



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 5 de febrero de 2003, D. J. J. E. S. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos según describe:

El 14 de marzo de 2000 ingresó en el Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz, al objeto de ser intervenido en el ojo derecho para cirugía programada de cataratas. En dicha operación se le practicó facoemulsificación de cristalino e implante de lente intraocular (L.I.O.) de cámara posterior (C.P.).

Una vez dado de alta la intervención se complicó provocando una úlcera y edema corneal, por lo que ha tenido que acudir en numerosas ocasiones a los servicios de urgencias del mencionado hospital.

A consecuencia de la úlcera del ojo derecho y la constante infección que padecía, fue remitido de nuevo al Hospital de Caravaca, el cual le puso en lista de espera para un trasplante de córnea debido a la complicación surgida por la intervención de cataratas.

Refiere que todas esas lesiones han sido consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el centro público, cuya intervención de cataratas ha provocado que posteriormente, en febrero de 2002, se le detectara como alteraciones más relevantes en el globo ocular *"infiltrado inflamatorio crónico en conjuntiva a nivel limbo esclero-corneal y presencia de abundantes colonias bacterianas en cámara anterior"*, todo lo cual ha determinado un decaimiento general de su salud, tanto física como psíquica.

Finalmente manifiesta que la cuantía indemnizatoria la determinará posteriormente, y que faculta al letrado P. E. G. R. para su representación y defensa, quien también rubrica el escrito de reclamación en prueba de su aceptación.

SEGUNDO.- Previa solicitud al reclamante para que complete la reclamación, proponiendo los medios de prueba que estime oportunos y aportando determinada documentación, por el Director Gerente se dicta resolución de admisión a trámite el 3 de noviembre de 2003, que es notificada a la parte, a la vez que se solicita del Hospital Comarcal del Noroeste copia de la historia clínica e informe de los médicos que atendieron al paciente.

TERCERO.- Desde el Hospital Comarcal del Noroeste se remite copia de su historial, así como un informe de los facultativos que atendieron al paciente, enviado con posterioridad, con el siguiente contenido:

"Don J. J. E. S. fue intervenido de catarata del ojo derecho el 14 de marzo de 2000, practicándosele facoemulsificación de cristalino con implante de lente de cámara posterior sin incidencias durante la intervención, en la cual se adoptaron todas las medidas habituales, oportunas y necesarias para dicha intervención que viene practicándose de forma habitual en este servicio, siendo el edema e inflamación corneal una complicación postoperatoria de la que se informa a todos los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas mediante el previo consentimiento informado.

Fue dado de alta hospitalaria el 15 de marzo 2000 para su posterior control postoperatorio el día 22 de marzo de 2000.

El día de la revisión se aprecia edema corneal por lo que se inicia tratamiento tópico específico para el edema junto con lente de contacto terapéutica no apreciándose en ese momento infección ocular ni ulceración.

Pasados tres meses de la intervención y sin solucionarse el edema, a pesar del tratamiento, presenta una nueva complicación con aumento de la presión intraocular que se controla con iridectomía láser en julio del 2000.

Ante las importantes molestias y constantes revisiones a las que fue sometido el paciente para su control desde el día de la intervención y la nula respuesta del edema corneal se decide remitirlo en enero de 2001 a nuestro centro de referencia para trasplantes (Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca) para que le sea efectuada dicha intervención.

En julio de 2001 se hace una nueva propuesta para dicho centro siguiendo el paciente con molestias y constantes revisiones por nuestra parte para su control.

En enero de 2002 presenta un hipopion, absceso corneal e infección endocular que hace necesaria la enucleación del globo ocular para su control. Por lo demás nos remitimos al anterior resumen de historia clínica enviada anteriormente."

CUARTO.- Con fecha 26 de febrero de 2004 (registro de salida), la instructora del expediente notifica a las partes que rechaza la prueba testifical propuesta por el reclamante de D. M. F. G., D. T. y D. M. F. E. F., por considerarla innecesaria porque los testigos de parte, por regla general, ratifican lo alegado por el reclamante.

En cuanto a la prueba testifical de los Dres. M. R., L. L. y L. A. la instructora la estima pertinente si bien, por motivos laborales, no puede ser practicada de forma presencial, por lo que se requiere al reclamante para que remita el interrogatorio de preguntas que han de ser trasladadas a los citados facultativos.

QUINTO.- Con fecha 31 de marzo de 2004 se presenta escrito por el interesado manifestando su disconformidad con la denegación de la testifical de tres de las personas propuestas, por entender que se trata de un procedimiento abierto donde todas las pruebas son fundamentales en orden a acreditar los hechos que se alegan. También entiende que el hecho de que las testificales admitidas no se realicen en presencia del letrado que representa a la parte reclamante, por motivos laborales de los médicos, le provoca una situación de indefensión, por lo que interesa que se reconsideren ambas decisiones.

Con fecha 27 de mayo de 2004 (registro de salida), la instructora vuelve a reiterar con la misma motivación lo acordado con anterioridad sobre las pruebas propuestas por la parte reclamante.

SEXTO.- Trasladado a los facultativos propuestos el interrogatorio de preguntas se cumplimenta con el siguiente resultado:

Dra. L. A. del Servicio de Oftalmología.

