples cirugías y picos de hipertensión ocular secundarios a los procedimientos quirúrgicos”.

ii) Informe de la Dra.3, del Servicio de Oftalmología del HSP de Logroño, de fecha 17-7-2023

“La paciente (...) es derivada el 24/8/21, para que sea intervenida por mí (sección retina) de modo urgente.

...

La paciente presenta un probable glaucoma maligno con los siguientes antecedentes personales:

-Glaucoma previo a la cirugía de catarata tras haber sido intervenida de catarata en su ojo izquierdo, en el Hospital de Calahorra el 6-5-21 comenzó con subidas de tensión ocular ocasionadas por glaucoma de ángulo cerrado.

-En Calahorra se le realizaron iridotomías periféricas, persistiendo hipertensión.

-El 2/6/23 (sic) acude a urgencias a Logroño para valoración por dolor y tensión ocular elevada (tomada en óptica). Se le pautó tratamiento tópico y vía oral y se siguieron revisiones en Calahorra.

-El 13/7/23 (sic) es enviada a la sección de glaucoma de Logroño, habiendo sido visitada previamente en Oft privado (B.) donde se le recomendó cirugía.

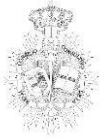
-El 12/8/21 se le realizó trabeculectomía reglada en su ojo izquierdo. En postoperatorio inmediato cursó con mejoría de tensión ocular, pero mantiene cámara anterior estrecha.

...

El 25/8/21 la intervengo de ojo izquierdo: practicando bajo anestesia retrobulbar: vitrectomía 25G.

...

El 28/1/23 (sic) Da.4 (sic) iba a proceder a cirugía combinada de FACO-Vitrectomía de ojo derecho, pero en anestesia contraíndican el uso de anestesia retrobulbar, ya que el paciente



*ha comenzado a tomar un anticoagulante **POR RECIENTE DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR** (apixaban eliquis) y aunque su cardiólogo le aconsejó suspenderlo 40 horas, según el protocolo de anestesia del Hospital la suspensión debía ser mayor. Por lo que según me comenta la paciente posteriormente, **se le ofrece la posibilidad de cirugía de catarata de ojo derecho o dejarlo**. Finalmente se decide en quirófano realizar la catarata bajo anestesia tópica.*

Dicha cirugía según anotan en protocolo quirúrgico, resulta complicada por el empuje del vítreo, al acabar la faco se produce ojal en posterior, precisando vitrectomía anterior y se deja lente en sulcus.

En postoperatorio le sigue Dra.4, cursa con tensiones controladas con tratamiento oral y tópico, pero con dolor, edema corneal e incarceration de iris en incisión, que precisa cirugía de reposición de iris el 2/2/23 (sic).

...

El 25/2/22 la vuelvo a visitar. Me la remiten para valorar nueva vitrectomía de ojo derecho. En consulta de glaucoma prefieren diferir la cirugía de válvula Ahmed en dicho ojo por la intensa inflamación conjuntival en ese momento, con riesgo de fracaso de cirugía de glaucoma (...).

***Programo la cirugía de VITRECTOMIA DE OJO DERECHO** suspendiendo la anticoagulación. El 28/2/22 bajo anestesia retrobulbar se practica vitrectomía posterior y se desancia el iris de la incisión principal. Durante el proceso se toma cultivo vítreo por apreciarse cierta vitritis. (cuyo resultado es negativo). Queda ingresada hasta el 4/3/22. El postoperatorio inmediato cursa con tensiones normalizadas, pero persistencia de edema corneal y tensión palpebral.*

El 5/5/22 acude nuevo a urgencias por dolor intenso fronto-orbitario derecho, con tensiones oculares elevadas. (...) por lo que se le propone implante de Válvula de Ahmed + nueva vitrectomía posterior de ojo derecho. La misma se realiza el 19/5/22 (...) Permanece ingresada tras la cirugía hasta el 23/5/22.

Posteriormente pasa a ser controlada por la sección de glaucoma y cornea. Precizando lente de contacto terapéutica por edema corneal. También se solicita derivación a Hospital Ramón y Cajal para valorar la posibilidad de reintervención con explante de lente/cirugía nueva VPP/glaucoma y posteriormente queratoplastia. Cosa que desestiman por escasas posibilidades con la valoración de riesgo/beneficio”.

iii) Informe de la Dra.4, del Servicio de Oftalmología del HSP de Logroño, de fecha 14-7-2023.

*“El día 25/11/2021 la paciente (...) con el diagnóstico de catarata en su ojo derecho fue incluida en lista de espera quirúrgica para realizarle una cirugía de catarata (facomulsificación e implante de lente intraocular) de ese mismo ojo, **además, junto a la cirugía de catarata se le propuso e incluyó en lista de espera quirúrgica para realizar una vitrectomía del mismo.***

*El día 28/1/2022, estando yo en quirófano de CMA, la paciente acudió al mismo para realizar dicha intervención, momento en el cual **el médico anestesista informó de que la paciente no había retirado el fármaco Eliquis (anticoagulante) pautado por el servicio de cardiología previamente a la intervención, por lo que debido a los riesgos que esto implica para la paciente, se decidió realizar la cirugía de catarata sin vitrectomía, habiendo informado***

previamente a la paciente de los hechos y obteniendo su consentimiento para proceder a dicha intervención. La vitrectomía propuesta en la consulta del día 25/11/2021, si fuera o no precisa en un futuro, se realizará en un segundo tiempo.

