Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 724/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 21 de noviembre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 22 de noviembre de 2024), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado (*«en cualquier caso la indemnización solicitada superará los 150.000 euros (...) »* -folio 713-) determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitir dictamen con carácter preceptivo y de la Sra. Consejera de Sanidad 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 adelante LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante LPACAP-.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen y aunque no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, fue delegada en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por 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 16.1 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, y según consta en el expediente administrativo, el interesado actúa mediante representante -abogado-, cuyo poder consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

5.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], circunstancia ésta que no se niega por la Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21 y 24 LPACAP).

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en lo sucesivo, HUC-.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos -folios 32 y ss.-:

«PRIMERO. Tras una patología en la visión que ha venido prolongándose años y tras valorar posibles enfermedades, opciones y tratamientos, mi representado ha precisado de un trasplante de córnea en ambos ojos, siendo operado del ojo izquierdo en 2017 y del derecho el pasado 2020. Mientras que la operación del ojo izquierdo ha sido todo un éxito, los

problemas surgidos durante el desarrollo e intervención del ojo derecho es el objeto de esta reclamación.

SEGUNDO. En 2020 se realizó la mencionada operación, produciéndose un rechazo de la primera córnea trasplantada y realizándose una segunda intervención que, en principio, mejoraba favorablemente. Sin embargo, a fecha del 14 de julio de 2021, (…) acude al Hospital Universitario de Canarias para que se le retiren los puntos. Este procedimiento transcurre con aparente normalidad hasta que, dos días después y en fecha de 16 de julio de 2021 y en lo que se suponía iba a ser una revisión rutinaria en su Centro de Salud, el sanitario descubre que no se ha retirado la totalidad de puntos, procediendo en ese mismo instante a retirar los que quedaban sin remitirlo al centro de origen ni realizar consulta al especialista que realizó la intervención.

TERCERO. A fecha de 17 de julio del citado año, (...) acude a urgencias del Hospital al presentar visión borrosa y dolor en el ojo derecho, sin embargo, pese a la gravedad de la situación y a los antecedentes de operación reciente, y el problema surgido con la retirada de los puntos, le indican que vuelva a su domicilio y acuda al Hospital el lunes siguiente.

Siguiendo expresas instrucciones de los facultativos, el lunes 19 de julio, tal y como le habían indicado, (...) acude al Hospital, donde se le diagnostica Endoftalmitis y una infección por Staphylococcus epidermidis, precisando de inyección intravítrea de antibióticos y se le ingresa durante un periodo total de 11 días. Tal y como indica el informe que se aporta, la Endoftalmitis es poco frecuente. Se produce por microorganismos que hayan entrado en el ojo a través de una incisión quirúrgica, según refiere el lesionado acudió al CS de Icod de los Vinos donde le quitaron un punto que se habían dejado el día que le retiraron los puntos en el HUC, por lo que aquí puede venir la causa de la infección y el desprendimiento de la retina. Se destaca también que, un retraso de incluso unas pocas horas puede producir una pérdida de visión irreversible en casos extremos.

CUARTO. El 11 de agosto de 2021, casi un mes después de su ingreso por la Endoftalmitis, se detecta mediante ecografía un desprendimiento de retina y un desprendimiento coroideo. La córnea trasplantada, por todo el proceso sufrido, presenta una descompensación severa. Es en este momento donde se le comunica a mi mandante que necesita un nuevo trasplante, planteándose cirugía combinada de trasplante de córnea y para el desprendimiento de retina asociada.

QUINTO. Conseguida la córnea donante y con el quirófano preparado el 17/08/2021 la prueba preoperatoria de PCR de Covid realizada al paciente es positiva, se comenta con el servicio de anestesia, que plantea las dificultades y su posición respecto a realizar la intervención necesaria bajo la anestesia general, por lo que el protocolo indica el deber de esperar, sin embargo, aunque se indica que la operación debe ser realizada lo antes posible a riesgo de que pueda perder completa e irremediablemente la visión en el ojo derecho, la operación nunca recibe la condición de urgente que permitiría operar a (...) con SARS-CoV-2

(Coronavirus), ya que el paciente presenta una descompensación corneal, con desprendimiento con proliferación vítreo retiniana grado D2 y una visión de aparente amaurosis, por lo que la recuperación funcional es nula».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, el reclamante solicita el resarcimiento de las lesiones y los daños morales que le han sido irrogados.

Si bien en la reclamación inicial no se concreta la cuantía indemnizatoria interesada, obra en las actuaciones -folio 713- escrito presentado por el representante del perjudicado en el que se manifiesta que, *«* (...) *en todo caso superará la cuantía de 150.000 euros.»*.

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 12 de julio de 2022, (...), actuando en nombre y representación de (...), promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al paciente en el HUC y que derivó, finalmente, en la pérdida de visión del ojo derecho.

El escrito de reclamación se acompaña de informe médico pericial suscrito por (...) -Licenciado en Medicina y Cirugía- con fecha 5 de julio de 2022.

2.2. Con fecha 13 de julio de 2022 el órgano instructor formula requerimiento al interesado para que subsane y mejore la reclamación interpuesta, trámite que es debidamente cumplimentado por el representante del interesado con fecha 25 de julio de 2022, a través de la aportación de la documentación requerida.

2.3. Con fecha 25 de julio de 2022 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el (...), acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretándose -por el órgano instructor- la realización de cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente, entre las cuales

habría de estar la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento hubiera podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

2.4. Con fecha 11 de julio de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP- informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente -folios 78 y ss.-.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el HUC y en Atención Primaria.