PREGUNTAS

"PRIMERA: *Diga ser cierto que en fecha 14 de Marzo de 2.000, usted practicó al hoy reclamante, D. J. J. E. S., cirugía programada de ojo derecho consistente en facoemulsificación de cristalino e implante de lente intraocular de cámara posterior.*

SEGUNDA: *Diga ser cierto que el Sr. E. fue ingresado en Abril de 2.000 para queratoplastia no practicándose ésta al no estar la córnea útil, explicando detalladamente los motivos de la misma.*

TERCERA: *Diga ser cierto que si con anterioridad a la intervención de catarata de ojo derecho se realizó diagnóstico diferencial a fin de poder descartar la posibilidad de glaucoma (maligno).*

CUARTA: *Diga cuál es según su criterio la causa de la descompensación endotelial ojo derecho y en qué consiste la misma.*

QUINTA: *Diga ser cierto que en fecha 22 de Marzo de 2.000, el Sr. E. acudió a la primera revisión detectándose en ese momento un edema en la córnea.*

SEXTA: Diga ser cierto que durante la evolución del Sr. E. ha continuado dicho edema, agravándose llegando a padecer ulceración, dolor intenso y rojez.

SÉPTIMA: Diga ser cierto que el Sr. E. no respondió a los tratamientos suministrados a fin de erradicar o, al menos, paliar dichos síntomas.

OCTAVA: Diga si usted recomendó o indicó la realización de biopsia alguna al Sr. E. a fin de detectar el origen de las infecciones padecidas.

NOVENA: Diga si las infecciones y demás síntomas (ulceración, edema, dolores intensos y rojez aguda) presentadas por el Sr. E. pueden ser precedentes que puedan hacer sospechar de un juicio diagnóstico de glaucoma".

RESPUESTAS

"1a. D. J. J. E. fue intervenido el día 14-03-00 por el Dr. J. G. M. de catarata del ojo derecho, según técnica habitual, sin incidencias intraoperatorias (FACO + LIO CP).

2a. El Sr. E. fue remitido por nosotros a la C. Sanitaria Virgen de la Arrixaca con fecha de Enero de 2001 ante la falta de respuesta al tratamiento para el edema corneal que presentó en el postoperatorio (colirios y lentilla terapéutica). Con fecha de Abril 2001 fue llamado desde dicho centro para efectuarle el proyectado trasplante corneal pero no pudo hacerse debido a malas condiciones en la cornea del DONANTE (no del paciente) que harían peligrar dicho trasplante y hacerlo inviable.

3a. La posibilidad de aparición de un glaucoma maligno no se puede diagnosticar con anterioridad a su aparición. En el caso del Sr. E. dicha crisis apareció a los cuatro meses de haber sido operado de cataratas. El glaucoma maligno es un cuadro de aparición súbita que ocurre como complicación de cirugía infraocular en raras ocasiones y que provoca una subida importante de la tensión infraocular. En el caso que nos preocupa se solucionó la complicación efectuando una iridotomía con láser yag, que es la medida habitual, controlándose la hipertensión ocular. El cuadro no guarda relación con el edema corneal que venía padeciendo el Sr. E., ya que anteriormente a esta crisis, la tensión ocular era normal y no había alteraciones en el ojo propias de la aparición de dicho glaucoma maligno. Es una complicación, el aumento de la tensión ocular postoperatoria (glaucoma maligno), que junto con la alteración de la transparencia de la cornea (edema corneal, descompensación endotelial) está recogida en el consentimiento informado que se le entrega a los pacientes antes de la cirugía programada de cataratas, no existiendo pruebas diagnosticas que puedan hacer prever dicha complicación, con anterioridad.

4a. La descompensación endotelial puede ser debida a varias causas. En el caso del Sr. E., ante el antecedente directo de cirugía de catarata, la cirugía es la causa de dicha descompensación. De hecho como ya se ha resaltado anteriormente en el consentimiento informado que se le da al paciente aparece como complicación de la cirugía de la catarata definida como "alteraciones en la transparencia de la cornea". La descompensación endotelial es una alteración en la membrana que limita el paso de líquido de dentro del ojo hacia fuera y que provoca una alteración en la transparencia de la cornea fuerte con molestias como sensación de roce o dolor. El tratamiento inicial son antiinflamatorios locales junto con el uso de lentillas llamadas terapéuticas para aliviar dichas molestias. Si en un periodo de 6-10 meses no se resuelve el proceso se pasa a la solución quirúrgica que consiste en un trasplante de cornea.

5a. El Sr. E. fue dado de alta al día siguiente de la intervención con tratamiento de colirios, según el protocolo que seguimos tras cirugía convencional de catarata. Se le apreció un edema corneal por lo que se inició tratamiento específico de dicho edema y se citó a la primera revisión a los 7 días (22-03-00). Continuó el edema de cornea por lo que se aumentó el tratamiento de dicha complicación con antiinflamatorios por vía oral y se citó a la semana siguiente. A los 20

días, ante la falta de respuesta, se añade una lentilla terapéutica, esperando que con los medios señalados se fuera solucionando dicho edema corneal por descompensación endotelial.

6a. Efectivamente la evolución fue desfavorable y no mejoró el edema, por lo que se decidió remitirlo en Enero 2001 a la C. Sanitaria Virgen de la Arrixaca para efectuar transplante corneal ya que el tratamiento médico resultó insuficiente para el control de su edema, que le provoca intensas molestias. En Mayo del 2001 fue llamado para dicha intervención de transplante corneal no pudiendo efectuarle por malas condiciones de la cornea del donante. Ante las molestias severas (dolor) se hace un nuevo informe a la C. Sanitaria para dicho transplante en Julio de 2001. Se siguió el tratamiento local con colirios y lentilla terapéutica. La úlcera corneal apareció en Enero de 2002 iniciando tratamiento específico para ella. Añadiendo a los antibióticos que ya se utilizaban unos colirios llamados "reforzados" que se preparan en el mismo Hospital junto con los antibióticos generales.

