



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 219/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de julio de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 19 de noviembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 379/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 14 de octubre de 2009 el Director Gerente del Hospital Universitario José María Morales Meseguer (HMM), remite al Servicio Murciano de Salud (SMS) reclamación formulada por x, por la asistencia recibida por su mujer x, en la que, utilizando una hoja de sugerencias, reclamaciones o agradecimiento, expone que en febrero de 2009 su mujer fue intervenida de cataratas en el citado hospital, y que, como consecuencia de dicha operación, tuvo que ser ingresada de nuevo debido a la infección que contrajo por un virus de quirófano.

Añade x que, a pesar de haber recibido tratamiento, en la fecha de la reclamación su mujer mantenía la pérdida total de visión en el ojo, a lo que cabría añadir el aspecto antiestético del mismo, por lo que solicita una indemnización económica que no cuantifica.

Junto con el anterior escrito el Director Gerente remite la historia clínica de la paciente, así como informe de los facultativos que la atendieron. De la documentación que figura incorporada a la historia clínica, resulta conveniente destacar, a los efectos que aquí nos ocupa, la siguiente:

1. Informe del Servicio de Oftalmología del HMM, en el que, tras describir los antecedentes personales de la enferma (diabetes tipo 2, hipertensión e intolerancia a la penicilina), así como los oculares (cirugía de cataratas del ojo derecho en 2004; panfotocoagulación de ambos ojos, OD en 2004 y OI en 2007; e inyección de acetato de triamcinolona subconjuntival en ojo izquierdo, en noviembre de 2007), se indica lo siguiente:

"La enferma fue informada en la consulta de oftalmología por la Dra. x de los riesgos típicos y particulares de la cirugía de cataratas, y la paciente prestó su Consentimiento Informado según estipula la Ley. Hay evidencias científicas suficientes que avalan la existencia de un mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas en los

pacientes diabéticos de larga evolución.

Según protocolo del Servicio se explican y entregan por escrito unas órdenes de tratamiento preventivo profiláctico para que la paciente unos días antes de la cirugía prepare su ojo con la higiene palpebral y un antibiótico de amplio espectro en administración tópica.

(El) 16-2-2009, en quirófano se cumple con el protocolo profiláctico de asepsia quirúrgica del Servicio, desinfectándose con povidona yodada la piel peri orbitaria y los fondos de saco conjuntivales.

La paciente fue intervenida de cataratas del ojo izquierdo, bajo anestesia tópica, mediante facoestimulación del cristalino e implante de una lente intraocular de cámara posterior en dicho ojo. La cirugía se llevó a cabo sin ningún tipo de incidencias ni complicaciones.

Al finalizar la intervención también se realizó una profilaxis antibiótica con ciprofloxacino para disminuir el riesgo de infección.

Al alta hospitalaria se le entregó un informe de alta con el tratamiento a seguir y con una serie de recomendaciones de higiene y reposo, así como información protocolizada de los signos de alarma de complicaciones postquirúrgicas, instándose a acudir al Servicio de Urgencias en caso de que aparezcan.

La revisión a las 24 horas de la cirugía de la paciente transcurrió sin incidencias.

A las 48 horas acudió por urgencias, siendo vista por el Médico de puerta y derivada al Servicio de Oftalmología, siendo visitada en esta ocasión por el Oftalmólogo encargado de las urgencias, (Dr. x), quien tras diagnosticar la endoftalmitis postquirúrgica precoz, inició la pauta establecida por la Sociedad Española de Oftalmología para estos casos: inyección Intravítreas de Vancomicina 1 mgrs/0,1 ml. Y Ceftazidima 2,25 mgrs/0,1 ml. Previa administración de las intravítreas se toma muestra intraocular para cultivo.

Después se procede al ingreso de la enferma a cargo de oftalmología y a la administración tópica de colirios reforzados de Vancomicina y Ceftazidima en pauta horaria, así como por vía intravenosa; como recomienda el protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología, así como corticoides por vía tópica y a la espera de los resultados de la identificación del agente causal.

Esta identificación por parte de microbiología nos habla de un estafilococo coagulasa negativo, que es uno de los que se aíslan con más frecuencia en las endoftalmitis postquirúrgicas y que es sensible a los antibióticos administrados. La evolución de la enferma es tórpida desde el principio.

25-2-2009. Se realiza un nuevo lavado de Cámara anterior toma de muestras e inyección intravítreas de

Ceftazidima y Vancomicina. Se continúa con la administración de tratamiento por vía tópica e intravenosa.

Se produce una leve mejoría clínica siendo dada de alta a los 20 días, tras la retirada de los antibióticos intravenosos, y continuando su administración tanto por vía oral como tópica, así como con corticoides tópicos.