Adjunto nota de anestesia del día 28/1/2022:

«Vista por nosotros el 12 de diciembre de 2021 para intervención de glaucoma y catarata en OI (sic). (...) al ser una cirugía de alta prioridad con riesgo de glaucoma maligno en el postoperatorio, se le dio el visto bueno (...).

Se programa cirugía hoy 28 de enero 2022 habiendo sido vista ya la paciente por Cardiología y pautando Eliquis 5/12h **que NO ha suspendido**. Se realiza con anestesia tópica intervención de la catarata sin incidencias.

En caso de requerir una nueva intervención de vitrectomía. ÚLTIMA dosis de eliquis 72h antes de dicha intervención para poder poner anestesia retrobulbar y sin necesidad de terapia puente con heparina».

...

El día 4/02/2022 (sic) la paciente precisó asistencia en quirófano para reintroducir parte del iris herniado por una de las incisiones tras la cirugía de catarata de su ojo derecho”.

iv) Informe de la Dra.5, Especialista del Área de Oftalmología del HSP de Logroño, de fecha 19-7-2023.

“El 2/6/2021 acude a urgencias del Hospital San Pedro de Logroño con aumento de tensión ocular de ojo izquierdo y dolor.

El 13/06/21 es derivada a la sección de glaucoma de dicho hospital y visitada por mí. Ese día la paciente me comenta que había realizado consulta en la Clínica B. y que le comentaron que tenía que intervenirse de glaucoma.

...

El día 12/08/21 se le realiza por mi parte una cirugía filtrante de glaucoma en su ojo izquierdo, concretamente trabeculectomía, que cura sin incidencias intraoperatorias.

...

El 25/11/21 la paciente es visitada por la Dra.3 y se firma Consentimiento para el ojo contralateral para realizar facomulsificación de catarata de ojo derecho junto con vitrectomía posterior; evitando así el riesgo de un nuevo GLAUCOMA MALIGNO tras la cirugía, en un ojo «probablemente PREDISPUERTO».

El 28/01/23 (sic) se realiza facoemulsificación de catarata por la Dra.4 no realizándose la vitrectomía por contraindicación del uso de anestesia retrobulbar por anestesia (sic) dado que no había suspendido tratamiento anticoagulante el tiempo protocolizado, el postoperatorio fue complejo y complicado con seguimiento por la sección de glaucoma y retina.

El 28/2/22 se realiza vitrectomía de ojo derecho por la Dra.3.

El día 1/03/22 es el último día que visito a la paciente siendo mi exploración la siguiente:

OJO DERECHO:

CON GRAN BLEFAROSPASMO, HIPERÉMIA MIXTA, EDEMA CORNEAL EPITELIAL Y ESTROMAL CÁMARA ESTRECHA, LENTE EN SULCUS Y RESTOS HEMÁTICOS EN 1/3 INFERIOR DE LA CÁMARA ANTERIOR.

OJO IZQUIERDO: PSEUDOFÁQUICO CON CÁMARA Y BUEN ASPECTO CLÍNICO

No pudiendo apreciar el fondo del derecho por opacidad de medios.

Tensión ocular de 58mmhg en OJO DER y 19mmhg en OJO IZQUIERDO

Dada la tensión de ojo derecho y el dolor se realiza punción aspiración de cámara anterior, con tensión posterior a la misma de 13mmhg y mejoría del dolor de la paciente.

En esta visita indico nueva punción (si la tensión está muy alta el día después) y firmamos consentimiento informado para poner válvula de Ahmed en el ojo derecho y controlar tensión”.

4. Con fecha 1 agosto de 2023 se remite el informe solicitado al Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra, firmado por la Directora Médica del Hospital de Calahorra, en el que se detalla la atención recibida por la paciente en ese centro, desde el año 2010 hasta el 29 de junio de 2021, en relación a los extremos solicitados.

Cuarto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 2-10-2023 por *PERITAJE* y, en particular, por la Dra.6, especialista en Oftalmología, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente establece las siguientes conclusiones:

“1. La paciente fue operada de catarata del ojo izquierdo en mayo de 2021. En el postoperatorio la presión intraocular se descontroló y sufrió un glaucoma maligno que con tratamiento médico y quirúrgico se consiguió estabilizar.

2. Tras el glaucoma maligno que presentó después de la operación de catarata del ojo izquierdo la paciente fue valorada por distintos especialistas con el fin de decidir qué tipo de cirugía era la más adecuada en su caso para operar la catarata del ojo derecho.

3. La indicación que se hizo de operar la catarata del ojo derecho mediante facovitrectomía se considera correcta y la más adecuada a la situación. La facovitrectomía, es la técnica indicada para la catarata en pacientes con riesgo de tener un glaucoma maligno, como era su caso, con el fin de intentar prevenirlo.

4. Se desconoce cuál es el motivo por el que en lugar de una facovitrectomía finalmente se realizó una facoemulsificación con implante de lente intraocular sin vitrectomía, que, aunque es la técnica habitual para operar una catarata en este caso concreto no era la que se había indicado ya que la más adecuada era la facovitrectomía.

5. Tras la operación de catarata del ojo derecho la paciente presentó un glaucoma maligno de difícil control que obligó a reintervenirla en varias ocasiones para reintroducir iris herniado, realizar una vitrectomía, realizar iridectomía con láser e implantar una válvula de Ahmed”.