7a. El tratamiento inicial con antiinflamatorios y lentilla terapéutica mejoró la clínica del edema pero no lo hizo desaparecer, siguiendo el paciente con molestias importantes hecho que motivó el envío a la C. Sanitaria para el transplante corneal. Cuando posteriormente apareció la úlcera en Enero del 2002 se inició tratamiento específico para ella, como se ha dicho con anterioridad.

8a. Ante el agravamiento de su proceso, y la falta de respuesta al tratamiento, se pidió el 6 de Febrero de 2002 un exudado lagrimal. La indicación de biopsia no se hace en este tipo de proceso puesto que no indicaría el origen de las infecciones. El llamado glaucoma es un proceso crónico que no presentaba el Sr. E.. El glaucoma maligno es una complicación que se produjo después de la cirugía y se solucionó con láser.

9a. El juicio diagnóstico de glaucoma no se basa en ningún tipo de infección ni ulceración. El término glaucoma define a muchos procesos en los que el factor común es el aumento de la tensión ocular. En el caso del Sr. E. presenta un tipo especial de glaucoma llamado maligno por la aparición súbita del aumento de la tensión, y la dificultad de controlarla, no pudiéndose prever su aparición con anterioridad. El proceso cursa con dolor y enrojecimiento y se soluciona con tratamiento con láser que fue lo que se le efectuó al Sr. E. para controlarlo."

Dr. M. R. de Anatomía Patológica.

PREGUNTAS

"PRIMERA: Diga acerca de la fecha exacta en la cuál se emitió por primera vez el juicio diagnóstico referente al glaucoma maligno padecido por el Sr. E..

SEGUNDA: Diga si las infecciones y demás síntomas (ulceración, edema, dolores intensos y rojez aguda) presentadas por el Sr. E. pueden ser precedentes que den lugar a sospechar de la posibilidad de un juicio diagnóstico de glaucoma.

TERCERA: Diga cómo explica que ante diagnósticos de infección ya detectados según Informes en Abril de 2.001, no hubiera sido realizada biopsia o cualquier otro tipo de prueba a fin de ser determinado el origen de dicha infección, toda vez que el Sr. E. no respondió nunca a los tratamientos prescritos.

CUARTA: Diga en qué fase a su juicio se encontraba el glaucoma.

QUINTA: Diga cuales son los principales síntomas que pueden hacer sospechar de un juicio diagnóstico de glaucoma.

SEXTA: Diga en qué consiste dicho glaucoma maligno".

RESPUESTAS

"PRIMERA: La desconozco. Para saberlo tendría que consultarlo en la historia clínica. Mi especialidad no es clínica, es de laboratorio. Las historias clínicas se consultan en casos en donde la información ofrecida por el clínico al pedir una biopsia es insuficiente o no concuerda con los hallazgos histopatológicos que se observan al estudio de la biopsia. No fue el caso.

SEGUNDA: *Mi especialidad y funciones no son competentes para valorar estos síntomas en la práctica diaria.*

TERCERA: *En los años de especialidad (más de 12), ni en la residencia en el HUV Arrixaca, no realizaron biopsias corneales, en ningún caso que yo sepa, en paciente vivo para diagnóstico de origen de infección.*

CUARTA: *Los hallazgos histopatológicos compatibles con glaucoma secundario que se observaron en la biopsia, fueron la inflamación crónica y colonias bacterianas en cámara anterior ocular. No se observa excavación de papila de nervio óptico que indicaran glaucoma de larga evolución con degeneración de fibras nerviosas. En definitiva, no hallazgos compatibles con larga evolución.*

QUINTA: *En mi especialidad, lo más notorio sería la excavación de la cabeza del nervio óptico, constatada con cortes histológicos.*

SEXTA: *En la elevación de la Presión Infraocular."*

Dr. L. L. del Servicio de Oftalmología.

PREGUNTAS

PRIMERA: *Diga ser cierto que en fecha 5 de Febrero de 2.002 el reclamante, D. J. J. E. S., ingresó en el Hospital Comarcal del Noroeste a fin de ser intervenido por usted practicándose la enucleación del ojo derecho como consecuencia de padecer una endoftalmitis.*

SEGUNDA: *Diga si con un juicio diagnóstico temprano en la detección del glaucoma podría haberse evitado la enucleación del ojo derecho.*

TERCERA: *Diga qué probabilidad existe, con un tratamiento adecuado acompañado de una detección temprana del glaucoma, de reducir la enfermedad o en su caso, de evitar su evolución.*

CUARTA: *Diga en qué fase, a su juicio, se encontraba el glaucoma detectado al Sr. E..*

QUINTA: *Diga si las infecciones y demás síntomas (ulceración, edema, dolores intensos y rojez aguda) presentadas por el Sr. E. pueden ser precedentes que den lugar a sospechar la posibilidad de un juicio diagnóstico de glaucoma.*

SEXTA: *Diga cuáles son los principales síntomas que pueden hacer sospechar de un juicio diagnóstico de glaucoma.*

RESPUESTAS

"PRIMERA: *Es cierto que D. J, J, E. S. ingreso en el Hospital Comarcal del Noroeste para la realización de una enucleación que fue practicada el día 6 de febrero de 2004 (hay un error material pues fue en el 2002) por mí, el abajo firmante.*

