



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 306/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 12 de septiembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 280/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de esta.

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; así como la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

## II

1. El fundamento jurídico de la pretensión indemnizatoria descansa, en el escrito de reclamación formulado por los interesados, particularmente, sobre la base de las siguientes alegaciones. Expone el reclamante que:

«(...) fue intervenido en febrero de 2015 por el siguiente diagnóstico: "MEMBRANA EPIREETINIANA CON PSELWAGILIERO EN OJO IZQUIERDO, PARA VIRECTOMÍA".

Se acredita con el Informe Clínico que se acompaña. En un primer momento se le establece el siguiente tratamiento, reposos y varios colirios y pomadas, debiendo acudir a varias revisiones.

Segundo.— Tras realizarse la cirugía programada y tras varias revisiones el dicente comienza a tener dolores en el mismo ojo, acudiendo al servicio de urgencias en varias ocasiones por los fuertes dolores padecidos, recomendándose una segunda intervención quirúrgica por pérdida de visión no especificada, produciéndose dicha intervención en marzo de 2016 por cataratas en el mismo ojo izquierdo intervenido en el año 2015.

Se acompañan varios informes médicos del servicio de urgencias y de la operación practicada.

Tercero.— A partir de dicha intervención, con pérdida absoluta de la visión en ojo izquierdo, comienza a sufrir intensos dolores en el ojo derecho, empezando a perder la vista en el ojo derecho tal y como se acredita con los diferentes informes que se aportan.

Cuarto.— De la primera intervención deviene inexclusivamente como consecuencia la segunda intervención y de ambas la pérdida total de visión del ojo izquierdo del dicente.

En ningún momento el compareciente fue informado ni en la primera intervención ni en la segunda de las consecuencias fatales que esta padeciendo actualmente.

Quinto.— Resulta cuando menos curioso que una operación relativamente sencilla como la practicada al paciente haya podido provocar las consecuencias que finalmente han provocado, presentaba un problema pérdida de visión relativamente sencilla e inexistente, un punto en la vista pero que no le impedía ver con normalidad; situación esta que no tiene otra explicación que la negligente actuación del personal que le practicaron tanto en una como en otra intervención, la primera en el Hospital Doctor Negrín y la segunda en el Hospital Doctor

José Molina Orosa y, por tanto, pertenecientes al Servicio Canario de la Salud al que me dirijo.

Responsabilidad de los médicos que lo intervinieron, al no haber informado previamente al paciente de los riesgos de la operación a la que iba a someterse y una vez realizada dicha intervención no realizar un seguimiento y evolución de la misma en primer lugar que provocó la segunda intervención (...)».

2. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, de acuerdo con la documentación médica incorporada al expediente, particularmente del informe del SIP, son los siguientes:

- En junio de 2013 el paciente fue remitido desde el Centro de Salud Valterra a Consultas Externas del CAE, derivándolo a Consultas Externas de Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Lanzarote, para valorar posible agujero macular.

- El día 27 de enero de 2014, es atendido en Consultas Externas de Oftalmología del Hospital, presentando: Agudeza Visual (AV) sc OD igual a 0.7 OI igual a 0.2; FO OD dentro de la normalidad; OI alteración pigmentaria macular. No se aprecia agujero macular. Se solicita OCT macular.

- El día 4 de abril de 2014, presenta el paciente OCT macular OI, indica: Pseudoagujero macular; Membrana Epirretiniana. Se hace traslado al Hospital de referencia al Servicio de Retina del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN).

- Con fecha 26 de febrero de 2015, se le realiza intervención quirúrgica de Membrana Epirretiniana con pseudoagujero macular en ojo izquierdo, en el HUGCDN. Controles y evolución post-cirugía, en dicho hospital.

- En fecha 11 de junio de 2015, el paciente acude a consulta de Oftalmología del Hospital Dr. José Molina Orosa, procedente del Servicio de Urgencias por presentar dolor en OI y región temporal, apreciándose en la exploración: AV se OD igual a la unidad; OI 0.05; Tm: 15/15 mmHg; FO: OD normal; OI alteración pigmentaria macular. En OCT no se observa pseudoagujero.