Quinto

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 15-2-2024, emitido por la Dra.7, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

“1.- La demandante es una mujer de 70 años en la actualidad, con antecedentes familiares de glaucoma en abuela, madre y hermana, lo que aumenta el riesgo personal de la asegurada (sic) de desarrollar glaucoma. De hecho, ya diagnosticada de glaucoma en ambos ojos hace más de una década, y desde entonces ha estado en seguimiento y tratamiento por oftalmología.

2.- En enero de 2021, se indica la necesidad de someterse a una intervención de cataratas en ambos ojos, empezando por el izquierdo.

3.- En mayo de 2021, se somete a una intervención de cataratas en el OI, mediante FACO + LIO, que se complica con aumento de la presión intraocular. Esto obliga a seguir diferentes tratamientos médicos y quirúrgicos y a la realización de una vitrectomía por glaucoma maligno en dicho ojo izquierdo. Desde entonces hasta la actualidad, se están haciendo tratamientos continuos en ese, alcanzándose en la actualidad una agudeza visual para bultos.

4.- En enero de 2022, se somete a una nueva cirugía de catarata esta vez en el ojo derecho y mediante la misma técnica que el ojo contralateral (FACO + LIO).

5.- Inicialmente, dado los antecedentes de glaucoma maligno tras la cirugía de catarata en el ojo izquierdo, se había planteado la realización de otra técnica en el OD; operar a la vez de catarata y glaucoma. Para ello, se planteó realizar una vitrectomía posterior junto a la FACO + LIO, con anestesia retrobulbar y con carácter de cierta urgencia para evitar el avance del glaucoma. Finalmente, se le realiza FACO + LIO y se plantea para un segundo tiempo quirúrgico la vitrectomía.

6.- En el mismo quirófano, momentos antes de iniciarse la intervención de cataratas en el ojo derecho, el anestesista se da cuenta de que no se había retirado el tratamiento con anticoagulante sanguíneo con el suficiente margen necesario para llevar a cabo la anestesia y la técnica quirúrgica planteadas y así se lo comunica a los oftalmólogos. Con el consentimiento, al menos verbal, de la paciente, se procede a la cirugía. Este hecho, el del consentimiento verbal en quirófano, no queda reflejado en la historia clínica de la interesada, pero lo escribe una de las cirujanas en su respuesta a la reclamación que nos ocupa.

7.- Posteriormente a la intervención, se vuelve a desarrollar un aumento de la presión intraocular y un cuadro de glaucoma maligno, como en el ojo izquierdo. De la misma manera, desde entonces a la actualidad, el servicio de oftalmología ha ido haciendo los tratamientos oportunos sobre el ojo derecho, alcanzándose en la actualidad una agudeza visual para bultos”.

Finalmente, el informe considera que no se han encontrado datos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada por el servicio de Oftalmología no haya sido la adecuada a las

diferentes situaciones que han ido surgiendo.

Sexto

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante y a la aseguradora.

El 29-2-2024, la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que a su solicitud inicial incorpora tal como hemos reflejado en el punto 3 del Antecedente Primero de éste dictamen **un retraso desmesurado** de la IQ de 28-01-2022 tras haber sido propuesta en un plazo máximo de treinta días el 25/11/2021 por ser calificada de Prioridad Alta y **carencia del consentimiento informado** de la omisión de la urgente vitrectomía pars plana del ojo derecho que hubo que hacerla un mes después, el 28-02-22, fundamento esencial de su reclamación inicial.

Por otro lado, el escrito de alegaciones incrementa la cuantía de la indemnización tal como hemos referido en el punto 4 del antecedente Primero, alcanzando un total de 206.516,37 euros.

Séptimo

En fecha 23-5-2024, se formula la Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación pues *“no se han encontrado datos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Oftalmología no haya sido adecuada a las diferentes situaciones que fueron surgiendo...siendo acorde a la lex artis ad hoc”*, y en consecuencia *“el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos sanitarios”*.

Octavo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 23 de mayo de 2024, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 3 de julio de 2024.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 03-07-2024, registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, la Consejería de Salud y

Políticas Sociales, 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 05-07-2024, 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 correspondiente ponencia 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 reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 206.516,37 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano 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.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, 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 LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65,67,81, 91.2 LPACAP) 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”.

Como señala la STS de la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: “«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*”.

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración**”.*

Tercero

Sobre la doctrina de la pérdida de oportunidad

Este Consejo ya ha tenido la oportunidad de examinar la aplicación en algunos supuestos de responsabilidad patrimonial de lo que se conoce como la teoría o doctrina de la “*pérdida de oportunidades*”, de la “*chance*” o, en el ámbito sanitario que nos ocupa, “*pérdida de oportunidades terapéuticas*” (cfr., por ejemplo, D.38/12, D.3/14 y D.13/15).

La reclamación denuncia la omisión de una intervención quirúrgica, según se ha expuesto en los antecedentes, y concreta el daño sufrido por “*habérsele omitido la IQ que estaba prescrita y prevista por los propios facultativos, con infracción a la lex artis ad hoc, no habiéndosele realizado en la misma cirugía de catarata una vitrectomía en el OD, lo que hubiera evitado el riesgo previsto de sufrir un glaucoma maligno, conllevándole la pérdida de visión y ceguera al dañarse el nervio óptico*”.

A través de esta doctrina, la responsabilidad de la Administración Sanitaria se produce por la merma de oportunidades o posibilidades de curación o mejora, que puede acarrear la omisión de un tratamiento o prueba, un diagnóstico errado o tardío, el retraso en la asistencia prestada o, incluso, la omisión del consentimiento informado.