Se realiza seguimiento ambulatorio en consultas externas a pesar de haber desaparecido los signos de infección en cámara anterior, la córnea permanece edematoso y el vítreo turbio, siendo la recuperación funcional de ese ojo nula.

En la actualidad el ojo ha evolucionado hacia la ptosis bulbi, (atrofia ocular).

Conclusión:

Toda la actuación realizada se ajusta al protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología para cirugía de catarata y endoftalmitis postquirúrgica, entendiendo que ha sido adecuada, con unos riesgos de complicación informados y consentidos, adoptándose todas las medidas para evitarlos y producidos se adoptaron igualmente todas las medidas posibles para minimizar sus efectos".

2. Informe clínico de alta por mejoría de cirugía de cataratas del Servicio de Oftalmología, de 16 de febrero de 2009, en el que se señala lo siguiente: '*Paciente con Catarata nuclear +++, ha sido intervenida del ojo izquierdo bajo anestesia tópica, el día 16 de febrero de 2009. Técnica quirúrgica empleada Facoemulsificación e implante de lente intraocular de cámara posterior*'. Al final del informe se hacía constar que debía volver a consulta externa al día siguiente, a las 9 horas.

3. Informe clínico de alta del Servicio de Oftalmología, de 10 de marzo de 2009, en el que se anotaba lo siguiente: '*Paciente que se interviene de catarata de ojo izquierdo el 16 de febrero de 2009, realizándosele una facoestimulación de su catarata e implante de LID en dicho ojo, sin incidencias. Al día siguiente es revisada sin objetivar nada de importancia. Acude por urgencias el 18 de febrero de 2009 por haber notado una pérdida de visión por ese ojo en las últimas horas. Es diagnosticada de Endoftalmitis en el postoperatorio inmediata procediendo a su ingreso y protocolo establecido.*

Tras tratamiento tanto intravenoso como tópico reforzado intensiva y tras una evolución algo tórpida, es dada de alta en el día de la fecha con tratamiento, etc."

4. Informe clínico de consultas externas de oftalmología, de 15 de julio de 2009, en el que, en el apartado anamnesis, exploración física, etc., se indica lo siguiente: '*Paciente intervenida de catarata del ojo izquierdo realizándosele Faco. Too. Ojo izquierdo, sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato hizo una Endoftalmitis tóxica, siendo la evolución de dicho ojo nula. En la actualidad Au-00=I. Ol=P2*".

5. Consentimiento informado prestado por la paciente para la intervención de cataratas (folio 45), en el que se hacen constar como riesgos típicos de la misma los siguientes:

"(...) en el curso de acto quirúrgico, así como durante el postoperatorio, pueden surgir complicaciones que en algún caso pueden dar lugar a la pérdida de visión del ojo operado.

Las complicaciones más graves que pueden tener lugar con la operación son: una inflamación infraocular importante, una infección del globo ocular, una hemorragia infraocular, la abertura de la herida quirúrgica. En algún caso puede ser necesaria una segunda intervención para intentar solucionar alguna de estas complicaciones".

SEGUNDO.- Tras diversas subsanaciones llevadas a cabo por x, entre ellas la que acredita la representación que afirmaba ostentar de su esposa, el 16 de febrero de 2010 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, la cual fue notificada a las partes interesadas.

TERCERO.- Obra en el expediente un informe médico emitido colegiadamente por dos facultativas, especialistas en oftalmología, de 8 de marzo de 2010, aportado por la aseguradora del SMS, en el que se concluye lo siguiente:

"1. La reclamante presentaba catarata en estado avanzado, cuya evolución espontánea conduce a una pérdida progresiva de la visión, llegando en muchos casos a una situación de invalidez visual. El único tratamiento actual para la catarata es la cirugía (extirpación quirúrgica del cristalino). Además, la reclamante padecía retinopatía diabética en ambos ojos, tratada de forma previa mediante fotocoagulación retiniana con láser argón en ambos ojos, e inyección de trigon subtenoniano en ojo izquierdo.

2. Como todas las cirugías, la cirugía de catarata presenta posibles riesgos y complicaciones descritos. Entre ellos se encuentra el riesgo de infección del contenido intraocular (endoftalmitis). La reclamante firmó el consentimiento informado para la intervención, que incluía dicha posibilidad.

3. La intervención quirúrgica (facoemulsificación con implante de lente intraocular) fue adecuada, y transcurrió sin complicaciones. Asimismo, la revisión realizada al día siguiente describió un postoperatorio normal, sin ningún signo ni síntoma propio de infección, o que hiciese sospechar lo que iba a ocurrir el día siguiente.