- Tenía cita en el HUGCDN el 19 de junio de 2015, no asistió a la cita médica. Se le anotó nueva cita para el 27 de octubre de 2015.

- Con fecha 9 de diciembre de 2015, el paciente asiste al Hospital Dr. José Molina Orosa, presentando: AV de OD igual a 1 dif OI dd a 1m Tm: 15/15 mmHg OCT macular OI similar PA Catarata OI. Se pone en Lista de Espera Quirúrgica y se le advierte que

la agudeza visual post-cirugía es difícil de predecir por su patología macular. Consta que el paciente firmó el Documento de Consentimiento Informado (DCI), en el que se indica la pérdida de visión como una de las complicaciones posibles.

- El día 22 de marzo de 2016, es intervenido quirúrgicamente de catarata OI. Constan visitas post-operatorias.

- El 29 de junio de 2016, se le realiza nueva revisión. Comenta que no ha mejorado su agudeza visual. Se le explica que es difícil mejorar su agudeza visual.

- El día 5 de septiembre de 2016, presenta AV y Tm similar. Se vuelve a enviar al HUGCDN para nueva valoración debido al empeoramiento macular.

- El 9 de noviembre de 2016, ha sido asistido en el Servicio de Oftalmología del HUGCDN y continúa en revisión.

- Con fecha 11 de abril de 2017, fue la última revisión del paciente en Oftalmología del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, presentando: AV de OD igual a 0.9; OI percibe luz Tm 16/16 mmHg.

- El 3 de abril de 2017, el paciente es atendido en Neurología, determinándose potenciales Evocados Visuales (PEV) de resultado normal (6 de abril de 2017). RMN craneal sin contraste de resultado normal (10 de febrero de 2017), aunque se aprecia sinusopatía. Por lo que se solicitó interconsulta a ORL. OCTM OD normal. Continúa en revisiones.

### III

1. En cuanto a la tramitación procedimental el procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 3 de abril de 2017.

El día 8 de mayo de 2017 el reclamante presenta escrito de subsanación y mejora previamente requerido por el SCS.

El día 22 de mayo de 2017, se dictó Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

Obra en el expediente el informe del SIP, de fecha 8 de noviembre de 2018, así como la historia clínica del paciente e informes preceptivos del servicio presuntamente causante del daño, entre otros documentos médicos.

También se acordó la apertura del periodo probatorio, admitiéndose las pruebas propuestas por el interesado. Asimismo, se otorgó el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente. Por lo que el afectado presentó escrito de alegaciones solicitando del SCS la aportación de documentos médicos al expediente relativos a la asistencia médico quirúrgica recibida por el paciente, cumplimentándose efectivamente tal solicitud.

2. Finalmente, el 11 de julio de 2019 se emitió la Propuesta de Resolución, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico. Por tanto, aún vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

3. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LPACAP).

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. En concreto, el afectado alega la deficiente asistencia sanitaria recibida del SCS, que califica de negligente, al haber sido intervenido en dos ocasiones del ojo izquierdo sin haber sido informado de los riesgos de la operación a la que iba a someterse y no programándose el debido seguimiento y evolución de los resultados derivados de la asistencia médica indicada, razón por la que considera que tuvo que ser reintervenido. Todo ello le causó supuestamente un daño que consistió en la pérdida de visión sufrida en el ojo izquierdo y la posible pérdida de visión en el ojo derecho.

3. En primer lugar, debemos considerar, en relación con la enfermedad del paciente, según el SIP, que la retina es una fina capa que cubre la parte interna de la pared posterior del ojo, en la que se enfocan las imágenes que se envían posteriormente al cerebro. En el centro de la retina se encuentra la mácula, la parte responsable de la visión central, la visión que utilizamos al leer, mirar la televisión o reconocer caras.

La Membrana Epirretiniana es la contracción del tejido en la superficie de la retina que provoca su arruga, con la consiguiente pérdida y distorsión de la visión. En

muchos casos es preciso eliminarla con microcirugía para evitar la pérdida irreversible de visión.

El crecimiento de dicha membrana sobre el área macular puede producirse en ojos sanos y estar relacionado con el desprendimiento del vítreo (sustancia gelatinosa que llena el interior del ojo) de la retina. Las membranas pueden formarse también después de cualquier fenómeno que produce inflamación ocular, como cirugías o enfermedades inflamatorias e infecciosas intraoculares, pacientes que han presentado patología de los vasos de la retina.

Los pacientes que han presentado Membrana Epirretiniana macular tienen, aproximadamente, un 20 % más de riesgo de padecerla en su otro ojo.

Los síntomas relacionados con la Membrana Epirretiniana macular suelen iniciarse gradualmente. Si la membrana se contrae, puede llegar a distorsionar la visión o puede aparecer una niebla en el centro de la visión. Con el tiempo la distorsión empeora y puede provocar dificultad en la lectura o acabar siendo muy difícil realizar cualquier tarea con el ojo afectado.

(...) En los pacientes en que la membrana sigue evolucionando, se puede llegar a producir una distorsión o pérdida de visión significativa. En estos casos el tratamiento se realiza mediante Vitrectomía posterior de pequeña incisión, que consiste en extraer el humor vítreo y disecar la membrana que produce la tracción, de modo que se libera la retina subyacente y se permite su relajación y su correcto funcionamiento. La cirugía se realiza con anestesia local, de manera que el paciente puede volver a su domicilio después de la cirugía.

En los meses posteriores a la cirugía la visión mejorará gradualmente en el 80 % de los pacientes. Sin embargo, en los casos en que la membrana provoque una gran tracción y deformidad del tejido retiniano, la recuperación visual puede quedar limitada.

Si el paciente no está operado de catarata, puede desarrollarla en el ojo operado. Constatamos es lo que le sucedió al paciente del caso analizado. (...)

En segundo lugar, el SIP expone en su informe que los factores que pueden acelerar la formación de cataratas son: Diabetes; Inflamación del ojo; Lesión en el ojo; Antecedentes familiares de cataratas; Uso prolongado de corticosteroides (tomados por vía oral) o algunas otras medicinas; Exposición a la radiación, Tabaquismo; Cirugía por otro problema ocular; Demasiada exposición a la luz ultravioleta (luz solar). En muchos casos, la causa de la catarata se desconoce.

4. En el caso que nos ocupa, a la vista de lo informado por el Servicio de Inspección y Prestaciones y de la documentación clínica e informes obrantes en el expediente administrativo, cabe manifestar que el reclamante presentaba problemas de visión desde el año 2010. Fue debidamente diagnosticado de agujero macular en el ojo izquierdo (OI), remitido por ello al Servicio de Oftalmología del HUGCDN. Se le practicó examen médico siendo diagnosticado de membrana epirretiniana macular y agujero macular lamelar en ojo izquierdo. Ante este diagnóstico, se le indicó al reclamante cirugía vítrea como única opción terapéutica posible, siendo incluido en lista de espera y, tras la firma de consentimiento informado, fue intervenido el 26 de febrero de 2015, realizándosele vitrectomía por tres vías 23G. Sin que conste en la documentación obrante en el expediente ninguna anomalía o complicación durante la cirugía y, siendo la evolución postoperatoria normal, recibió el alta hospitalaria, el 27 de febrero de 2015, para continuar controles por la sección de retina - vítreo en CCEE del HUGCDN.

En el citado consentimiento, se informaba de que se trataba de una intervención larga y complicada y que las enfermedades que requieren el tratamiento finalmente aplicado son muy graves. Por ello, los fracasos son más frecuentes que con otras técnicas de cirugía ocular y, como complicaciones, puede producirse dolor en el postoperatorio leve o intenso, inflamación intensa del ojo y la pérdida total de la visión, en algunos casos.

5. Por otra parte, del historial clínico del reclamante se desprende que, tras la intervención, sí tuvo un correcto seguimiento y control de su patología, y que el 19 de junio de 2015 no asistió a la CCEE de Oftalmología en el HUGCDN.

6. En relación con la catarata, a la vista del resultado de las exploraciones oftalmológicas antes y después de la vitrectomía, los facultativos nos informan que la catarata no puede atribuirse al acto quirúrgico inicial. Concretamente, en octubre de 2015, la agudeza visual (AV) había descendido en el OI y, en la exploración se objetivó una catarata nuclear densa que justifica la disminución de la AV. El agujero macular lamelar había sido resuelto (por lo que la cirugía fue satisfactoria), existiendo una leve alteración del epitelio pigmentario retiniano en polo posterior.

Tras la firma del DCI y haber sido advertido el paciente de que la agudeza visual postcirugía es difícil de predecir por su patología macular, en marzo de 2016, fue intervenido de catarata OI. Asimismo, fue valorado de la patología del OI por la Unidad de Neurooftalmología. Se le pautó medicación y se recomendó potenciales

evocados visuales para descartar afectación de vía visual retrobulbar en ambos ojos (*a priori* preocupa más el derecho, en que no se ha detectado ninguna patología oftalmológica). Asimismo, se recomienda prueba de imagen craneal.

7. En cuanto a la alegación referida al padecimiento del OD, en el historial clínico se observa que con fecha de 24 de enero de 2017 se anota por su médico de familia en su historia de primaria lo siguiente: informe de óptica. Medios transparentes burbuja en cristalino ojo derecho pero no afecta a visión. Necesita gafas de cerca. En consecuencia, tampoco ha sido probada la alegación referida al padecimiento del OD como consecuencia de las intervenciones anteriores.

8. En atención a la alegación principal sobre la pérdida de visión en el OI, concretamente, el informe del Jefe de Servicio de Oftalmología del HUGCDN, confirma que son muchas las complicaciones que pueden surgir durante la cirugía o en el periodo post-operatorio, y en concreto la formación de una catarata. Es una complicación frecuente y de menor gravedad después de la cirugía vitreo-retiniana. Esta catarata aparece de forma progresiva en los 6-12 meses posteriores a la cirugía, y su causa, aparte de factores mecánicos como el contacto del cristalino con los distintos substitutos vítreos (aire, aceite de silicona o gases), son el stress oxidativo y los cambios metabólicos a los que se ve sometido el cristalino de los ojos vitrectomizados.

9. Este Consejo Consultivo de forma reiterada y constante ha mantenido, acerca de la distribución de la carga de la prueba, que conforme a lo dispuesto en el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante (aquí reclamante) la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos alegados (por todos, DCCC 567/2018), siendo esta doctrina plenamente aplicable al asunto que nos ocupa.

Así, pues, de entrada, sin la prueba de los extremos de hecho alegados por el interesado no cabe establecer que existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Y sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

Esto sentado, resulta que el reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión; mientras que, en cambio, del examen de la historia clínica y los informes de los Servicios que han atendido a la paciente, así como de los informes del SIP, se concluye la ausencia de vulneración de la *lex artis ad hoc*.

En efecto, de la documentación anteriormente referida se ha llegado a la conclusión médica, en relación a la enfermedad padecida por el paciente, de que la cirugía practicada mediante técnica de vitrectomía no sólo fue la correcta sino que además era necesaria, siendo debidamente informada y aceptada por el paciente mediante su firma en el DCI oportuno. Asimismo, en controles posteriores se constata que el agujero macular había desaparecido, por lo que la intervención quirúrgica fue satisfactoria. Todo ello probaría que los facultativos que asistieron al paciente actuaron correctamente en la elaboración de un diagnóstico, indicando un tratamiento quirúrgico -Vitrectomía- adecuado e intervención de la Catarata oportunamente. También los controles y seguimientos efectuados sobre la salud visual del paciente así como las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas fueron conformes a la *lex artis ad hoc*. Por lo demás, la información fue debidamente puesta en conocimiento del afectado, que la aceptó, de acuerdo igualmente con los documentos obrantes en el expediente.

Consideramos, en suma, que el reclamante no ha probado la responsabilidad de la Administración Sanitaria que alega. Antes bien, se han puesto a disposición del paciente todos los medios precisos para el diagnóstico y tratamiento de su afección visual ajustándose a la buena práctica médica, se siguieron las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada fuese inadecuada a la *lex artis ad hoc*. Por lo que la reclamación presentada debe desestimarse.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.