- Informe del Servicio de Oftalmología del HUC, de 16 de septiembre de 2022 -folios 93 y 94-.

2.5. Con fecha 10 de septiembre de 2024 se procede, simultáneamente, a la apertura del periodo probatorio y del trámite de audiencia, otorgando al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes. Y, en el mismo momento y juntamente con la comunicación, tal como se acuerda en esta se facilita *al interesado una relación de los documentos obrantes en el procedimiento a fin de que pueda obtener copia de los que estime[n] convenientes*.

Así conta al folio 700, en que figura la referida relación, que incluye el informe del SIP y los de los distintos servicios hospitalarios y especializados intervinientes en la prestación de asistencia sanitaria al reclamante, así como lo de los servicios de atención primaria que le habían prestado atención y asistencia, que constan según la relación en los folios 77 a 694.

2.6. Con fecha 2 de octubre de 2024 el representante del interesado formula escrito de alegaciones en el que manifiesta lo siguiente:

« (...) Queda acreditada y verificada la NEGLIGENCIA MÉDICA ya que esperaron casi un mes desde el 17/07/2021 que empezó el lesionado con dolor y visión borroso en el ojo derecho llegando a un desprendimiento de retina del ojo derecho hasta el 17/08/2021 donde realizan pruebas de preanestesias y le da positivo en Covid-19, se pospone la operación, se produce una descompensación corneal, y desde el punto de vista clínico las posibilidades de recuperación funcional son prácticamente nulas y el paciente se queda sin visión en dicho ojo. (...) Debiendo indemnizar a (...) por las lesiones sufridas, así como por los daños morales y la pérdida de calidad de vida».

2.7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así anteriormente en el propio expediente administrativo), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, por aplicación del art. 20, letra j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, en su redacción actual.

2.8. Con fecha 20 de noviembre de 2024 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, que propone la desestimación la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...), al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial»*.

2.9. Mediante oficio de 21 de noviembre de 2024 [con registro de entrada al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución considera que procede desestimar la reclamación efectuada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones previas o iniciales.

2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio, en el que se recuerda, en primer lugar, la consolidada jurisprudencia sobre la carga de la prueba y su distribución entre el reclamante y la administración:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido 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 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 no 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 a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 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 intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para 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)».

Estos razonamientos jurisprudenciales han conducido al Consejo a fijar su propia doctrina, ajustada a ellos, en estos términos que cabe reproducir aquí, repetidos, transcritos, citados o evocados en numerosos dictámenes:

« (...) 2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y 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. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)». DCC citado, 272/2019, de 11 de julio.

Finalmente, y como también ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo (vid. Dictamen 682/2024, de 25 de noviembre, « *(...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se concluye que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada y contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. Por ello, no es posible declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

Para alcanzar tal conclusión, es obligado partir de la relación de hechos descrita en el informe del SIP -folios 78 y ss.-, que se transcribe parcialmente a continuación, haciendo notar que los subrayados y la letra negrita no figuran en ellos mismos, o mejor dicho no figuran siempre, pues en algunos casos sí son coincidentes.

4. En lo esencial, la relación de las patologías sufridas por el reclamante y de la asistencia, atenciones, diagnósticos y tratamientos que se le han dispensado, según se describe por el Servicio de Inspección con referencia a los documentos clínicos y de otro tipo que obran en el expediente y que fueron examinados para la emisión de aquel informe es la siguiente:

« (...) (...), nacido en el año 1980, con 40 años para el momento de los hechos, de profesión conductor de grúa y con los siguientes antecedentes personales:

- Osteitis pierna izquierda en 2007.

- Blefaroconjuntivitis en 2009.

- Cirugía de fimosis en 2010.

- Fractura de tibia y peroné en 2013.

- Distrofia Corneal de Ojo izquierdo por Querato-conjuntivitis adenovírica en 2016.

- Obesidad en 2016.

- Queratoplastia de ojo izquierdo en 2016.

- Hipertensión Arterial en 2016.

- Queratoplastia Penetrante en Ojo Izq. (trasplante de córnea) en 2016.

- Hernia Discal lumbar en 2017.

- Queratoplastia Penetrante en ojo derecho (trasplante de córnea) en 2018.

- Rechazo de Injerto Corneal de ojo derecho en 2019.

- Endoftalmitis Ojo Derecho en 2019.

- Amaurosis Ojo Derecho en 2020.

1. En el año 2016 y tras padecer una querato-conjuntivitis adenovírica (infección ocular) con distrofia corneal izquierda, el Servicio de Oftalmología del CHUC realiza un trasplante de córnea del ojo izquierdo con evolución favorable y agudeza visual mejor corregida de 0.4.

2. El día 3 de mayo de 2018 (...) es ingresado a cargo del Servicio de Oftalmología del CHUC para la realización de trasplante de córnea en ojo derecho.

3. El día 4 de mayo de 2018 se llevó a cabo una Queratoplastia Penetrante de ojo derecho, previa valoración pre-anestésica, bajo régimen de anestesia general y habiendo suscrito el consentimiento informado del procedimiento.

Tras la cirugía se indicaron colirios con antibióticos, ciclopléjicos, corticoides, antiinflamatorios con corticoides sistémicos y con el compromiso de revaloración el día 17 de mayo del mismo año.

4. Para el día 5 de mayo de 2018 el paciente se mantuvo estable con las constantes dentro de límites normales y presentando buena evolución clínica por lo que se le indicó el alta médica con el compromiso de seguimiento por consultas externas.

