



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 7 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de noviembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 352/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 35.270 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual resulta aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Brito González.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

II

1. (...) formula con fecha 22 de mayo de 2012 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La reclamante expone, entre otros extremos, lo siguiente:

- Con fecha 26 de mayo de 2011, se le realiza en el Hospital Universitario de Canarias cirugía extraescleral con colocación de cerclaje en el ojo izquierdo, debido a un desprendimiento de retina, firmando previamente el consentimiento informado.

Relata que ya en el primer día del postoperatorio sufre dolores en el ojo operado y continúa con el tratamiento indicado, utilizando escrupulosamente los medicamentos recetados, si bien estos dolores fueron en aumento a medida que pasaba el tiempo.

- El 30 de mayo de 2011 acude a consulta de Urgencias por sufrir fortísimos dolores en el ojo, tanto dentro como fuera y tenía el exterior de los párpados inflamados. El facultativo que la atendió le comenta que tiene el ojo inflamado y que no es algo normal tal grado de inflamación, por lo que le recomienda que visite a su doctor al día siguiente. De las pruebas realizadas en esta consulta se concluye que padece taquesclerosis, edema bpalpebral, y otras (ilegible). A la vista de estos resultados, se decide suspender la *Gentodexa* y se le receta *Nolotil* y ciclopéjico colirio cada 12 horas, citándose para revisión al día siguiente con el oftalmólogo.

La reclamante considera que debió hacerse algún tipo de cultivo para detectar una posible infección ocular, dados los síntomas que padecía (disminución de la visión, dolor intenso, enrojecimiento, hinchazón en los párpados, quemosis, pérdida de agudeza visual e imposibilidad de ver el fondo de ojo), a los que se une sus antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, que predispone al padecimiento de una endoftalmitis.

- Es vista en consulta al día siguiente por la Dra. (...) y ésta, aun observando la gravedad de la situación, con la dilatada y reconocida experiencia en oftalmología y

cirugía ocular que posee tampoco consideró oportuno realizar un cultivo bacteriológico, obviando todos los datos que tenía en su poder para empezar a dirigir el tratamiento hacia el padecimiento de la endoftalmitis u otra infección ocular.

- El día 8 de junio de 2011, acude a revisión y refiere más dolor, con los síntomas agravados y con abundante exudación conjuntival y la enviaron de nuevo para casa.

- En la revisión del día 13 de junio de 2011, volvió a ser atendida por los mismos doctores y se determinó que la cámara anterior estaba más estrecha, existía turbidez vítrea y se inician desprendimientos coroideos, cambiándose el antibiótico a *Tobradex*. En esta consulta además se le dijo que ya conocían la probabilidad de la existencia de una infección, pero que fueron probando con diferentes antibióticos, con la esperanza de que evolucionara favorablemente.

- El día 20 de junio, el cuadro empeora, se reinicia un desprendimiento de retina y se mantienen los desprendimientos coroideos, señalándose nueva cirugía para el 23 del mismo mes. En esta cirugía se procede a realizar todas las indicaciones prescritas para tratar una endoftalmitis (se realiza vitrectomía, se inyecta *Ceftozidina* y *Vancomicina*).

En el informe entregado a la paciente sobre la operación efectuada se explica que el cuadro evolucionó a una panoflalmia, si bien, alega, este informe nada tiene que ver con lo redactado en la historia clínica, en que consta que existió endoftalmitis. En esta operación se realiza el primer cultivo, transcurrido un mes desde la primera operación.

Indica la reclamante que en el momento de presentar la reclamación no tiene visión alguna en el ojo izquierdo, y considera que el daño producido ha sido consecuencia de una mala praxis en la atención sanitaria que se le prestó. Entiende que se produjo un retraso injustificado en el diagnóstico de la infección que padecía, al no haberse practicado oportunamente las pruebas pertinentes, teniendo en cuenta los síntomas que presentaba.