SEGUNDA: *Al hablar de Glaucoma hay que diferenciar varios tipos, entre los que están los glaucomas propiamente dichos de ángulo cerrado, abierto, los agudos, crónicos y otros procesos que son trastornos en la dirección del humor acuoso denominados glaucoma por bloqueo ciliar o glaucoma maligno. El glaucoma maligno aparece tras una cirugía intraocular y raramente de forma espontánea. El tratamiento inicial es farmacológico y si no evoluciona favorablemente se puede realizar tratamiento con láser Nd: YAG. El posible glaucoma maligno fue detectado y tratado farmacológicamente y posteriormente con YAG pero la causa de la enucleación fue una panendofalmitis que es una infección del ojo en la que prácticamente están afectadas todas las estructuras. Si no hubiera aparecido esta endoftalmitis no se le hubiera realizado la enucleación.*

TERCERA: *El posible glaucoma maligno fue detectado y tratado pero la posibilidad de que aparezca una infección es imprevisible puesto que ésta puede aparecer inmediata, a los pocos días o a los meses de efectuada una cirugía.*

CUARTA: *Puesto que el Glaucoma maligno es un proceso agudo que se solucionó, no podemos hablar de fases.*

QUINTA: *La presencia de todos estos síntomas no son indicativos de patología alguna en concreto sino que son mecanismos de defensa por parte del ojo en respuesta a una agresión, por lo cual lo podría originar desde una conjuntivitis a una perforación corneal.*

SEXTA: *Los síntomas son inespecíficos, como dolor, ojo rojo fotofobia, síntomas que aparecen en todos los cuadros que hay una agresión corneal. Como signos podría destacarse la cámara anterior estrecha o plana con presión intraocular alta en ausencia de desprendimiento de coroides."*

SÉPTIMO.- Con fecha 15 de noviembre de 2004 la instructora recabó el parecer de la Inspección Médica.

OCTAVO.- El 11 de enero de 2005 el reclamante interpuso recurso de reposición contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación presentada, solicitando que se adoptara acuerdo indemnizatorio accediendo a sus pretensiones, petición que fue reiterada el 16 de febrero de 2006, solicitando que se dictara resolución expresa, siendo contestado por la instructora del siguiente modo:

"Por la presente se le informa, que si bien su expediente está desestimado por silencio administrativo, no por ello ha dejado de estar activo, pues se encuentra en espera de informe de Inspección Médica (solicitado en fecha 15-11-04), una vez recibido éste se le otorgará el correspondiente trámite de audiencia, dándosele traslado de las respuestas dadas por los facultativos a las preguntas efectuadas como testigos.

No obstante lo anterior, como parte interesada, puede pedir vista del expediente en cualquier momento, y sacar copias de los documentos que estime oportunos pagando la tasa correspondiente."

Con fecha 3 de abril de 2006 consta una comparencia de la parte reclamante retirando copias de los folios 1 a 189 del expediente administrativo.

NOVENO.- El 19 de mayo de 2006 emite informe la Inspección Médica, tras realizar una serie de entrevistas con los profesionales intervinientes, y otros facultativos del sistema público sanitario, además de consultar con la familia del reclamante, en el siguiente sentido:

"En definitiva, se trata de un paciente con dificultades de visión, tratándose de modificar esta situación con la cirugía de cataratas.

En el postoperatorio se realizaron sucesivas consultas tratando de paliar los síntomas que presentaba.

El intento de queratoplastia fue en el mismo sentido, adecuándose su procedimiento a lo usual que para trasplante corneal es de rigor en esta Comunidad Autónoma y en otras consultadas.

En enero de 2002 surge un proceso agudo, como consecuencia del cual, e inmerso en el tratamiento general del paciente por pluripatología, se realiza enucleación.

El reclamante consultó en urgencias del Hospital de Caravaca el 13 de noviembre de 2003 por ojo rojo izquierdo y visión borrosa de 24-48 horas de evolución. Visto por el Servicio de Oftalmología del Hospital, se solicitó cita urgente para el paciente en el Servicio de Oftalmología del Hospital Virgen de la Arrixaca, mediante fax enviado el mismo día. En la propuesta de canalización se señalaba: prótesis ocular, conjuntivitis, catarata nuclear senil y se propone la facoemulsificación del ojo izquierdo.

Los últimos datos que tenemos del estado del paciente son de la consulta efectuada el día 10 de diciembre de 2003 en la que se aprecia blefaritis, catarata y el fondo de ojo parece normal. Se hace tratamiento para blefaritis y se indica cirugía de catarata.

Según conversación con la familia del paciente, éste no acude a consulta de oftalmología desde entonces, el paciente pierde visión progresivamente pero en la actualidad no desea someterse a cirugía.

CONCLUSIONES

No hay datos referentes a que la indicación quirúrgica fuese incorrecta, a que la cirugía se efectuase sin las medidas oportunas de preparación, con la adecuada técnica quirúrgica y con la evaluación posterior que correspondía".

DÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, el letrado actuante presenta alegaciones en las que manifiesta:

"De todo lo expuesto se deduce indefectiblemente que la complicación sufrida por mi representado en un primer momento tras la cirugía practicada de cataratas, fue un edema corneal, siendo emitido este juicio diagnóstico en la primera de las revisiones postoperatorias en fecha 22 de Marzo, a pesar de lo cual y de comprobar que el tratamiento prescrito no ofrecía mejora alguna, no fue hasta Enero de 2.001 cuando mi representado fue remitido a la Ciudad Sanitaria para que fuese efectuada una queratoplastia, ES DECIR, 10 MESES DESPUÉS DE SERLE DIAGNOSTICADO, operación que tras ser planificada para Abril, finalmente no pudo practicarse, DEJANDO TRANSCURRIR OTROS DIEZ MESES MAS SIN QUE SE LE DIERA EL TRATAMIENTO MEDICO CORRECTO, POR LO QUE LA ÚNICA SOLUCIÓN YA VIABLE FUE LA PRACTICA DE LA ENEUCLEACION DEL GLOBO OCULAR YA IRREVERSIBLE.