Como es sabido, se trata de una doctrina de elaboración jurisprudencial, sin un apoyo normativo general expreso, pero que se halla ya muy asentada en la determinación judicial y consultiva, entre otras, de la responsabilidad sanitaria. Dicho lo cual, conviene también advertir de antemano que su inherente dosis de indeterminación aconseja un manejo prudente de la misma, a fin de evitar convertir en indemnizables meras hipótesis especulativas.

En origen, la “*pérdida de oportunidades*” se configura como una alternativa en supuestos —muy frecuentes en el ámbito médico— en los que no resultaba posible determinar de forma cierta un nexo causal directo y suficiente. En este sentido se trataría de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad, que atiende al grado de probabilidad. Y es que, en definitiva, como afirma la STS de 21 de diciembre de 2012 (ECLI:ES:TS:2012:8548), la doctrina de la pérdida de oportunidad “*existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma*”.

En principio, además, su aplicación se hallaba condicionada a la concurrencia de una *praxis* médica incorrecta o contraria a la *lex artis* “*para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada, consideramos que de lo actuado debe deducirse una situación relevante, bien de la actuación médica, que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo, bien de otros extremos como pueda ser una sintomatología evidente indicativa*

de que se actuó mal, incorrectamente o con omisión de medios...” (STS de 13 de julio de 2005, ECLI:ES:TS:2005:4736).

Sin embargo, en los últimos años, el TS ha venido también vinculando esta doctrina a la *lex artis*. Afirma así, repetidamente, que la pérdida de oportunidad terapéutica se configura: *“Como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio”* (SSTS de 24 de noviembre de 2009, ECLI:ES:TS:2009:7527; 2 de enero de 2012, ECLI:ES:TS:2012:3; ó 20 de marzo de 2018, ECLI:ES:TS:2018:1096).

Con todo, tal y como se ha constatado doctrinalmente, por regla general, la responsabilidad se declara únicamente si se aprecia que la asistencia sanitaria dispensada no se ha ajustado, de algún modo, a la *lex artis*, sea porque el tratamiento médico no ha sido el más idóneo, no se ha aplicado diligentemente o se ha retrasado: *“aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las Administraciones sanitarias”* (por todas, STS de 24 de abril de 2018, ECLI:ES:TS:2018:1546).

En cualquier caso, es relevante recordar que la imputación de responsabilidad en estos casos exige que el nexo causal se halle suficientemente fundado. Como subraya la STS de 18 de julio de 2016, ECLI:ES:TS:2016:3819, debe concurrir *“una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto”*. O, en los términos de la STS 10 de 20 de marzo de 2018, ECLI:ES:TS:2018:1096, debe constatarse que *“la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo”*.

Finalmente, a los efectos de determinar la indemnización procedente, es criterio pacífico jurisprudencial considerar que, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de

tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable.

“En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente” (STS de 20 de marzo de 2018, ECLI:ES:TS:2018:1096).

Cuarto

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En el presente supuesto, el reclamante afirma respecto a la intervención quirúrgica (IQ) realizada el 28-01-2022 que, se ha producido un daño consecuencia de una inadecuada intervención quirúrgica: i) por un retraso desmesurado en su ejecución; ii) por la alteración de la intervención prevista; iii) sin ajustarse a los protocolos existentes; iv) y sin consentimiento informado de la paciente para la modificación de la intervención, al omitir la vitrectomía; v) Consecuencia de todo ello existen secuelas definitivas que han originado un daño físico, psicológico, y, estético que debe ser indemnizado.

Por tanto, aunque las intervenciones quirúrgicas del ojo izquierdo (OI) de cataratas el 6-5-2021, en el Hospital de Calahorra y de Vitrectomía de pars plana de 25-8-2021, realizada en el HUSP, tienen su interés para explicar el proceso y sobre todo como precedente, lo cierto es que la reclamación objeto del dictamen únicamente se centra en diversos aspectos relacionados con la intervención quirúrgica del ojo derecho (OD) de fecha 28-1-2022 en el HUSP, y en ella centraremos nuestro estudio.

2. En los diversos informes presentados por la administración sanitaria encontramos información sobre cada uno de los extremos objeto de la reclamación, respecto a **la intervención quirúrgica de 28 de enero de 2022**, en el Hospital Universitario de San Pedro (HUSP) de Logroño.

A) Retraso desmesurado

La reclamante sostiene, en el escrito de alegaciones, que *“de haberse practicado la I.Q. a tiempo, -dentro de los 30 días- y/o cumplida la IQ consentida y programada tardíamente, a los dos meses, se habrían evitado las graves consecuencias objetivadas y previsibles, como era el sufrir un glaucoma maligno, que ha conllevado la pérdida de visión y consecuente ceguera a la paciente, al dañarse el nervio óptico”*.