Solicita por los daños padecidos una indemnización de 35.270 euros.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños personales como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación ha sido presentada dentro del plazo que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo no puede considerarse extemporánea

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 2 de julio o de 2012 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constando en el expediente el informe de los Servicios de Urgencias y de Oftalmología del Hospital Universitario de Canarias (art. 10.1 RPAPRP). Se han incorporada asimismo al expediente copias de las historias clínicas de la reclamante obrantes en el citado Centro, así como en el correspondiente Centro de Atención Primaria. Se ha emitido también el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

A la reclamante se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), presentando alegaciones en el plazo concedido al efecto en las que reitera su solicitud indemnizatoria.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Viceconsejería de los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe:

- Con fecha 9 de mayo de 2011, la paciente acude a consulta de Oftalmología en la Clínica (...). Se aprecia ojo izquierdo con cicatriz retinocoroidea y retina desprendida. Ojo derecho normal. La agudeza visual (AV) en ojo derecho es de 6,6 y en ojo izquierdo de 0,5. Se remite para valoración a la Unidad de Retina del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- El 10 de mayo de 2011, acude al Servicio de Urgencias del HUC, donde es atendida por el Jefe de Servicio de Oftalmología, Dr. (...). A la exploración física, presenta AV con su corrección en ojo derecho de 0,6 y en ojo izquierdo de 0,2. Juicio diagnóstico: en ojo izquierdo cicatriz corioretiniana inferior delimitando desprendimiento de retina crónico inferior. En ojo derecho, retina sin lesiones susceptibles de tratamiento. Se recomienda cirugía para cerclaje + explante + vitrectomía.

- Con fecha 26 de mayo de 2011, se realiza cirugía de desprendimiento de retina en ojo izquierdo, vitrectomía y catarata. Cirugía extraescleral con colocación de cerclaje, explante, punción y drenaje de abundante líquido. Criopexia y cierre de la punción y conjuntiva. Recibe el alta sin complicaciones, y se cita para control el día 27 de mayo de 2011.

- Con fecha 30 de mayo de 2011, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HUC por molestias, edema parpebral y dolor desde hace tres días, que no mejora con el tratamiento pautado. A la exploración física, edema parpebral en ojo izquierdo. Lucidez temporal y edema conjuntival. Pupila midriática arreactiva.

En pruebas complementarias se aprecia en ojo derecho facoesclerosis y en izquierdo marcado edema parpebral. Se pauta tratamiento y control en el Servicio de Oftalmología al día siguiente.

- En revisión de 31 de mayo, no se aprecia desprendimiento de retina. Se pauta tratamiento adicional y revisión el 8 de junio de 2011.

- En esta nueva revisión, se observa progresión de su catarata y reducción de la cámara anterior. Tyndall de una cruz y turbidez vítrea. Se pauta nuevo tratamiento y se modifica el antibiótico.

- El 13 de junio, la revisión arroja como resultado: cámara anterior más estrecha. Catarata. Exudado abundante y turbidez vítrea. Se inician desprendimientos coroideos múltiples.

- El 20 de junio de 2011, el cuadro empeora en forma de severa, reacción inflamatoria con incremento de exudado conjuntival. Se reinicia un desprendimiento de retina y se mantienen los desprendimientos coroideos. Se modifica tratamiento. Ante la sospecha de infección del explante, se programa cirugía para revisión del mismo.

- Se realiza explante del cerclaje evidenciando escleromalacia temporal y nasal inferior y endoftalmitis coincidiendo con zona de desprendimiento coroideo. Se envían muestras para cultivo con fecha 23 de junio de 2011.

- El 24 de junio de 2011, se aprecia zona de endoftalmitis inferior. Se pauta medicación reforzada tópica.

- El 28 de junio, y según resultado de laboratorio, el cultivo del exudado conjuntival del ojo izquierdo, tomado el día 23 de junio de 2011, indica que la infección era secundaria a *Staphylococcus aureus*, y sensible a los antibióticos que está recibiendo.

- El día 30 de junio, sobre la muestra tomada el día 24 de junio, el resultado es vigilancia activa *Staphylococcus aureus meticilin resistente* (MRSA) negativo. En el postoperatorio inmediato se observa una evolución lenta hacia la mejoría, pero se mantiene abundante exudado conjuntival.

- El día 1 de julio, se toma nueva muestra de exudado conjuntival, siendo el resultado de crecimiento negativo para cultivo de hongos.