Que la Dra. L. A. en su pregunta núm. 4 señala que "en el caso que en un periodo de 6-10 meses no se resuelve el proceso de descompensación se pasa a la solución quirúrgica que consiste en un transplante de cornea", pues bien, a mi representado no se le practica en ningún momento esta intervención, DEJANDO TRANSCURRIR 23 MESES, TIEMPO QUE PROVOCÓ LAS GRAVES SECUELAS FÍSICAS Y PSÍQUICAS QUE PRESENTA MI MANDANTE.

(...) Del expediente administrativo se extrae que la practica de la enucleación del globo ocular derecho de mi representado, es consecuencia directa de un DILATADO PROCESO DE NO CURACIÓN DEL EDEMA, QUE ES IMPUTABLE EN EXCLUSIVA A UN ANORMAL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD, tal y como se extrae de la Historia Clínica que consta en el expediente administrativo. De todo lo expuesto, cabe concluir que el hecho de no haber adoptado las medidas oportunas en la intervención quirúrgica por un lado y por otro, no haberle prestado el tratamiento médico adecuado en el momento oportuno, han provocado las graves e irreversibles secuelas de mi representado, al permitir que la única solución a sus dolencias fuera una intervención quirúrgica de tanta importante gravedad como la queratoplastia."

UNDÉCIMO.- Por parte de la compañía de seguros Z. E. se remite un dictamen pericial, realizado conjuntamente por dos especialistas en oftalmología, el cual concluye:

1. El paciente fue intervenido de catarata del OI (hay un error pues fue en el OD) y en el Hospital Comarcal del Noroeste en Caravaca de la Cruz (Murcia).
2. La indicación de intervenir la catarata fue adecuada.
3. La técnica empleada en la intervención fue la adecuada.
4. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones intraoperatorias.
5. En el postoperatorio inmediato se produjo un edema de cornea.
6. El edema de cornea crónico (queratopatía bullosa) es una complicación posible de la cirugía de la catarata.
7. La cirugía por sí misma favorece el desarrollo de un edema corneal.
8. La edad del paciente es un factor de riesgo para el desarrollo de un edema corneal posquirúrgico.
9. En el documento de consentimiento informado que firmó el paciente antes de la intervención se recoge la posibilidad de que se presentase esta complicación.
10. El seguimiento del edema así como el tratamiento que se prescribió fueron adecuados.
11. La decisión de derivar al paciente a su centro de referencia para realizar una queratoplastia fue adecuada.

12. *El pronóstico de la queratoplastia era dudoso.*

13. *El paciente fue ingresado en su centro de referencia para realizar la queratoplastia y no se pudo llevar a cabo por mal estado de la cornea donante.*

14. *Los episodios de úlceras de repetición que se produjeron forma parte de la evolución del edema por descompensación corneal.*

15. *La infección que se produjo es una complicación que se puede presentar en las úlceras de una queratopatía bullosa.*

16. *El tratamiento que se prescribió cuando se presentaron la úlcera y la infección fue adecuado.*

17. *Las complicaciones que se produjeron en la evolución del edema y el mal pronóstico del trasplante hicieron necesario llevar a cabo la enucleación."*

Este dictamen fue trasladado al reclamante, junto con la documentación anexa incorporada por Inspección Médica, a efectos de que formulase alegaciones.

DUODÉCIMO.- El 20 de noviembre de 2006 el reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones en las que se ratifica en lo ya alegado, insistiendo en que durante el largo periodo que transcurrió desde la intervención quirúrgica de cataratas hasta el irreversible desenlace de la enucleación del globo ocular, el Sr. E. sufrió múltiples dolencias y complicaciones que no fueron atajadas de un modo acertado y correcto.

DECIMOPRIMERO.- La propuesta de resolución, de 24 de noviembre de 2006, desestima la reclamación, por cuanto el reclamante estaba debidamente informado de las complicaciones de la intervención de la catarata, pues en el documento de consentimiento informado consta, entre otros, los riesgos de aumento de la tensión ocular y las alteraciones de la transparencia de la córnea, los cuales desafortunadamente se materializaron, pero dicha información impide, en opinión de la instructora, una vez acreditada la correcta actuación médica, calificar el daño de antijurídico.

DECIMOSEGUNDO.- Con fecha 4 de diciembre de 2006 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Reglamento del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y plazo.

La reclamación fue interpuesta por el propio paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que el reclamante imputa el daño acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar, pues el paciente fue dado de alta del

procedimiento de enucleación del OD el 12 de febrero de 2002, y la reclamación fue representada el 5 de febrero de 2003.

TERCERA.- Procedimiento y medios de prueba.

I. A la vista de las actuaciones obrantes en el expediente remitido, se considera cumplido en lo sustancial lo dispuesto en la LPAC y en el RRP con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ha excedido en mucho el de seis meses fijado por el artículo 13 RRP, y que motivó que el reclamante interpusiera recurso de reposición contra la desestimación presunta de la reclamación, sin que haya constancia en el expediente de que haya interpuesto el correspondiente recurso contencioso administrativo contra dicho acto presunto, habiendo cumplimentado con posterioridad el reclamante los dos trámites de audiencia otorgados por el órgano instructor, tras proseguir las actuaciones en el procedimiento una vez evacuado informe por parte de la Inspección Médica, en cumplimiento de la obligación de la Administración de resolver expresamente los procedimientos (artículo 42.1 LPAC) también contemplada por el artículo 36.4 de la Ley 29/1999, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

II. Respecto a las cuestiones incidentales acaecidas sobre los medios de prueba propuestos por el reclamante, cabe recordar, con carácter general, nuestra doctrina (por todos Dictámenes núms. 147 y 190 del año 2005), que sintetizamos seguidamente:

- Los hechos relevantes para la decisión de un procedimiento administrativo podrán acreditarse por cualquier medio de prueba admisible en derecho y, por tanto, los previstos en el Código Civil y en la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, que ha derogado los artículos 1.214, 1.215, 1.226 y 1.231 a 1.253 del primer cuerpo legal, según se expresa en la Memoria del Consejo Jurídico correspondiente al año 2002.