En el informe de la Inspección médica de 15-2-2024 y según datos obrantes en el expediente además de los recabados por la propia inspección, encontramos los siguientes extremos:



*“El 25/11/2021, la paciente es vista por la unidad de retina del HUSP en relación a su ojo derecho, anotándose: «Paciente remitida a retina para que programemos cirugía de facovitrectomía de OD porque tiene alto riesgo de misdirection y glaucoma maligno. En OI operaron la catarata en Calahorra y tuvieron que hacer luego vitrectomía en 2º tiempo.... Procedimientos terapéuticos: apunto para facovitrectomía de OD. Explico la cirugía y firma consentimiento informado. En la próxima revisión: valorar válvula». **La paciente queda incluida en lista de espera la intervención.***

*Vista el 13-12-2021 en el servicio de preanestesia, la paciente firma el consentimiento informado y es sometida a las pruebas oportunas. El 14-12-2021, dicho servicio médico informa: «Paciente ASA II. La paciente entiende y acepta el procedimiento: Vitrectomía OD + FACOLIO, por catarata y glaucoma en OD. Decisión ante la intervención: Procede cirugía de alta prioridad (riesgo de desarrollo de glaucoma maligno), dos el pase y hago interconsulta a Cardiología para estudio de FA una vez intervenida. **Le explico a la paciente la aparición de la arritmia y posterior estudio, entiende y asume posibles riesgos. Firma el consentimiento informado de anestesia»**”.*

-La intervención se practicó el 28-1-22, el plazo que alega la reclamante como excesivo es desde la inclusión en la lista de espera el día 25-11-21. no valorándose de urgencia, sino de alta prioridad.

-El 28/02/2022 se somete a la vitrectomía posterior, siendo el plazo de 30 días de la operación anterior. Cuestión que la reclamante considera también inadecuado, ya que para poder cumplir con las exigencias del anestesista se podía haber programado *“al día siguiente”*.

B) Alteración de la intervención quirúrgica programada

La reclamante considera como acabamos de exponer que el retraso y la no ejecución de la IQ programada y consentida es la causa de sufrir un glaucoma maligno en el ojo derecho, concluyendo que la alteración de la intervención no está justificada ya que *“la Sociedad Española de Oftalmología ya objetiva la posibilidad de realizar la vitrectomía sin suspender el tratamiento de anticoagulante, simplemente utilizando la técnica de anestesia subconjuntival”* y como consecuencia de esa actuación se obtuvo un deficiente resultado cuyo diagnóstico realizado posteriormente a la cirugía, explicaba la razón por la que la paciente sufriera una tensión tan alta en el ojo derecho, ***“glaucoma maligno post FACO, es decir, secundario a la cirugía de la catarata”***.

i) El informe de la Inspección médica recoge:

*“El 28-1-2022, el anestesista anota en la historia clínica: «Vista por nosotros el 14 de diciembre 2021 para intervención de glaucoma y catarata en OI. **En ECG de entonces se observa fibrilación auricular (FA) de novo, al ser una cirugía de alta prioridad con riesgo de desarrollo de glaucoma en el postoperatorio, se le dio el visto bueno para la intervención quirúrgica, sin demorarla y posterior valoración de Cardiología.** Se programa la cirugía para hoy 28 de enero de 2022, habiendo sido vista ya la paciente por Cardiología y pautando anticoagulante sanguíneo, **que NO ha suspendido.** Se realiza con anestesia tópica intervención de la catarata sin incidencias. Durante la intervención se*

mantiene estable a todos los niveles y en ritmo sinusal a 65. En caso de requerir una nueva intervención de vitrectomía, última dosis de anticoagulante 72h antes de dicha intervención para poder poner anestesia retrobulbar y sin necesidad de terapia puente con heparina».

Por ello, la paciente se somete finalmente a FACO + LIO en el ojo derecho”.

ii) El informe de la Dra.3 de 17-7-2023 expone:

*“El 28/1/22 Dra.4 iba a proceder a cirugía combinada de FACO-Vitrectomía de ojo derecho, pero en anestesia contraindican el uso de anestesia retrobulbar, ya que el paciente ha comenzado a tomar un anticoagulante **POR RECIENTE DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR (apixaban eliquis)** y aunque su cardiólogo le aconsejó suspenderlo 40 horas, según el protocolo de anestesia del Hospital la suspensión debía ser mayor. Por lo que según me comenta la paciente posteriormente, se le ofrece la posibilidad de cirugía de catarata de ojo derecho o dejarlo. Finalmente se decide en quirófano realizar la catarata bajo anestesia tópica.*

Dicha cirugía según anotan en protocolo quirúrgico, resulta complicada por el empuje del vítreo, al acabar la falco se produce ojal en posterior, precisando vitrectomía anterior y se deja lente en sulcus”.

iii) Del informe de la Dra.4, de 14-7-2023 (quien llevó a cabo la cirugía ese día, extraemos lo siguiente:

“El día 28/1/2022, estando yo en quirófano de CMA, la paciente acudió al mismo para realizar dicha intervención, momento en el cual el médico anestesista informó de que la paciente no había retirado el fármaco Eliquis (anticoagulante) pautado por el servicio de cardiología previamente a la intervención, por lo que debido a los riesgos que esto implica para la paciente, se decidió realizar la cirugía de catarata sin vitrectomía, habiendo informado previamente a la paciente de los hechos y obteniendo su consentimiento para proceder a dicha intervención. La vitrectomía propuesta en la consulta del día 25/11/2021, si fuera o no precisa en un futuro, se realizará en un segundo tiempo.

Adjunto nota de anestesia del día 28/1/2022:

«Vista por nosotros el 12 de diciembre de 2021 para intervención de glaucoma y catarata en OI (sic). (...) al ser una cirugía de alta prioridad con riesgo de glaucoma maligno en el postoperatorio, se le dio el visto bueno (...).