- El día 8 de julio, es dada de alta con visión de percepción de movimientos de manos, menor exudación conjuntival y menor inflamación parpebral. Persiste la turbidez vítrea, aunque en menor intensidad. Cultivo negativo.

- Se informa a la paciente que el cuadro presentado ha sido una panoftalmia tras la primera cirugía, y que dado el grado de agresividad del germen, que no ha respondido a una terapia antibiótica acreciente, el primer intento fue eliminar la infección orbitaria, procurar lograr una integridad del globo ocular y que su pronóstico es sombrío.

- A comienzos de agosto, el cuadro empieza a mejorar, concluyendo el caso con un daño irreversible a nivel retiniano manteniéndose la estructura del globo ocular y sin afectación de paredes óseas orbitarias.

2. La interesada en este procedimiento fundamenta su reclamación en el retraso diagnóstico de la endoftalmitis que sufrió tras la intervención quirúrgica de desprendimiento de retina. La reclamante entiende que no se practicaron en momento oportuno las pertinentes pruebas diagnósticas que hubieran permitido detectar de forma precoz la complicación padecida, lo que produjo la pérdida de visión de su ojo izquierdo.

En la Propuesta de Resolución culminatoria del procedimiento se considera, en cambio, que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue acorde a la *lex artis*, por lo que se propone la desestimación de la reclamación presentada por la interesada.

3. Lo actuado en el expediente no permite afirmar que se produjera el alegado retraso en el diagnóstico de la endoftalmitis ni que, en consecuencia, el daño finalmente padecido, consistente en la pérdida de visión del ojo izquierdo, fuera debido de la asistencia sanitaria. Los informes obrantes en el expediente permiten apreciar en este sentido que la paciente sufrió y se le diagnosticó inicialmente una infección externa que evolucionó de forma desfavorable, a pesar de los tratamientos que le fueron instaurados, hasta llegar a padecer la alegada endoftalmitis. A su vez, tras la detección de esta enfermedad, se adoptaron las medidas terapéuticas adecuadas.

Así, en cuanto a la técnica quirúrgica empleada, indica el Servicio de Inspección y Prestaciones que la intervención practicada a la paciente como consecuencia del padecimiento del desprendimiento de retina estaba indicada para esta patología.

Añade que la misma consistió en una cirugía extraescleral, que es una técnica que tiene una menor incidencia de endoftalmitis que la cirugía retinovátreo y se caracteriza por ser menos agresiva.

Asimismo, en el informe emitido por el Servicio de Oftalmología se hace constar que la paciente fue intervenida el 26 de mayo de 2011 y revisada 24 horas después, sin detectarse ningún signo de endoftalmitis, aunque sí existía inflamación y secreción, lo que se encuadra en el proceso postoperatorio.

Por otra parte, los informes obrantes en el expediente permiten asimismo considerar que las primeras manifestaciones clínicas de la reclamante con posterioridad a la intervención no eran compatibles con una endoftalmitis.

De estos informes, resulta que cuando la paciente acudió el 30 de mayo de 2011 al Servicio de Urgencias, así como al de Oftalmología al día siguiente, no se evidenciaron signos de infección interna sino externa. A la paciente se le prescribieron antibióticos en este momento, estando acreditado que el microorganismo detectado en el cultivo que posteriormente se llevó a cabo era sensible a los mismos.

En este sentido, el facultativo que observa a la paciente en el Servicio de Urgencias observa una marcada observación parpebral y conjuntival, sin retina aplicada y sin signos de infección interna, como hizo constar en el correspondiente informe. En este momento se sustituye el tratamiento tópico por colirio de *Icol* (*cloranfenicol*), producto que contiene un antibiótico de fácil penetración en tejidos e incluso en el interior del globo ocular.

En la valoración efectuada al día siguiente por el Servicio de Oftalmología por dos de sus facultativos se advierte la presencia de inflamación marcada, visualización de la retina reaplicada, pero ninguno de los profesionales tipifica el cuadro como endoftalmitis, ya que no se detectan signos de infección interna. Por ello, el cuadro que presenta inicialmente la paciente se cataloga como un cuadro neurálgico e inflamatorio, además de la infección externa, lo que se procura controlar modificando la terapia tópica.