- El instructor sólo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias (artículo 80, apartados 1 y 3, LPAC y 9 RRP).

La potestad que asiste al reclamante para interesar que se practiquen cuantas pruebas considere necesarias para acreditar los hechos en los que se funde la existencia de su derecho debe ser enjuiciada por el órgano instructor a la hora de su ejercicio, pero siempre teniendo en cuenta que la actividad instructora debe estar presidida por la nota de neutralidad o imparcialidad, como reflejo de la objetividad a que viene obligada la Administración por mandato del artículo 103 de la Constitución.

En su aplicación al presente caso, la instructora ha rechazado la práctica de la prueba testifical de tres de las personas propuestas por la parte reclamante con el argumento de que los testigos de parte, por regla general, ratifican lo alegado por los interesados. A este respecto reiteramos la consideración de nuestro Dictamen núm. 190/2005, ya citado, por cuanto dicha motivación, además de no referirse a las causas que de forma restringida establece el artículo 78.3 LPAC para su rechazo (manifiestamente improcedentes o innecesarias), aunque podría entenderse que la subsume en el apartado de "innecesarias", quiebra con el principio de neutralidad ya indicado, sin que pueda prejuzgarse el alcance de sus contestaciones, so pena de incurrir en una apreciación preventiva. Distinto es que el órgano instructor pueda argumentar, en el presente caso, que la testifical propuesta tendente a acreditar los hechos, según motiva el reclamante, es innecesaria porque no se cuestionan los hechos, sino la "*ex artis*" seguida con el paciente.

En lo que atañe a la práctica de la testifical admitida en relación con tres facultativos del Hospital Comarcal del Noroeste, el letrado actuante solicitó que se realizara en su presencia, en contra del parecer de la instructora que ha sostenido que el interrogatorio no puede ser presencial por motivos laborales de los profesionales de la medicina y, en su lugar, solicitó al reclamante que presentara el interrogatorio de preguntas a formular a los testigos, como así se

realizó finalmente. Sin duda puede el reclamante sostener fundadamente el derecho que le asiste a estar presente en la práctica de las pruebas testificales conforme a lo establecido en el artículo 81.2 LPAC, sin perjuicio de las excepciones recogidas en el artículo 364 LEC, sin que "*a priori*" se aprecie ninguna imposibilidad material para que dichos profesionales puedan someterse a la citada prueba testifical en presencia del instructor y de la parte reclamante, pues incluso el precitado artículo de la LPAC (apartado 3) prevé que la Administración pueda exigir al reclamante los gastos generados por la práctica de la prueba de parte. En este punto debemos recordar que el desarrollo de la práctica de la prueba ha de producirse con arreglo a los principios de contradicción e igualdad entre las partes, bajo la intermediación de quien instruya.

Pero también cabe indicar que, bajo la denominación de testificales de los profesionales de la medicina, se encubren en ocasiones auténticas pruebas periciales, cuestión que no es propia de una prueba testifical, sino de un juicio en el que los funcionarios correspondientes ya han emitido su parecer y frente al cual el reclamante puede aportar su propio dictamen pericial, o solicitar la emisión de uno elaborado por perito independiente, como indicamos en nuestro Dictamen núm. 102/2006.

Pese a las deficiencias advertidas, que no vician de nulidad el procedimiento seguido, practicada la testifical con el interrogatorio de preguntas propuesto por el reclamante, éste dispone ya de todo el acervo documental acerca de la praxis médica seguida con el paciente, habiendo ejercitado su derecho a la defensa a través de las alegaciones presentadas en los trámites de audiencia otorgados, en los que no se ha solicitado aclaraciones o nuevas preguntas, habiendo demandado de forma reiterada que la Administración resuelva la acción ejercitada y, en congruencia con su petición, el Consejo Jurídico va a entrar a considerar el fondo de la reclamación presentada.

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos que determinan la responsabilidad patrimonial.

De los artículos 139.1 y 141.1 LPAC se desprende que, para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, es necesario acreditar daños que, causados por el funcionamiento de los servicios públicos, el particular no tenga el deber jurídico de soportar, habiendo precisado la jurisprudencia que, en materia sanitaria, la indicada relación de causalidad y antijuridicidad del daño se producen cuando se acredita que la actuación médica pública infringió la "*lex artis ad hoc*", pues lo contrario supondría convertir a la Administración en una aseguradora universal de los riesgos y daños que puedan acontecer, señaladamente los inevitables para la salud, bien por naturaleza, bien por no poder ser remediados en el estado actual de la ciencia y la técnica sanitarias; finalidad ésta de aseguramiento a todo riesgo que no contempla la institución de la responsabilidad patrimonial administrativa tal y como viene configurada por el artículo 106.2 de la Constitución, la LPAC y el resto del ordenamiento jurídico. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados (por todos, nuestro Dictamen núm. 56/2005).