*Se programa cirugía hoy 28 de enero 2022 habiendo sido vista ya la paciente por Cardiología y pautando eliquis 5/12h **que NO ha suspendido**. Se realiza con anestesia tópica intervención de la catarata sin incidencias.*

*En caso de requerir una nueva intervención de vitrectomía. **ÚLTIMA** dosis de eliquis 72h antes de dicha intervención para poder poner anestesia retrobulbar y sin necesidad de terapia puente con heparina»”.*

iv) Si bien, el informe final de la DG de los Servicios jurídicos manifiesta que, “los informes médicos existentes en el expediente descartan la existencia de mala praxis de los profesionales sanitarios que participaron tanto en el diagnóstico como en las intervenciones”, no obstante, se encuentran objeciones a la alteración de la intervención quirúrgica del día 28-1-2022 en el informe de la médico pericial de **PERITAJE**, tal como hemos detallado al reflejar las conclusiones del mismo en el Antecedente de Hecho Cuarto del presente dictamen.



“El día 28 de enero de 2022 la paciente fue intervenida de la catarata del OD. No es posible saber cuál es el motivo por el que en lugar de hacer una facovitrectomía como se había indicado se realizó una facomulsificación e implante de LIO sin vitrectomía. En la documentación no se encuentra el parte de quirófano correspondiente en el que normalmente se describe la cirugía. Si se encuentra el informe de alta en el que consta; se ha realizado una FACO + LIO OD.

...

No se puede saber cuál habría sido la evolución del OD en el caso de haber realizado la facovitrectomía que se habría programado al principio, pero se puede decir casi con toda seguridad que habría sido mejor. Si se hubiera hecho una la facovitrectomía es probable que después de la operación de catarata no fueran necesarias tantas intervenciones y la PIO se habría controlado mejor. Cabe decir también que la paciente ya tenía un glaucoma por el que estaba en tratamiento y que el glaucoma se puede descompensar tras cualquier cirugía ocular. Independientemente de ello es claro que lo indicado para operar la catarata del OD era haber hecho la facovitrectomía para intentar evitar el glaucoma maligno que se produjo pues antes de operar la catarata se sabía que tenía riesgo.

...

*Dado que el paciente tenía factores de riesgo para desarrollar un glaucoma maligno en el otro ojo la operación de catarata del OD se planificó mediante una facovitrectomía que es la técnica indicada para operar de catarata en pacientes con riesgo de presentar un glaucoma maligno, **Se desconoce cuál es el motivo por el que en vez de hacer la operación del OD mediante facovitrectomía como estaba planeado se realizó... una facoemulsificación con implante de lente intraocular sin vitrectomía**”.*

Por tanto, en este punto, existiendo visiones contrapuestas se hace necesario dirimir las.

Por el estudio de la materia obrante en el expediente, observamos que, el informe de PERITAJE de fecha 2 de octubre de 2023, se basa en que no ha encontrado en el expediente **“ningún motivo para explicar por qué no se realizó la intervención quirúrgica programada”**, pero lo cierto es que, como ha quedado reflejado anteriormente, existen en el expediente suficientes informes para encontrar el motivo por el cual no se realizó la vitrectomía, que no es otro que la contraindicación del suministro de anestesia retrobulbar por no haber suspendido el anticoagulante.

En consecuencia, consideramos que la motivación existe, como es la contraindicación del médico anestesista a llevar a cabo la intervención quirúrgica programada. Otra cosa, lo adelantamos ya, es que se pudieran haber pospuesto las dos operaciones (cataratas y vitrectomía).

C) Desatención a los protocolos

El 28-1-22 se iba a proceder a cirugía combinada de FACO-Vitrectomía de ojo derecho, este es un punto en el que existe consenso general de reconocer por todas las partes que tanto el diagnóstico como la técnica originariamente prevista era la apropiada.

La contraindicación del uso de anestesia retrobulbar, porque el paciente había comenzado a tomar un anticoagulante por reciente diagnóstico de fibrilación auricular (apixaban eliquis) es lo que aconsejó suspenderlo, alegando el servicio de anestesia, “*que el protocolo de anestesia del Hospital, requería un plazo mayor que el indicado por el cardiólogo, para evitar riesgos*”. En concreto el plazo que se requeriría sería de 72 horas y no el de 40 horas indicado por el cardiólogo.

Este criterio se pone en duda por la reclamante con cita de la Sociedad de oftalmología, no obstante, no se cuestiona que el protocolo de anestesia del Hospital exija un plazo mínimo de 72 horas, ni que la paciente incumpliera tal prescripción. La relación riesgo-beneficio cuando se tratan dolencias cardíacas o relacionadas con la coagulación sanguínea es muy evidente, y aconseja una actuación prudente, tal y como se realizó en este caso.

D) Inexistencia de Consentimiento informado

En el escrito de alegaciones se incorporó a la reclamación inicial la inexistencia de consentimiento informado y “*el consiguiente daño moral, derivado de la vulneración del derecho básico a la dignidad de la persona y la autonomía de su voluntad*”.

Del expediente extraemos que la reclamante **firmó con fecha 25-11-2021** el Consentimiento informado para la intervención quirúrgica de facovitrectomía y que vista la contraindicación para llevarla a efecto con la técnica prevista se tomó la decisión de modificarla con el **consentimiento verbal** de la paciente, en ese mismo momento.

La cirujana Dra.4 en su informe recoge los extremos en que se produce el consentimiento verbal y previo. Asimismo, la Dra.3 en su informe recoge un comentario posterior de la paciente sobre el ofrecimiento de acometer la operación o dejarla.