Estos signos de infección interna tampoco se constatan en la posterior consulta del día 8 de junio de 2011. El 13 de junio se revisa nuevamente a la paciente y dado que existen abundantes secreciones, sin signos de endoftalmitis, se opta por modificar la terapia tópica.

En posterior consulta de 20 de junio, ante una evolución adversa, se comienza a sospechar que se está ante una inicial inflamación e infección externa que posteriormente contamina el explante y desde allí degrada la esclera, progresando a una endoftalmitis. Ante este agravamiento, se opta entonces por sustituir el tratamiento por quinolonas tópicas y sistémicas, de acuerdo con el protocolo de prevención de endoftalmitis y se opta por reintervenir tres días después (23 de junio) para revisar la zona del explante. En esta intervención se constata la degradación de la pared escleral por la acción de un explante contaminado, probablemente por la flora conjuntiva y parpebral. Por ello, según indica el Servicio de Oftalmología, se aplicó el protocolo contra esa infección, extrayendo muestra para cultivo e inyectando la cavidad vítrea con vancomicina y ceftazidina. El resultado de laboratorio fue la presencia de *Staphylococcus aureus* MRSA negativo, sensible a la *Gentamicina* y *Tobramicina*, que ya se estaban administrando.

Todo lo anteriormente expuesto nos permite sostener, tal como recoge la Propuesta de Resolución, que se pusieron a disposición de la paciente los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, de acuerdo con los síntomas que iba presentando en cada momento, para los que se fueron prescribiendo los tratamientos requeridos en cada ocasión. A este respecto indica el informe de Oftalmología que la mayoría de las infecciones externas proviene de la flora dérmica y palpebral, para lo cual la *Gentamicina*, el *Cloranfenicol* y la *Tobramicina* son antibióticos eficientes, a lo que añade que si se instaura una terapia frecuente de gotas, como ocurrió en este caso, se debe esperar un tiempo prudencial para obtener respuesta, y por ello la paciente fue vista en seis ocasiones entre el 27 de mayo y el 20 de junio de 2011.

La interesada centra su reclamación en la omisión de la realización de cultivos de exudados en estas consultas a las que acudió entre los días 30 de mayo y 23 de junio de 2011, provocando así un retraso en el diagnóstico de la endoftalmitis finalmente padecida.

A este respecto, se indica en el informe del Servicio de Oftalmología que para realizar cultivos con el objeto de detectar endoftalmitis las tomas de muestras deben ser intraoculares, y por ello, si no se detecta infección intraocular y sí se constata un inflamación/infección externa, como en este caso, no es procedente puncionar el globo, pues ello favorecería la introducción de gérmenes en el interior del globo.

En definitiva, la paciente fue tratada de acuerdo con la infección externa que padecía, sin que se evidenciaran síntomas de endoftalmitis hasta el 20 de junio de

2011, momento en que se aplicó el protocolo previsto para esta enfermedad, si bien la paciente evolucionó de forma desfavorable, con pérdida de visión.

Por último, alega la reclamante que la diabetes que padece es una causa predisponente para el padecimiento de endoftalmitis. A este respecto, informa el Servicio de Inspección y Prestaciones que la paciente en el momento de la cirugía de desprendimiento de retina figuraba como diabética en trato con dieta y no estaba recibiendo tratamiento con antidiabéticos orales ni con insulina, por lo que no puede considerarse tal enfermedad como agravante del proceso.

La paciente, por otra parte, fue debidamente informada de los riesgos propios de la intervención, constando en el expediente el documento de consentimiento informado en el que se incluye como posible complicación la infección grave (endoftalmitis).

En definitiva, en el presente caso procede concluir que la asistencia sanitaria que le fue prestada a la reclamante fue acorde a la *lex artis*, pues se utilizaron en su caso las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adecuados ante la patología inicialmente padecida, así como en orden a solventar la infección padecida, adecuando el tratamiento y la medicación pautaada a la evolución de la enfermedad, si bien ésta evolucionó de forma desfavorable, lo que en modo alguno implica una infracción de la *lex artis*. Asimismo, la paciente recibió la debida información sobre los riesgos de la intervención, que fueron pues conocidos y asumidos por ella en el momento en que manifestó su consentimiento, por lo que también, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse ajustada a la *lex artis*.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación se considera conforme a Derecho.