Como puede advertirse, los criterios bajo los que debe ser enjuiciada la actuación médica son de índole estrictamente técnica. Ello supone que las consideraciones que puede realizar este Consejo Jurídico en casos como el presente han de limitarse al enjuiciamiento de los presupuestos y requisitos, de índole estrictamente jurídica, que deben concurrir en la actividad probatoria para que pueda concluirse la acreditación de la infracción de la referida "*lex artis*" o, lo que es lo mismo, en la existencia de una mala "*praxis*" médica (Dictamen 3/2004).

Como indicamos en nuestro Dictamen núm. 50/2007, la determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a "*normopraxis*" descansa, de forma necesaria, en la apreciación

efectuado por profesionales de la Medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para el reclamante, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidas durante todo el proceso asistencial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Para la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su cualidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis objetivo e imparcial de las actuaciones efectuadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un especial valor a efectos de prueba.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

QUINTA.- Actuación anómala que se imputa al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

Para el reclamante la intervención quirúrgica de cataratas, sin adoptar las medidas oportunas, ha sido la determinante de las lesiones sufridas y ha provocado que en febrero de 2002 se le detectara como alteraciones más relevantes en el globo ocular, infiltrado inflamatorio crónico en conjuntiva a nivel limbo esclero-corneal, y presencia de abundantes colonias bacterianas en cámara anterior. En los escritos presentados, tras los trámites de audiencia otorgados, la parte reclamante incide, no sólo en no haberse adoptado las medidas oportunas en la intervención quirúrgica, sino también en no haberle prestado tratamiento médico adecuado al paciente en el momento oportuno, lo que le ha provocado las graves e irreversibles secuelas.

Por el contrario, la propuesta de resolución sostiene, con fundamento en el parecer de la Inspección Médica, que no hay datos referentes a que la intervención quirúrgica fuese incorrecta, y a que la cirugía no se efectuase con la adecuada técnica quirúrgica. En relación con los riesgos de la intervención materializados en el paciente, señala que éste estaba debidamente informado de las complicaciones que podía generar la intervención de catarata, pues en el documento de consentimiento informado constan, entre otros, los riesgos de aumento de la tensión ocular y las alteraciones de la transparencia de la córnea, por lo que no cabe calificar el daño de antijurídico. A este respecto conviene enfatizar que el reclamante no cuestiona que recibiera la información contenida en el documento de consentimiento informado.

Para determinar si la Administración ha puesto a disposición del paciente los medios para lograr su curación, en atención a que estamos ante una obligación de medios con independencia del resultado, conviene partir de los siguientes datos obrantes en la historia clínica y en los informes médicos, sobre todo el de la Inspección Médica, de acuerdo con lo señalado en la Consideración anterior, por su carácter eminentemente técnico (Dictámenes núms. 133/04 y 56/2005 del Consejo Jurídico), y a la vista de su importante labor investigadora realizada para esclarecer toda la praxis médica seguida con el paciente mediante entrevistas a diversos profesionales de la sanidad pública (folio 202), lo que motivó que se demorara en la emisión de su parecer:

1º. El paciente, de 72 años de edad, acude a consulta por pérdida de visión en ambos ojos. De acuerdo con el informe de la Inspección Médica la primera consulta documentada en el

expediente data de 8 de octubre de 1999 (folio 59), por disminución de la agudeza visual en OD desde hacía un año, y en la exploración se anotó el dato de *"sólo apreciación de luz"*, ingresando el paciente en lista de espera quirúrgica de cataratas el 2 de diciembre de 1999.

2º. La intervención fue realizada el 14 de marzo de 2000, practicándosele una facoemulsificación de cristalino en el OD con implante de LIO, sin incidencias intraoperatorias, siendo dado de alta al día siguiente (folio 86). A preguntas de la parte reclamante, la Dra. L. A. contesta que se le realizó con la técnica habitual para esta cirugía, sin que se haya discutido por el reclamante la pertinencia de la intervención y de la técnica empleada.

3º. Fue citado para su posterior control postoperatorio el 22 de marzo de 2000, y el día de la revisión se aprecia edema corneal, por lo que se inicia tratamiento tópico específico junto con lente de contacto terapéutica, no apreciándose en ese momento infección ocular ni ulceración. El edema corneal es una complicación postoperatoria prevista en la información suministrada por el consentimiento informado (folio 67), extremo que tampoco es discutido por la parte reclamante.

4º. Pasados tres meses de la intervención, y sin solucionarse el edema a pesar del tratamiento, presenta una nueva complicación con aumento de la presión intraocular, por lo que ante la sospecha de un glaucoma maligno se decide efectuar iridectomía periférica, controlándose el cuadro de la hipertensión ocular. En este sentido, el reclamante no logra probar que los facultativos que le atendieron pudieran prever la aparición del glaucoma con anterioridad, a través del interrogatorio de preguntas formulado a la Dra. L., quien responde lo siguiente a la pregunta tres: *"La posibilidad de aparición de un glaucoma maligno no se puede diagnosticar con anterioridad a su aparición. En el caso del Sr. E. dicha crisis apareció a los cuatro meses de haber sido operado de cataratas. El glaucoma maligno es un cuadro de aparición súbita que ocurre como complicación de cirugía intraocular"* (...). A mayor abundamiento cabe añadir otros dos datos: que es una complicación prevista en el consentimiento informado (aumento de tensión ocular postoperatoria), y que se solucionó con láser en el caso del paciente.

5º. Según constata la Inspectora Médica la evolución del paciente fue seguida y tratada por el Servicio de Oftalmología del Hospital de Caravaca, al que el paciente acudió a numerosas consultas (folio 196). Igualmente demandó atención médica no sólo por problemas oculares sino también por otras patologías: sufre de cardiopatía isquémica desde el año 1986 diagnosticada en el Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA), EPOC, infecciones urinarias de repetición y adenoma prostático, patología osteoarticular, etc. (folio 204).