3. Criterio del Consejo

La Propuesta de resolución es desestimatoria siguiendo el criterio que señalan los facultativos que intervinieron en la atención al paciente, como la Inspección médica, que concluyen, atendidas todas las circunstancias concurrentes, en que los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*.

Frente a ese criterio, el informe de la Consultora médica *PERITAJE* no encuentra explicación alguna en la modificación de la intervención quirúrgica de 28-1-2022, cuestionando su proceder: “*la indicación que se hizo de operar la catarata del ojo derecho mediante facovitrectomía se considera correcta y la más adecuada a la situación*”. En

parecidos términos, el dictamen de parte, de mayo de 2023, considera que las intervenciones quirúrgicas de cataratas y vitrectomía debían haberse ejecutado de consuno: *“dos oftalmólogos... indicaron que los riesgos de sufrir glaucoma maligno en ojo derecho al operarle de cataratas eran muy elevados, por lo que indicaron realizar una vitrectomía del ojo en la misma intervención de catarata”*.

A criterio del Consejo, los argumentos de la reclamante no merecen acogida, salvo si se considera que se ha producido una pérdida de oportunidad.

3.1 Respecto al retraso desmesurado.

La intervención quirúrgica realizada el 28-1-2022, queda incluida en la lista de espera el 25-11-2021. La intervención no es valorada como urgente, aunque sea considerada de alta prioridad (<30 días).

Por otra parte, en el estudio del expediente observamos que al Consentimiento Informado de la paciente se le añade un Anexo en el que la IQ se realiza en el contexto de la pandemia por Covid-19, en el que nos consta, por el análisis de otros expedientes, de las dificultades de programación de las IQ.

También la reclamante considera que para poder cumplir con las exigencias del anestesista se podía haber programado *“al día siguiente”*, pero lo cierto es que la paciente entre ambas IQ, fue intervenida el día 4-2-2022, bajo anestesia tópica de una *“introducción iris ojo derecho”*.

Entendemos, por ello, que el plazo transcurrido para acometer las intervenciones quirúrgicas entra dentro de los parámetros razonables de actuación.

3.2 En relación a la alteración de la intervención quirúrgica del día 28-1-2022 y los protocolos de actuación.

Como hemos expuesto anteriormente, tanto el diagnóstico como la intervención prevista para cirugía de cataratas y vitrectomía eran acertados y así se hubiera llevado a la práctica si, ya en quirófano, no se hubiese advertido por el médico anestesista que la paciente no había retirado el anticoagulante (*Eliquis*) pautado por el servicio de cardiología previamente a la intervención, incumpliendo el protocolo del hospital, y en consecuencia tuvo que contraindicar la intervención, por riesgo de la paciente.

Por tanto, es la advertencia del riesgo para la paciente junto al cumplimiento del protocolo de anestesia del Hospital, lo que evitó que la intervención prevista se llevara a cabo. Motivaciones que se encuentran fundadas y estimamos suficientes.

La reclamante alega que la Sociedad de Oftalmología ya objetiva la posibilidad de realizar vitrectomía sin suspender el tratamiento anticoagulante, utilizando la técnica de anestesia subconjuntiva, o que el protocolo de anestesiología en caso de CIRUGIAS URGENTES habría permitido la IQ programada.

Tal como se refleja en la hoja de inclusión LEQ, la intervención se califica de ALTA PRIORIDAD, no como urgente. No obstante, de haber obtenido esa valoración, no podemos abstraernos que estamos ante un caso concreto, de una paciente concreta, **con diagnóstico de riesgo elevado de glaucoma maligno postoperatorio y con un reciente diagnóstico en cardiología de fibrilación auricular**, que junto a otras particularidades no puede ser contemplado mediante una aplicación para supuestos generales. Las circunstancias de este caso son las que determinaron que el médico anestesista sopesara la mejor opción en interés de la paciente y decidiera la incompatibilidad de suministrarle la anestesia retrobulbar y en consecuencia imposibilitar la vitrectomía en ese momento dejándola para un segundo tiempo quirúrgico.

Ahora bien, que esté motivada y justificada la negativa a realizar, en ese momento, la vitrectomía, no explica que se decidiera operar de cataratas en contra de la recomendación previa de acometer ambas cirugías en el mismo momento.

Para la emisión de este dictamen no disponemos del protocolo quirúrgico del 28 de enero de 2022, pero la Dra.3 señala (ver antecedente tercero.3) que *“dicha cirugía, según anotan en protocolo quirúrgico, resulta complicada por el empuje del vítreo”*.

Los informes previos a esa operación de enero de 2022 ya advertían del riesgo de glaucoma maligno que de un ojo puede pasar en el adelfo (informe de 10/11/21) y que hay un alto riesgo de misdirección (informe de 25/11/21), y en consecuencia aconsejaban que la operación de vitrectomía se realice a la vez que la de cataratas (facovitrectomía).

El dictamen de PERITAJE, incluso señala que *“no se puede saber cuál habría sido la evolución del OD en el caso de haber realizado la facovitrectomía que se había programado en un principio, pero se puede decir casi con toda seguridad que habría sido mejor”*.

Desde luego, el riesgo descrito de poder desarrollar un glaucoma maligno con la operación de cataratas se produce hasta el punto de herniar el iris, y requerir una operación el 4 de febrero por esa circunstancia, una vitrectomía el 28 de febrero, y otra más con implantación de una válvula Ahmed el 19 de mayo de 2022.