5. El día 17 de mayo de 2018 acude a revisión por Consultas Externas de Oftalmología en donde se realiza examen oftalmológico con todos los parámetros en franca mejoría por lo que se indicó pauta descendente de corticoides orales y revisión en 2 meses.

6. El día 23 de agosto de 2018 acude a revisión por Consultas Externas de Oftalmología en donde se realizó examen oftalmológico en donde se retiró un punto de sutura del ojo izquierdo y se dio cita para la revisión en 3 meses.

7. El día 28 noviembre de 2018 acude a revisión por Consultas Externas de Oftalmología en donde se realiza examen oftalmológico, se retiró la sutura del ojo izquierdo en el quirofanillo, indicándose Maxidex en colirio (antibiótico tópico) y revisión en 4 meses.

8. El día 28 de marzo de 2019 acude a revisión por Consultas Externas de Oftalmología en donde se realizó examen oftalmológico y se evidenció la sutura in-situ y se dio cita para retirada definitiva de la misma en ojo derecho para dentro de 3 meses.

9. El día 1 de julio de 2019 (...) acude al Servicio de Urgencias del CHUC refiriendo visión borrosa del ojo derecho. Teniendo en cuenta el antecedente de que se le habría practicado una queratoplastia en mayo de 2018 se solicitó valoración por el Servicio de Oftalmología quienes tras un examen físico sistemático tendrían la impresión diagnóstica de rechazo endotelial tras queratoplastia.

Por lo que se solicitó analítica completa y se pautaron fármacos tipo metilprednisolona 500mg endovenosa en Urgencias más Colirio pred-forte, Pomada con dexametasona por la noche y la recomendación de revisión por Consultas Externas de Oftalmología.

10. El día 31 de octubre de 2019 es ingresado por el Servicio de Oftalmología del CHUC con el objetivo de practicar de forma programada un trasplante de córnea por Fracaso de Queratoplastia Previa en el mismo Ojo.

Se realiza Queratoplastia penetrante, previa valoración pre-anestésica, bajo régimen de anestesia retrobulbar y habiendo suscrito el consentimiento informado del procedimiento para que se realice una fijación de anillo de fieringa, posteriormente una trepanación de botón donante y de botón receptor, y luego se realizó sutura con Nylon e inyección de Cefuroxima (antibiótico) de forma profiláctica.

De cara al alta se indicaría al paciente seguir con tratamiento médico en casa con colirio con corticoides y antibióticos, así mismo se prescribieron corticoides sistémicos para evitar el rechazo.

11. Finalmente se indicó el alta médica el día 2 de noviembre de 2019 con la recomendación de acudir a consultas externas de seguimiento el día 6 de noviembre de 2019.

12. El día 20 de diciembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias del CHUC en donde se le diagnosticaría con Herpes Zóster indicándole tratamiento vía oral y se le dio el alta el mismo día.

13. El día 12 de noviembre de 2020 el paciente acudió al Servicio de Urgencias del CHUC refiriendo que presentaba visión borrosa en el ojo derecho en el contexto de trasplante de

córnea con menos de un año de evolución, al examen físico presentaba ligero eritema conjuntival por lo que se solicitó valoración a cargo del Servicio de Oftalmología quienes mencionarían que el paciente tendría un rechazo endotelial inferior.

Se indicó en este contexto Colirio Ciclopléjico 3 veces al día con Colrio Pred-Forte(corticoides) cada hora dos días, luego cada dos horas la primera semana y seguir cada 3 horas la segunda semana hasta la revisión.

14. El día 7 de julio de 2021 se le realiza al paciente en el CHUC una inyección de lucentis subconjuntival con retirada de algún punto suelto usando yodopovidona, sin incidencias.

15. El día 14 de julio de 2021 acude a su revisión de los 3 meses por consulta del Servicio de Oftalmología refiriendo que habría empezado a sentir algún dolor por lo que tras evidenciar que el ojo izquierdo [rectius derecho, habrá que entender] no mejoraba, pauto antibioticoterapia tópica y valoración en 48 horas. Este mismo día se retiraron puntos de sutura de Nylon a cargo por el Servicio de Oftalmolgía del CHUC.

16. El día 15 de julio de 2021 acude nuevamente a valoración refiriendo que habría tenido dolor ocular y visión borrosa por lo que se mantuvo la terapia tópica con antibióticos y se le indicó volver en 2 semanas.

17. El día 17 de julio de 2021 el paciente acude al Servicio de Urgencias del CHUC por presentar dolor y alteración visual con eritema en ojo derecho. En esta oportunidad se realizó examen físico oftalmológico estructurado en donde se concluiría que el paciente pudiera estar cursando con un rechazo endotelial de la queratoplastia.

Por lo que se indicó al paciente que volviera a Urgencias con la finalidad de administrar un pulso de corticoide sistémico, a razón de 500 mg vía endovenosa, con antibióticos tópicos, lagrimas artificiales y terapia agresiva de corticoide, con control estrecho y por la consulta externa de Oftalmología.

18. El día 19 de julio de 2021 (…) acude al Servicio de Urgencias del CHUC por presentar visión borrosa, enrojecimiento y dolor ocular desde hace 3 días con empeoramiento progresivo. En ese momento se protocolizó anamnesis y examen físico, realizando interconsulta urgente con el Servicio de Oftalmología quien se hiciese cargo del caso médico de forma inmediata.

Presentaba a su ingreso velamiento corneal, con edema y microbulla subepitelial, intuyéndose catarata e hipopión inferior de 2 mm (colección de linfocitos sugestivo de infección). Con infiltración vítrea (signos de infección aguda) por lo que se diagnostica una Endoftalmitis de ojo derecho secundaria a queratitis infecciosa en paciente con queratoplastia previa.

También se realizó ecografía de ojo derecho en donde se confirmó el diagnóstico de sospecha.

19. El mismo día 19 de julio de 2021, estando a cargo del Servicio de Urgencias, se realizó valoración pre-anestésica, bajo anestesia retrobulbar, firma de consentimiento para anestesia y previa firma de consentimiento informado para la realización de una vitrectomía para tomar una muestra para realizar antibiograma por el diagnóstico de endoftalmítis. Consta además que durante este ingreso recibió antibioticoterapia de amplio espectro con fármacos como la Vancomicina y la Ceftazidima vía endovenosa en combinación con sus versiones en forma tópica.

20. El día 20 de julio de 2021 es valorado por el Servicio de Oftalmología quienes refieren que el hipopión estaría casi resuelto y el infiltrado de leucocitos habría disminuido. Por lo que se mantuvo el tratamiento con antibioticoterapia vía endovenosa en combinación con colirios reforzados con antibióticos.

21. Para el día 23 de julio de 2021 el hipopopión [rectius, hipopión, debería entenderse] se habría resuelto, pero persistiría la turbieza en la cámara anterior con un fondo de ojo en donde se percibía fulgor por lo que no se distinguían las estructuras. Se suspendieron los antibióticos vía endovenosa y se agregó Actira 400 mg vía oral cada 24 horas, (Moxifloxacino) con colirios reforzados.

22. El día 26 de julio de 2021 se emiten los resultados del cultivo con el antibiograma en donde se aisló a Staphylococcus epidermidis que resultó ser sensible a Vancomicina y a Quinolonas, por lo que se mantuvo el Actira en combinación con los colirios reforzados.

23. El día 27 de julio de 2021 presentaba mejoría clínica con disminución de la fotofobia.

24. El día 29 de julio de 2021 es dado de alta médica ante evolución clínica favorable con recomendación de control ambulatorio en consultas del Servicio de Oftalmología del CHUC. También se prescribieron antibióticos de amplio espectro reforzados (Vancomicina y Ceftazidima) de uso tópico.

25. El día 2 de agosto de 2021 el paciente acude a consulta de control en donde refiere que habría estado cumpliendo con el tratamiento, se le practicó examen físico oftalmológico en donde se visualizó leve hiperemia periquerática, también se realizaron fondo de ojo y ecografía ocular en donde se visualizaban algunos cambios patológicos.

Se hizo rotación de la terapia antibiótica porque le sentaba mal el que anteriormente estaba tomando, en este caso se indicó Levofloxacino en combinación con colirios reforzados.

26. El día 4 de agosto de 2021 el paciente acudió nuevamente a revisión en donde se practicó examen físico, fondo de ojo y ecografía ocular. Debería volver en una semana.

27. El día 11 de agosto de 2021 (...) acude nuevamente a revisión por el Servicio de Oftalmología en donde se realiza examen físico impresionando: córnea descompensada, hiperemia mixta y catarata avanzada.

Se realizó también una ecografía ocular en la cual se visualizaba desprendimiento de coroides asociado a desprendimiento de retina, probablemente debido a la endoftalmitis.

28. Durante esta visita se le explicó al paciente la mala situación del globo ocular y el mal pronóstico visual del mismo, también se planteó cirugía combinada: Trasplante cornea con cirugía de desprendimiento de retina asociada y se emitió la alerta de trasplante.

29. El día 17 de agosto de 2021 a la espera de entrar en Sala de Operaciones y siguiendo el protocolo establecido en el contexto de pandemia mundial SARS- COV-2, se solicitó su determinación mediante PCR la cual resultó positiva.

Por lo que el Servicio de Anestesiología se vio impedido para realizar la cirugía refiriendo que, si no es una urgencia vital, no se debería operar, porque supone un riesgo importante de contaminación.

Dado el mal pronóstico visual de partida, con las dificultades sobreañadidas y la positividad de la PCR, se decide postergar la cirugía explicando que las posibilidades de recuperación disminuyen, por lo que se explicó al paciente la situación la cual, él aceptó.

Una vez superada la infección, el ojo derecho presentó una descompensación corneal severa con desprendimiento de retina con proliferación vítreo-retiniana grado D2 y amaurosis.

30. El día 18 de julio de 2022 acude a control de Incapacidad Temporal por su Centro de Salud en donde se le indica que su proceso ya habría pasado al Instituto Nacional de La Seguridad Social para reconocer su invalidez.

31. El día 9 de agosto de 2022 el paciente acudiría a Tribunal Médico para valoración de trasplante de córnea en ambos ojos, en el ojo derecho se produjo una endoftalmitis que generó desprendimiento de retina total, con pérdida de visión total.

Por lo que se recomendó seguir con el tratamiento, determinándose que el paciente no puede volver a desempeñar su trabajo habitual debido a la baja visión que presenta».

5. Partiendo de la secuencia cronológica de los hechos descrita en las anteriores transcripciones, así como de su contraste con el contenido de los escritos del reclamante y los argumentos esgrimidos en ellos, y una vez examinados los diversos informes que obran en el expediente remitido, es obligado concluir que no concurre vulneración de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria dispensada al paciente.

En este sentido, el informe evacuado por el SIP con fecha 11 de julio de 2024, da respuesta detallada a cada una de las diferentes cuestiones planteadas por el perjudicado, y evidencia y justifica la corrección del proceder médico en los siguientes términos -folios 86 y ss.-:

«1. Del despliegue de medios y recursos para el abordaje de la patología de paciente buscando la curación o máxima mejoría alcanzable:

Desde el año 2016 el Servicio de Oftalmología del CHUC viene haciéndose cargo de la salud ocular del paciente y tras una patología en la visión crónica que había venido prolongándose durante años por lo que (...) precisaría un trasplante de córnea bilateral.

Llevándose a cabo el primero el día 7 de octubre de 2016, el cual se realizó mediante queratoplastia penetrante de ojo izquierdo, con excelente recuperación, sin complicaciones ni incidencias.

Posteriormente se realizó una primera cirugía ocular de ojo derecho el 4 de mayo de 2018 bajo el mismo protocolo cursando con rechazo corneal por lo que se re-intervino el día 31 de octubre de 2019, para un total de 3 cirugías, lo que denota el esfuerzo del todo el equipo médico.

Luego el paciente presentaría varias complicaciones inherentes al propio procedimiento.

Durante este momento se precisó que se pusiera disposición del paciente de todos los medios profesionales y físicos disponibles, generando múltiples consultas de seguimiento con el Servicio de Oftalmología, abordajes de protocolos por el Servicio de Urgencias del CHUC, examen físico oftalmológico, pruebas de imágenes, pruebas microbiológicas, con el fin de dar con el diagnóstico y así mismo el arsenal terapéutico de la ciencia moderna como la propia queratoplastia, las inyecciones intraoculares o los antibióticos de amplio espectro vía endovenosa con la finalidad de evitar el rechazo al implante, curar la infección y mejorar la visión del paciente.

2. La Endoftalmitis como complicación frecuente y grave que suponen un riesgo probable que se recogen el consentimiento informado suscrito por el paciente:

Existe un documento firmado con el número de episodio N.º 786371, para el paciente N.º 1990007623 y N.º de área 3810112606394040 para la Realización Queratoplastia que expone directamente que:

"Como toda cirugía, la queratoplastia no está exenta de complicaciones. Las más graves son la hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares, que ocurren en menos del 0,4% de los casos, y que pueden llevar a la pérdida de la visión o del ojo de forma inmediata, en días, semanas o meses.

Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, hemorragias intraoculares, dehiscencia de suturas, edema macular, catarata, luxación del cristalino, deformidad pupilar, astigmatismo elevado o irregular, miopía o hipermetropía, caída del párpado (ptosis) entre otros. También puede presentarse un rechazo de la córnea trasplantada semanas o meses después de la cirugía, que puede opacificarse o ulcerarse y necesitar un nuevo trasplante.

Para evitar el rechazo es frecuente que el paciente necesite tratamiento post-operatorio con medicamentos que pueden reducir la capacidad inmunitaria o producir efectos secundarios sobre su estado general.

Necesitaremos de su colaboración si la anestesia es local, manteniendo reposo total durante la intervención, y reposo relativo después de la cirugía.

Tendrá que llevar tratamiento médico postoperatorio y realizar visitas frecuentes a la consulta".

Documento que fue firmado en su momento por el propio paciente y el médico tratante.

La endoftalmitis es una complicación (como en toda cirugía) que se repiten con frecuencia en el procedimiento de la queratoplastia, y es que al año se pueden operar un promedio de 3.6 millones de cataratas en USA y más de 20 millones en todo el mundo. Actualmente, la incidencia de la endoftalmitis infecciosa post-quirúrgica es baja (0,015-0,5%), pero relativamente frecuente por el elevado número de cirugías que se practican a diario. Un alto porcentaje de los microorganismos responsables provienen de la propia flora saprofita del paciente, que contaminan el interior del globo ocular durante el acto quirúrgico.

Por otro lado, en un seguimiento durante 13 años y con 28 pacientes de Das Shilpa en La India determinó que la queratoplastia suponía un riesgo de endoftalmitis importante. Debido a esto se le ofreció al paciente; Vitrectomía, toma de muestra, inyección intraocular con antibióticos, terapia de antibióticos vía endovenosa y de uso tópico.

3. El Rechazo Corneal como complicación frecuente y que supone un riesgo probable que se recogen el consentimiento informado suscrito por el paciente:

Hay que tener en cuenta que el rechazo del trasplante tras la queratoplastia según todos los autores consultados es una complicación frecuente por lo que representaría un riesgo probable 2-3 que se recoge de forma directa en el consentimiento informado suscrito por el paciente.

Para algunos autores la incidencia de rechazo corneal se puede encontrar entre el 20 y el 60% y la causa es multifactorial. Y como así se especifica en el documento de consentimiento puede ser inmediato o producirse meses después precisando un nuevo trasplante.

En este sentido, se le ofreció al paciente una re-intervención quirúrgica para queratoplastia penetrante la cual también evolucionaría desfavorablemente y para lo que se indicó manejo con corticoides endovenoso y pauta agresiva de corticoides tópicos para evitar el rechazo.

4. Los puntos de sutura fueron retirados por el Servicio de Oftalmología del CHUC:

Según consta en la Historia Clínica del paciente, el Servicio de Oftalmología del CHUC el día 7 de julio de 2021 lo valoraría para realizar una inyección intraocular con Lucentis (anti-neovascularización) y se retiraría la sutura conservando las normas de asepsia y antisepsia. Evento que se desarrolló sin incidencias.

Luego, acude nuevamente el día 14 de julio de 2021 para la revisión post-cirugía correspondiente con el Servicio de Oftalmología del CHUC, en donde referiría dolor punzante y durante la revisión oftalmológica se retira un punto de Nylon restante.

Este evento no se desarrolla en el centro de salud, como se menciona en las alegaciones del informe que emite el reclamante, según los registros revisados, además el procedimiento de retirada de sutura ocular se realizó por personal cualificado que se evidencia con la firma de la Facultativa que realizó el procedimiento.

En la Historia de Atención Primaria de La Gerencia de Tenerife no consta registro de visita alguna al Centro de Salud el día 16 de julio de 2021 como se menciona en las alegaciones por parte reclamante.

5. La actuación en el Servicio de Urgencias del día 17 de julio de 2021 estuvo ajustada a la lex artis:

Una vez que es ingresado a cargo del Servicio de Urgencias del CHUC y teniendo en cuenta sus antecedentes en la anamnesis se protocolizaron toma de constantes, para luego solicitar la valoración al servicio tratante, en este caso, Oftalmología.

El Servicio de Oftalmología realizaría un examen oftalmológico sistemático y hallaría signos de posible rechazo endotelial: "Velamiento corneal por edema con alguna microbulla su bepitelial".

No es verdad que, (...) como refieren las alegaciones del demandante, "sin embargo, pese a la gravedad de la situación y a los antecedentes de operación reciente, y el problema surgido con la retirada de los puntos, le indican que vuelva a su domicilio y acuda al Hospital el lunes siguiente".

Porque, (...) siguiendo los consensos internacionales de tratamiento, se indicó un bolo o pulso de corticoides vía endovenosa en urgencias con pauta agresiva de corticoides tópicos cada 15 minutos, más colirio Ciclopléjico cada 8 horas, pomada con corticoides de noche, Tobrex 4 veces al día, lágrimas artificiales cada 2h y a demanda con compromiso de revisión el lunes siguiente en Consultas Externas de Oftalmología.

6. El desprendimiento de retina supone un riesgo que aparece tipificado en el consentimiento informado que suscribe el paciente previa a la queratoplastia:

En el caso del paciente el desprendimiento de retina es una consecuencia directa de la evolución tórpida de su propia patología, el mecanismo puede ser mixto, se podría explicar

ya que al padecer de oftalmitis se produce una acumulación de líquido sub-retinal secundario a la enfermedad que afectan la coroides, en este caso el desprendimiento de retina podría ser exudativo, corroborándose por los hallazgos ecográficos del 11 de agosto de 2021: "desprendimiento de retina con proliferación vítreo-retiniana grado D2".

Debido a que supone un riesgo probable inherente al procedimiento se recoge en el documento de consentimiento informado el cual cuenta con la firma del paciente con el número de episodio N.º 786371, para el paciente N.º 1990007623 y N.º de área 3810112606394040.

Tras estos hallazgos clínicos y de imágenes se le explica al paciente el mal pronóstico y se le propone al paciente como una última opción la realización de una tercera doble cirugía.

7. Se postergaría la tercera cirugía por infección aguda por SARS-COV-2:

El día 17 de agosto de 2021 se constata mediante prueba gold estandart de laboratorios (PCR) que el paciente estaría cursando con una infección respiratoria aguda por el virus del covid- 19, lo que imposibilitaría llevarlo a sala de operaciones bajo régimen de anestesia general.

Por lo que dado el mal pronóstico visual de base y con las dificultades sobreañadidas se decidió postergar la cirugía explicando que las posibilidades de recuperación disminuyen.

Según el documento técnico que suscribe la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, La Sociedad Española de Cirugía y La Sociedad Española de Microbiología, la cirugía con anestesia general supondría un alto riesgo de contaminación, quedando reservada para solo los casos en que se ponga el riesgo la vida.

8. Se desaconsejan intervenciones adicionales:

Debido a que (...) cursaría en su ulterior examen oftalmológico con una descompensación corneal severa, desprendimiento de retina con proliferación vítreo retiniana grado D2, con recuperación funcional nula y amaurosis. Se aconsejaría no practicar más cirugías oculares debido a las condiciones del tejido por todo el proceso sufrido.

(...)

En este caso se considera la rigurosa y oportuna aplicación de la ciencia en el servicio sanitario prestado, por lo que (...) las lesiones producidas (...) no se consideran consecuencia del mal funcionamiento del servicio sanitario prestado».

Parecidas o casi idénticas conclusiones arroja el informe del servicio de Oftalmología del HUC, de 16 de septiembre de 2022, al señalar cuanto se expone a continuación -folios 93 y 94-:

«En el ojo derecho fue intervenido el 4/5/2018, requiriendo un retrasplante por fracaso secundario a rechazo endotelial, realizado el 1/11/2019. Durante el seguimiento presentó

varios episodios de rechazo, requiriendo corticoides orales y tópicos, siendo controlado el cuadro de rechazo, pero desarrollando una catarata densa.

El día 19/07/2021 el paciente acude por Urgencias con un cuadro de endoftalmitis aguda, requiriendo ingreso hospitalario, toma de muestras de humor vítreo y acuoso y tratamiento antibiótico intravítreo y endovenoso.

Con las muestras obtenidas se confirma la etiología infecciosa del cuadro, cultivándose en humor vítreo Staphylococcus epidermidis. El paciente presenta una evolución favorable del proceso infeccioso, pero asocia descompensación corneal severa.

El 11/08/21 se detecta por ecografía un desprendimiento de retina asociado desprendimiento coroideo. En este momento se explica el mal pronóstico visual y la mala situación del globo ocular.

Se plantea cirugía combinada: Trasplante de córnea + prótesis temporal + cirugía de desprendimiento de retina y catarata densa, con muy escasas posibilidades de recuperación visual y pronóstico del globo ocular incierto.

El día 17/08/21 el paciente presenta prueba de PCR de Covid preoperatoria positiva en el período más complejo de la pandemia, comentándose con el servicio de Anestesia, quienes plantean las dificultades sobreañadidas para realizar la intervención bajo anestesia general ya que la cirugía tendría que ser en condiciones donde no se garantizaría la seguridad del personal (aislamiento del personal complejo), contándose en ese momento con un solo quirófano para pacientes Covid +.

Dado el mal pronóstico visual de partida, con las dificultades sobreañadidas y la positividad de la PCR, se decide postergar la cirugía explicando que las posibilidades de recuperación disminuyen. Por otra parte, dicha intervención en ese momento en un paciente con COVID es extremadamente compleja y con un resultado visual probablemente negativo.

Si no hubiese tenido la infección por COVID se habría tenido que quitar la córnea descompensada, colocar una queratoprótesis temporal, operar la catarata, pasar a operar el desprendimiento de retina, que en un paciente que ha sufrido una endoftalmitis es muy complejo, requiere casi siempre el empleo de aceite de silicona y por lo general tiene resultados visuales muy pobres, para finalmente, retirar la queratoprótesis temporal y realizar el trasplante de la córnea donante. En ese momento cuando un paciente estaba afectado de COVID la única manera de operarlo era bajo una campana plástica semi transparente separando la cabeza del paciente de los profesionales que realizan la intervención. Dada la complejidad de la intervención que describimos previamente y la situación ocular y general del paciente, se desaconseja realizar la cirugía».

Por lo demás, los anteriores razonamientos resultan, igualmente, avalados a través de las manifestaciones contenidas en el escrito de *«contestación del HUC a la*

reclamación interpuesta por el lesionado el día 21/09/2021» -elaborado por el *« (...) oftalmólogo al que se le encargó realizar la intervención del desprendimiento de retina de ojo derecho del paciente (...) (...) »*- y que se reproducen en el informe pericial aportado a la instrucción por la parte reclamante -folios 19 y 20-:

«Como consta en su historia clínica a (...) de 41 años de edad, se (le) realizó un trasplante de córnea (queratoplastia penetrante) de ojo derecho el 04/05/2018 en nuestro servicio de Oftalmología del complejo Hospital Universitario de Canarias.

El 14/07/2021 se realiza retirada de suturas, procedimientos habitual en este tipo de cirugías y el 19/07/2021 acude por urgencias con una cuadro de tres días de evolución que impresiona de Endoftalmitis aguda (proceso que puede complicar en ocasiones cualquier maniobra que se realice en este tipo de ojos especialmente comprometidos).

El mismo día 19/07/2021 se procede a realizar toma de muestra de humero acuoso y humor vitreo e inyección intravítrea de antibióticos.

Con las muestras obtenidas se confirma la etiología infecciosa del cuadro, cultivándose en humor vitreo Staphylococcus epidermidis.

El 11/08/2021 se detecta por ecografía un desprendimiento de retina y un desprendimiento coroideo (se había realizado ecografía anteriormente sin detectarse desprendimiento). La córnea trasplantada, por todo el proceso sufrido, presenta una descompensación severa.

En ese momento se explica al paciente la mala situación del globo ocular y el mal pronóstico visual que éste parece entender y aceptar la situación.

Se plantea cirugía combinada. Trasplante cornea + cirugía de desprendimiento de retina asociada. Se da alarma de trasplante.

Conseguida la córnea donante y con el quirófano preparado el 17/08/2021 la prueba preoperatoria de PCR de Covid realizada al paciente es positiva, se comenta con el servicio de anestesia, que plantea las dificultades y su posición respecto a realizar la intervención necesaria bajo la anestesia general.

Se comenta la situación al paciente, en el caso de un paciente sin infección por CVID-19 la intervención quirúrgica es ya de extrema complejidad (trasplante de córnea de queratoprótesis temporal cirugía desprendimiento de retina) y, en su caso, con las medidas necesarias de aislamiento por COVID se transforma en algo poco viable de realizar. Dado que el mal pronóstico visual de partida (desprendimiento de retina en un ojo afecto de una endofatalmitis) se propone, entendiendo que los hará que las posibilidades de recuperación del ojo disminuyen notablemente, postergar la cirugía. Nuestra impresión es que el paciente entiende y acepta la situación.

Cuando supera la infección y se reconsidera la situación, el ojo derecho del paciente presenta una descompensación corneal, un desprendimiento con proliferación vitreo. Retiniana grado D2 y una visión de aparente amaurosis, por lo que desde el punto de vista clínico las posibilidades de recuperación funcional son prácticamente nulas y se desaconsejan intervenciones adicionales.

Las infecciones oculares ocurren en una porcentaje de casos, aunque se tomen todas la medidas disponibles para evitarlas. Una vez que aparecen tenemos una serie de medios para tratarlas, pero provocan un severo daño intraocular y se producen desprendimiento de retina hasta en una 10% de los casos.

Dichos desprendimientos de retina tienen una mal pronóstico, precisamente por el daño que la infección ocasiona sobre dicho tejido retiniano, haciéndolo mucho más friable (se rompe facialmente).

En el caso (...) además se añade la complejidad de tener un trasplante de córnea que se ha descompensado.

Los Oftalmólogos responsables del caso siempre mostraron la mayor diligencia para intentar resolver el cuadro y cuando fue necesario se dio la alarma de trasplante, se consiguió una córnea donante y se organizó una compleja cirugía que requiera de la intervención de varios oftalmólogos diferentes (trasplante de córnea, desprendimientos de retina).

Cuando todo estaba organizado se diagnostica una infección por Coronavirus al paciente, que habría obligado a hacer la intervención con equipos de protección individual, y con una campana separadora entre el paciente y el personal sanitarios, lo que hace que una cirugía extremadamente compleja se transforme en algo realmente casi imposible de realizar. Esto, junto con las reservas que planteó el Servicio de Anestesia, hizo que, finalmente, no se procediese a la cirugía en el momento que estaba organizado con conocimiento que el retraso empeoraría todavía más la mala situación ocular.

Una vez superada la infección por Covid-19 la situación clínica del ojo derecho del paciente hace que la intervención no esté indicada».

Así pues, frente a lo sostenido por el reclamante (*«La Endoftalmitis (...) se produce por microorganismos que hayan entrado en el ojo a través de una incisión quirúrgica, según refiere el lesionado acudió al CS de Icod de los Vinos donde le quitaron un punto que se habían dejado el día que le retiraron los puntos en el HUC, por lo que aquí puede venir la causa de la infección y el desprendimiento de la retina. (...) el mismo día que acudió a urgencias por dicho cuadro, se debió actuar, ya que se precisa tratamiento inmediato con antibióticos para conservar la visión y proteger la salud ocular. Un retraso de incluso unas pocas horas puede producir una pérdida de visión irreversible en casos extremos. Esto es lo*

que ha sucedido con el paciente»), y a la vista de la historia clínica y los diversos informes médicos que obran en las actuaciones *« (…) se comprueba que durante ese mes el paciente no estuvo desatendido, pues se procedió a su ingreso para toma de muestras y tratamiento antibiótico intravenoso por endoftalmitis aguda. Se aisló un germen para el que tenía cobertura antibiótica, evolucionando favorablemente del proceso infeccioso»* (como bien indica el órgano instructor en su Propuesta de Resolución y reconoce expresamente el propio informe pericial presentado por el reclamante -folios 21 y 722-).

En concreto, en los párrafos 17 y 18 del informe y relación de actuaciones que hace el SIP se refiere que el reclamante acudió al Hospital el día 17 de julio, que se le pautó un tratamiento y se le prescribió que regresara el día 19 -dos días después- para continuar con su aplicación; que ese mismo día se diagnostica endoftalmitis, se produce su ingreso, se practica una ecografía y se realizan pruebas o exámenes preanestésicos para para la realización de una vitrectomía para obtener una muestra para realizar antibiograma; el 29 del mismo mes es dado de alta, y regresa -pocos días después- el 2 de agosto y el 4 de agosto, y también el 11, para controles que conducen a que en esta última fecha y mediante ecografía se encuentre una patología que lleva a prescribir cirugía («*doble cirugía*»), que se programa para seis días después, el 17, fecha para la que el paciente y los servicios preparan la intervención. Constan las razones por las que *la doble cirugía* no se pudo practicar, que no aparecen como contrarias -como todo lo relatado- a la *lex artis*, sino más bien enteramente ajustadas a ella.

6. Además, todos los anteriores informes y documentos complementarios fueron puestos a disposición del reclamante en el trámite de audiencia, al objeto de que pudiera obtener copia de ellos o de alguno de ellos y al objeto de que pudiera efectuar las alegaciones que estimara oportunas.

El escrito que presentó el reclamante, a la vista de ello y en el citado trámite, no contiene refutación alguna del contenido de los informes citados y transcritos, ni se formula tampoco proposición de prueba, a pesar de que en los documentos citados, además de las consideraciones técnicas y científicas, se replican algunas afirmaciones puramente fácticas en las que el reclamante (y algunos extremos del informe pericial inicialmente presentado) sustentaba su reclamación, como es el caso de la atención que se decía recibida en el centro de salud y de la retirada de un punto de sutura que se decía efectuada en dicho centro, circunstancias negadas explícitamente por la administración con apoyo en la historia clínica, tanto

hospitalaria como de los servicios de atención primaria; o la demora de cierto diagnóstico durante *casi un mes*, afirmación que resulta no coincidir con las notas, apuntes y datos de la historia clínica e informes complementarios, que evidencian una intensa continuidad en la atención al paciente.

Es decir, en su escrito de alegaciones tras la audiencia y el ofrecimiento del examen de toda la documentación disponible, que se le ofrece, el reclamante hace una afirmación general y comprensiva de todo el expediente, y afirma que la documentación del expediente *corrobora que las lesiones sufridas son las reflejadas en el informe pericial aportado por esta parte* y que *queda acreditada y verificada la NEGLIGENCIA MÉDICA*, afirmaciones del reclamante que parecen ignorar el contenido explícitamente contrario de los informes de los distintos centros y servicios, y la argumentación y pruebas contenida y adjuntas a tales informes.

7. Los argumentos expuestos anteriormente determinan la completa imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. Y es que, por un lado, el reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente administrativo, no se puede afirmar que la asistencia sanitaria prestada en este caso al reclamante haya sido contraria a la *lex artis ad hoc*, tal y como ha quedado descrito en los párrafos precedentes.

Por todo lo indicado anteriormente, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en los Fundamento IV de este Dictamen.