6º. Los propios facultativos reconocen que la evolución del paciente fue desfavorable, tal y como expresa el reclamante, -lo que no implica *"per se"* una inadecuada praxis médica-, y ante la persistencia del edema corneal con descompensación endotelial (complicación también documentada en el consentimiento informado) se decide remitir al paciente a la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca en enero de 2001 para que valoren transplante corneal en el ojo derecho, y según la Inspección Médica, la queratoplastia era de pronóstico dudoso (folio 205). El 30 de abril de 2001 ingresó en el Servicio de Oftalmología del HUVA (en aquel momento en el edificio de la Cruz Roja habían quirófanos de Oftalmología) a las 23,22 horas, y realizado de urgencias preoperatorio, no se le pudo efectuar el transplante por encontrarse la cornea del donante en malas condiciones, y ante las importantes molestias que presenta el paciente se hace una nueva propuesta para queratoplastia en julio de 2001, siguiéndose el tratamiento local con colirios y lentilla terapéutica (respuesta 6 de la Dra. L.). Aclarando este periodo la Inspectora Médica manifiesta que se disponen de datos de registro de entrada de 6 de agosto de 2001 del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca que indican que el paciente se encontraba de nuevo en lista de espera para transplante (folios 206 y 207). A este respecto el reclamante también fundamenta su pretensión en una de las respuestas de la Dra. L. (la núm.

4), que hace referencia a que si en un periodo de 6-10 meses no se resuelve el proceso de deescompensación se pasa a la solución quirúrgica que consiste en un trasplante de córnea, y sostiene que en el caso del paciente se dejaron transcurrir 23 meses. Sin embargo, la intervención de la catarata data de 14 de marzo de 2000, y al paciente se le remitió al HUVA para valorar dicho trasplante corneal el 12 de enero de 2001, dentro del límite del plazo indicado por la Dra., si bien, como se ha indicado, no pudo llevarse a cabo el trasplante por las razones que detalla la Inspectora Médica (folio 206).

7º. Posteriormente, en enero de 2002, mientras el paciente permanecía en lista de espera, apareció una úlcera corneal que representa un agravamiento de su proceso, con la aparición de hipopion de fibrina y absceso corneal. Se describe la ecografía sin opacidades vítreas. Se inicia tratamiento local y sistémico. El 28 de enero de 2002 el paciente presenta una reacción alérgica posiblemente a ciprofloxacino. El 5 de febrero de 2002 ingresa urgente por una neumonía. Ante el agravamiento del cuadro ocular (endofthalmitis) y el decaimiento del estado general en la última semana se procede a efectuar la enucleación del globo ocular derecho el 6 de febrero de 2002, siendo dado de alta el 12 de febrero de 2002. A este respecto el letrado actuante pregunta al Dr. L. L. si con un juicio diagnóstico temprano en la detección del glaucoma podría haber evitado la enucleación del ojo derecho, a lo que responde: *"la causa de la enucleación fue una panendofthalmitis que es una infección del ojo en la que prácticamente están afectadas todas las estructuras. Si no hubiera aparecido esta endofthalmitis no se le hubiera realizado la enucleación"*. Asimismo señala el reclamante que la pérdida del ojo no está indicada en el Consentimiento Informado sobre cirugía de la catarata, sin embargo sí consta esta posibilidad en un porcentaje mínimo para las complicaciones más graves. Tampoco ha de obviarse que la catarata, dolencia que padecía el paciente, supone la pérdida de la transparencia del cristalino que produce pérdida progresiva de la visión, llegando a ser total en algunos casos (folio 67).

8º. Acerca del tiempo empleado para los trasplantes de córnea, otro de los aspectos que cuestiona el reclamante, dice la Inspectora Médica (folio 205: *"(...) no hay tiempo definido para considerar las propuestas de queratoplastia, Que se piensa en esta posibilidad según la evolución del paciente. En este caso, una vez no resuelta la descompensación endotelial con tratamiento médico. Al ser preguntado nos comenta que ha tenido pacientes en lista de espera 3 meses y otros que han permanecido en espera 7-8 años, dependiendo de las córneas disponibles en cada momento, y la inclusión preferente o no en el listado"*).

Así pues el informe de la Inspectora Médica, que no sólo se ha fundamentado en la historia clínica e informes de los facultativos que intervinieron, sino también en su labor de investigación y consulta para clarificar periodos y actuaciones menos documentadas en la historia clínica, pone de manifiesto que las actuaciones diagnósticas y terapéuticas fueron adoptándose a la vista de la evolución del paciente, y las complicaciones pueden ser inevitables a pesar de haberse adoptado una asistencia correcta en los términos y parámetros antes indicados.

Frente a ello, las alegaciones del reclamante no vienen sustentadas por facultativo alguno, y el resultado de la prueba de parte practicada tampoco permite sostener la infracción de la *"lex artis"* en el presente caso, pese a que determinadas complicaciones contenidas en el documento de consentimiento informado se materializaron en el paciente. Y cuando las lesiones por las que se reclaman son debidas a cursos médicos evolutivos ajenos a infracción de la *"lex artis"*, no concurren los requisitos definidores de la responsabilidad patrimonial, como sostiene la STS, Sala 3ª, de 14 de marzo de 2007 (recurso 5613/2003).

Por último tampoco ha concretado el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba conforme a lo dispuesto en el artículo 217 LEC, la cuantía indemnizatoria que reclama, pese al

tiempo transcurrido y los trámites de audiencia otorgados, lo que aboca asimismo a la desestimación de la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