Por otra parte, la paciente ya estaba diagnosticada de glaucoma en ambos ojos desde hacía más de una década. Además, sus factores de riesgo no se limitaban al descrito en referencia a la operación de cataratas y al glaucoma en el ojo izquierdo, sino que el propio dictamen de parte relaciona otros muchos: antecedentes familiares, edad, sexo, “ser

hipermétrope o tener un globo ocular corto, tener la cámara anterior o el espacio entre el iris y la córnea aplanada”, amén de posibles efectos de la medicación que tomaba.

A todo lo anterior se añade que la agudeza visual en el ojo derecho antes de la operación ya era baja (0,3 el 2/06/21; 0,5 el 3/06/21, 0,3 el 6/09/21, ó 0,8 el 10/11/21). Por ello, la consecuencia dañosa de perder la visión en el ojo derecho no se puede achacar de un modo claro, directo ni exclusivo a la decisión quirúrgica de operar las cataratas sin vitrectomía.

Con estos antecedentes nos resulta imposible concluir si se hubiera podido evitar el glaucoma maligno, o la pérdida de agudeza visual. Este Consejo es lego en cuestiones médicas, pero el dictamen de *PERITAJE* es taxativo cuando afirma que la evolución del ojo derecho hubiera sido mejor si se hubiera operado conjuntamente de cataratas y vitrectomía. En otras palabras, la actuación seguida priva de una oportunidad de mejora a la reclamante.

En la actualidad la paciente presenta una agudeza visual en el ojo derecho de contar dedos y en el ojo izquierdo de 0,8. La única posibilidad de intentar mejorar la situación visual del OD sería mediante un trasplante de córnea que en su caso conlleva grandes riesgos por lo que su realización ha sido desestimada tanto en H. de Cruces como en H. Ramón y Cajal.

3.3 En cuanto al consentimiento informado.

Este requisito objeto de reclamación no se encontraba en la reclamación inicial en el escrito de alegaciones y contradice, sin base alguna, los informes de varias de las profesionales sanitarias, en los ha quedado reflejado que la paciente pudo optar por negarse a la nueva opción de intervención que se le ofrecía.

Entendemos que no se ha vulnerado la exigencia legal de la Ley de autonomía del paciente. En el contexto sanitario de la atención prestada a la reclamante se le informó y consintió por separado las operaciones de glaucoma y de vitrectomía. Es cierto que se había programado su ejecución conjunta, pero no es menos cierto que el consentimiento no descende a esos extremos, ni determina la programación de los tiempos de quirófano.

Por razones médicas fundamentadas, y con el consentimiento verbal de la paciente, se escalonaron ambas intervenciones. Ninguna de las cuales fue ejecutada sin consentimiento informado, como tampoco se dejó de realizar ninguna de las IQ que había consentido la paciente.

4. Recapitulación.

En aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica a que nos hemos



referido anteriormente y que, como hemos señalado en diversos dictámenes (por todos, en el D.36/12 y D.119/19) permite imputar a los Servicios Sanitarios el daño derivado de la no realización de alguna concreta actuación médica, privando al paciente de determinadas expectativas de curación o mejoría, consideramos que procede reconocer el derecho de la reclamante a percibir una indemnización que cubra, exclusivamente, el daño derivado de la incertidumbre en torno a si el desarrollo del glaucoma, podía haberse ralentizado en alguna medida si hubiera realizado la facovitrectomía que estaba prevista, en lugar de escalonar las intervenciones de cataratas y vitrectomía.

Quinto

Cuantificación de la indemnización

En la cuantificación de tal indemnización, la doctrina jurisprudencial tiene en cuenta las circunstancias concurrentes en cada caso concreto, y atiende a la edad, circunstancias de la asistencia recibida, evolución y/o probabilidades de curación y demás circunstancias (por todas, sentencia del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 2012, ECLI:ES:TS:2012:2078).

No se puede aplicar un porcentaje sobre los daños materiales baremados que se hubieran producido, en caso de que fuera posible una plena imputación del daño producido, sin un criterio indubitado respecto de cuál debiera ser dicho porcentaje. En suma, se trata de una valoración forzosamente estimativa que debe hacerse, prudencialmente a tanto alzado, teniendo en cuenta las distintas circunstancias obrantes en el expediente.

El grado de probabilidad de que se hubiera evitado o reducido el daño con la facovitrectomía no está fijado, y tampoco la entidad o alcance que pudo tener la separación de las dos IQ en la producción del daño. *PERITAJE* afirma que “*casi con toda seguridad*” el resultado hubiera sido mejor si se hubieran hecho las dos operaciones a la vez, pero no dice nada del alcance o entidad en el resultado final que habría podido tener en una paciente con los antecedentes y circunstancias personales de la reclamante.

Pues bien, en el caso que nos ocupa, el daño reclamado en el ojo derecho, puesto en relación a los muchos criterios de riesgo que tenía la operación de cataratas, por un lado; y a la adición de otro riesgo adicional por separar las operaciones de cataratas y vitrectomía, lleva a considerar que la oportunidad perdida no puede valorarse más que a tanto alzado.

La agudeza visual de la reclamante y el edema de córnea crónico son resultados dañosos cuya causa no puede imputarse de forma clara ni exclusiva a la actuación sanitaria descrita. Por sus antecedentes familiares y personales la oportunidad perdida se valora en 20.000 euros.



CONCLUSIÓN

Única

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este procedimiento e indemnizar al reclamante, por el daño padecido a consecuencia de pérdida de oportunidad terapéutica, en la suma de 20.000 euros.

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.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO