



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 108/2009

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de marzo de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.M.F.T.A., en nombre y representación de Á.E.G.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Retraso en la aplicación del tratamiento adecuado (EXP. 56/2009 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de fecha 15 de enero de 2009, la Consejera de Sanidad interesa de este Consejo preceptivo Dictamen [al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo], respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a instancia de J.M.F.T.A. en representación de A.E.G.H., por los daños que le fueron causados (lesiones físicas, psíquicas y sensoriales, y daño moral) presuntamente con ocasión de la asistencia sanitaria que le fuera prestada por el Servicio Canario de la Salud, y que valora en 50.000 euros.

2. Se ha de significar que este asunto se somete nuevamente a la consideración de este Consejo, quien, en su Dictamen 266/2008, de 2 de julio, no llegó a emitir juicio alguno sobre el fondo del mismo al entender que procedía la retroacción de actuaciones a los efectos de que por el Ambulatorio de zona del paciente y los Servicios de Oftalmología de los Hospitales Universitario y Nuestra Sra. de La Candelaria se emitiera la información complementaria de la que luego se da cuenta.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

La Propuesta de Resolución que se ha sometido a la consideración de este Consejo culmina un procedimiento en el que se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos. Con carácter general, nos remitimos a lo ya manifestado en el Dictamen citado, 266/2008, en relación con la legitimación, plazo de interposición, instrucción básica, prueba y audiencia de la parte. Aunque la inicial Propuesta de Resolución fue en efecto informada por el Servicio Jurídico, no lo ha sido la segunda, aunque, dado que la instrucción complementaria practicada no aporta elementos sustanciales que alteren la Propuesta de Resolución, ni la parte compareció al trámite de audiencia complementario que se le concedió el 24 de noviembre de 2008, puede entenderse que el mismo queda satisfecho por la emisión del informe inicialmente emitido.

II

1. En cuanto a los hechos determinantes de la presente reclamación, el reclamante fue alcanzado el 3 de febrero de 2005 por un cohete pirotécnico resultando con "traumatismo ocular en el ojo derecho" siendo trasladado de urgencia al Centro hospitalario La Candelaria, ingresando con "pérdida de visión en el mismo", donde permaneció hasta las 15 horas, siendo remitido a los médicos especialistas del Ambulatorio de su zona de residencia, donde la Dra. M.A.M.P., "ante la gravedad de sus lesiones y el riesgo potencial y acuciante de pérdida del globo ocular derecho", lo remitió nuevamente al Servicio de Oftalmología del mencionado Hospital, quien de nuevo lo remitió a su Ambulatorio de zona para su control.

El 3 de marzo -un mes después- acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por los "continuos dolores que padecía y por no haber recuperado la visión", que en ese momento era inferior al 0.5 con "luxación del cristalino por rotura zonular y vítreo en cámara anterior", decidiéndose su intervención quirúrgica, que tuvo lugar el 29 de marzo de 2005, realizándosele "cerclaje, vitrectomía, lensectomía parsplana e implante de lente en cámara anterior", recuperando algo de visión y conservando el globo ocular, siendo dado de alta con la prevención de "revisión cada seis meses".

Reclama el interesado por los daños causados por la deficiente atención sanitaria que en su caso se concretaron en la dilación en la aplicación del tratamiento correcto (intervención quirúrgica), dos meses después del hecho lesivo que ha determinando que su agudeza visual en julio de 2006 fuera de 0.60.

2. Con ocasión de la instrucción inicial del procedimiento se emitieron varios informes de los especialistas de Oftalmología de los Hospitales Universitario y La Candelaria en relación con la diagnosis y tratamiento de la lesión del paciente, concluyendo, resumidamente, en la conveniencia de la no intervención quirúrgica de urgencia y en el seguimiento del paciente por su Ambulatorio de zona, debido a que: lo prioritario era prestar "cobertura antibiótica y antiinflamatoria" del paciente y controlar la "elevación de su tensión"; que el mismo no requería "ninguna cirugía de urgencia", ya que se trataba de una contusión cerrada, no quedaba claro si el paciente presentaba "luxación parcial del cristalino" ("los hallazgos diagnósticos no lo descartan pero no consta"), y tenía en ese momento una "visión aceptable, 0.5"; que la cirugía sólo procedía en caso de que "la tensión ocular no pueda ser controlada médicamente"; que en este caso la intervención conllevaría un "aumento de la inflamación, con efectos secundarios difíciles de controlar", aunque también existen "otras opiniones muy respetables de actuación en momentos más tempranos"; que someterle en ese momento a una intervención quirúrgica era "someterle a un riesgo innecesario que no garantizaba mejorar esa situación, por lo cual no estaba indicado"; y que cuando se realizó la intervención se debió a que existía "vítreo en cámara anterior" y una de las formas de resolverlo es mediante la técnica de la "vitrectomía". En suma, se justificaba la no necesidad ni conveniencia de una intervención quirúrgica, cuya realización añadía además riesgos potenciales a la salud ocular del paciente. Finalmente, al no ser posible controlar la tensión ocular por la Dra. en el Ambulatorio, se le envió "en dos ocasiones al Servicio de Oftalmología de La Candelaria para controlar PIO y decidir tratamiento quirúrgico".

3. Este Consejo entendió que era preciso evacuar información complementaria sobre algunas de las determinaciones clínicas que fundamentaban la Propuesta de Resolución inicialmente redactada, con el siguiente alcance:

"Posibilidad de que el paciente presentara luxación de cristalino desde el momento en que acudió para ser tratado por primera vez y efectos de la misma en la visión del ojo afectado y medios para evitar su evolución y, en definitiva, un efecto negativo, particularmente mediante la intervención quirúrgica.

Prueba diagnóstica que procede para detectar esta lesión en casos como el presente y razón por la que no se utilizó.

Constatado que no podía controlarse la presión ocular interna, reiteradamente, conexión de este descontrol con la pérdida de visión, directamente o por

empeoramiento de luxación de cristalino, modo de evitar ese descontrol y, en particular, razón por la que entonces no se efectuó la antedicha prueba.

Control debido del estado del interesado, sobre todo existiendo o cabiendo que existiera luxación de cristalino para evitar su evolución y, en especial, detectar la aparición de vítreo en cámara interior para tratarlo, así como efecto del incorrecto control o de la demora en la indicada detección en el estado del paciente, en general, y, más en concreto, en la pérdida de visión.

Además, procede que el Servicio del Hospital Universitario informe complementariamente sobre la razón de que se decidiera intervenir prontamente al paciente desde que acudió al mismo y si ésta hubiera sido la solución que se hubiera adoptado desde el principio, así como, de conocerlo, el motivo por el que el paciente acudiera al mismo pese a haber sido tratado con anterioridad por el Hospital de La Candelaria.

Por último, el Servicio de este último Hospital ha de informar, específicamente, cuáles son los alegados riesgos derivados de una intervención inmediata del interesado de conocerse, siendo ésta una circunstancia entonces desconocida pero admitidamente posible, que tenía luxación de cristalino y razón para descartarla pese a ser un medio utilizable y de reconocida eficacia curativa y, en definitiva, para evitar la pérdida de visión, así como si se proporcionó al paciente la información debida sobre su lesión, con su diagnóstico y tratamiento pautado, con sus posibles alternativas, incluyendo sus respectivos riesgos y capacidad curativa”.

III

1. Ha de señalarse que según la documentación complementaria remitida no se requirió su cumplimentación al Ambulatorio de zona del paciente.

Los tres Centros sanitarios debían informar sobre las cuestiones que precisó este Consejo en su Dictamen 266/2008. Se han emitido sendos informes por los Centros hospitalarios indicados, de los que se desprenden los siguientes datos y afirmaciones:

A. El Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Canarias (HUC) informó que:

“Cuando se produce el deslizamiento (de vítreo) y se detecta presencia de vítreo en cámara anterior es cuando el cuadro se convierte en quirúrgico”. Si no lo hay, “la visión sólo estaría artefactada (*sic*) por la reacción inflamatoria” y “la prueba diagnóstica es de observación periódica mediante lámpara de hendidura”. “(...)

podiera ser que aunque existiera la lesión zonular no se hubiera deslizado en un primer momento".

"Previa a la cirugía del 29 de marzo de 2005 no se detectó alteración tensorial destacable. La hipotonía previa era asumible, lo mismo que la que se produjo en el postoperatorio inmediato". "La lesión ocular es consecuencia directa del traumatismo", inherente a este tipo de accidente y "no consideramos que la demora inicial influyera en el resultado final del caso".

B. Por su parte, el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, informó que:

Durante los primeros días de su patología el edema de córnea del paciente "*no permitía ver adecuadamente las estructuras posteriores a ésta*", presentando "*una visión de bultos, donde se describe la iridodonesis*". Después del tratamiento médico, mejorada la agudeza visual a 0.5, permite "*ver las estructuras anatómicas*".

Cuando fue posible observar las estructuras anatómicas, se aprecia "*subluxación parcial del cristalino así como roturas del esfínter del iris. El paso de vítreo a cámara anterior se va produciendo en el tiempo, dependiendo de la rotura de la zónula y de la hialoides anterior*".

La presión ocular del paciente fue controlada, pasando de 44 mmHg a 14 mmHg, por lo que se hallaba dentro de los parámetros que se consideran normales (entre 9 y 21 mmHg), precisándose que con "*esta tensión ocular no se produce pérdida de visión atribuible a ésta*".

Con una agudeza visual de 0.5 y tensión ocular de 14 mmHg con tratamiento médico después de un traumatismo de esta intensidad, "*el tratamiento adecuado es el seguimiento de la evolución pues la inflamación propia del traumatismo es muy alta, si se une a la inflamación de una intervención quirúrgica el globo acular puede no soportar estos niveles, dando lugar al fracaso de todo el procedimiento*". Por tanto, en estos casos, "*la cirugía, que nunca se descarta, se debe realizar en aquellos momentos que se considera imprescindible*".

La intervención "*inmediata*" en traumatismos oculares sólo se realiza cuando existe "*perforación, laceración, rotura o estallido ocular*". "En los traumatismos cerrados, la cirugía, si se precisa, es mediata o diferida dependiendo de la evolución del globo ocular".

La cirugía diferida (“como cataratas postraumáticas (...) *vitrectomías* etc.”) se realiza cuando la patología “puede esperar, tanto para resolver una patología propia como para resolver posibles secuelas” .

2. Pues bien, a la vista de la instrucción del procedimiento, plasmada en los diversos informes y documentos que constan en el correspondiente expediente, incluyendo tanto los informes del Servicio inicialmente emitidos, como los que, tras intervenir este Organismo en relación con la Propuesta resolutoria en principio formulada, se emitieron posteriormente por especialistas de los dos Centros hospitalarios actuantes, sin que el interesado presentara alegaciones en el ulterior trámite de vista y audiencia debidamente concedido al mismo, cabe mantener, tras un análisis global y comparativo de todos los datos disponibles y aun cuando esta segunda información no fuese producida exactamente en la forma indicada por este Organismo en su Dictamen 266/2008, que el daño que finalmente presenta el interesado en su ojo tras ser atendido por el Servicio sanitario no se acredita que fuese causado por el funcionamiento del mismo, ni que fuera en particular resultante de su anormal realización.

En efecto, desde el 3 de febrero de 2005, tras ingresar en Urgencias del Hospital de La Candelaria a consecuencia de un traumatismo ocular producido por el estallido de un cohete pirotécnico, se hace constar que el afectado recibió la debida atención inicial exigible en este supuesto y, a continuación y de acuerdo con el protocolo que se informa es procedente dada la situación del ojo lesionado, tuvo el pertinente seguimiento y la asistencia adecuada a las características de tal situación y del concreto caso.

En esta línea, sin existir informe o pericia que lo contradiga en el expediente, no era posible efectuar inicialmente una valoración adecuada de la lesión, ni, por tanto y en estas circunstancias, máxime estando reconocido el riesgo que entrañaba por ello, procedía efectuar una intervención quirúrgica para solucionarla. Así, lo correcto era el tratamiento inicial con antibióticos y antiinflamatorios, seguido del control periódico tanto de la presión ocular, como de una eventual lesión adicional, como la luxación del cristalino, con deslizamiento de vítreo, en cuyo caso, y solo entonces, se convertiría el cuadro en quirúrgico. Por demás, no se apreció en este procedimiento la existencia de perforación, rotura o estallido ocular que exigiría cirugía inmediata; lo que, desde luego, no se produjo en este supuesto en un primer instante o con posterioridad.

Por otra parte, se informa que en todo momento el paciente tuvo conocimiento de la situación y el desarrollo del proceso, particularmente de la pertinencia de cirugía en el momento en que la situación del ojo permitió, con uso de la técnica apropiada al caso, detectar la referida luxación, aunque, por las características de la lesión y el estado de la presión ocular o para permitir su máxima eficacia y evitación de secuelas, a realizar con carácter preferente y no urgente. Además, esta demora no sólo no está prescrito que sea inadecuada en este tipo de lesión, sino que no influye, en particular y en este caso, en el resultado final de pérdida de visión del ojo del interesado, la cual deriva de la lesión causada por el traumatismo y no de la asistencia efectuada, desde luego ajustada a protocolo. Todo lo cual no es contradicho por el interesado mediante informes médicos aportados, ni aun mediante alegaciones formuladas en la segunda audiencia.

En definitiva, ha de considerarse que, con los elementos de juicio disponibles, la atención sanitaria prestada fue correcta en este supuesto o, en todo caso y determinadamente, no puede sostenerse que causara al interesado el daño por el que se reclama, ni, en suma, lesión por la que pueda exigirle responsabilidad a la Administración sanitaria, no existiendo la necesaria relación de causalidad entre la asistencia sanitaria producida efectivamente y la pérdida de visión que presenta el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, se considera ajustada a Derecho.