4. Dos días después de la cirugía la reclamante acudió a urgencias, describiéndose un cuadro de endoftalmitis aguda, comenzándose en ese mismo momento el tratamiento de dicha infección, tratamiento que fue adecuado (toma de muestras para microbiología, aplicación de antibióticos intravítreos de forma precoz). La endoftalmitis es una entidad grave, y su evolución con frecuencia es desfavorable, como ocurrió en este caso, a pesar del tratamiento correcto.

5. El origen del germe que causa la infección es, en la gran mayoría de los casos, el propio paciente (no el quirófano). Hasta la fecha, no existe ningún tratamiento que esterilice por completo la superficie ocular y que

pueda garantizar la ausencia de contaminación. En este caso, consta claramente en la historia clínica obrante que se realizó preparación del área quirúrgica mediante povidona iodada, único tratamiento que ha demostrado ser eficaz en la prevención de la endoftalmitis tras cirugías oculares. Además, se aplicaron antibióticos locales (colirio) de forma pre y postoperatoria".

CUARTO.- Solicitado por el órgano instructor, se incorpora al expediente informe de la Inspección Médica, en el que se alcanzan las siguientes conclusiones:

- "1. Hay evidencias científicas suficientes que avalan la existencia de un mayor riesgo de complicaciones postquirúrgicas en los pacientes diabéticos. En este caso, la reclamante presentaba retinopatía diabética en ambos ojos, tratada mediante fotocoagulación retiniana con láser argón para prevenir hemorragias retinianas, e inyección de trigón submentoniano en ojo izquierdo.
2. Entre los riesgos típicos de la cirugía de catarata que se especifican en el consentimiento informado que firmó la paciente, se encuentra la infección del globo ocular que puede dar lugar a la pérdida de visión del ojo operado.
3. La principal causa de endoftalmitis es la cirugía ocular, y de ésta, el 90% es debida a cirugía de la catarata (10).
4. La incidencia de endoftalmitis en la cirugía actual de la catarata (facoemulsificación), está entre el 0,015 y el 0,5% (11), según los diferentes estudios retrospectivos.
5. Un alto porcentaje de los microorganismos responsables de las endoftalmitis postoperatorias provienen de la propia flora saprofita del paciente (43), que contamina el interior del globo ocular durante el acto quirúrgico.
6. Los microorganismos más frecuentes en las formas agudas de endoftalmitis son los estafilococos coagulasa negativa (>60%). Microorganismo aislado en este caso y de probable origen en la flora saprofita de la paciente.
7. El uso de antisépticos como la povidona iodada y la aplicación de antibióticos en el preoperatorio han demostrado su eficacia en la reducción de la carga microbiana de párpados y conjuntiva en pacientes asintomáticos aunque no la esterilización completa.
8. Toda la actuación realizada se ajusta a los protocolos de la Sociedad Española de Oftalmología para cirugía de catarata y endoftalmitis postquirúrgica, con unos riesgos de complicación informados y consentidos, adoptándose todas las medidas para evitarlos. La endoftalmitis se diagnostica de forma precoz y se trata de forma adecuada, con antibióticos intravítreos e intravenosos, para minimizar sus efectos. En este caso, la evolución fue tórpida y se produce atrofia ocular".

QUINTO.- La instructora procede a remitir copia del informe de la Inspección Médica a la entidad aseguradora, la cual envía un nuevo informe de las mismas facultativas que emitieron el primero, en el que se alcanzan las siguientes conclusiones:

"1. La reclamante presentaba catarata en estado avanzado, con agudeza visual muy pobre (inferior al 5% de la normalidad) de forma preoperatoria. La evolución espontánea conduce a una pérdida progresiva de la visión, llegando en muchos casos a una situación de invalidez visual. El único tratamiento actual para la catarata es la cirugía (extirpación quirúrgica del cristalino).

2. Como todas las cirugías, la cirugía de catarata presenta posibles riesgos y complicaciones descritos. Entre ellos se encuentra el riesgo de infección del contenido intraocular (endoftalmitis). La reclamante firmó el consentimiento informado para la intervención, que incluía dicha posibilidad.

3. La intervención quirúrgica (facoemulsificación con implante de lente intraocular) se realizó mediante técnica adecuada (facoemulsificación), ocurriendo durante la misma la luxación de fragmentos cristalinianos al vítreo. Dicha complicación está descrita de forma clásica, ocurre en un pequeño porcentaje de casos a pesar de una praxis adecuada, y es más frecuente en cataratas más maduras, como era el caso.

4. El manejo de la complicación ocurrida fue adecuado, realizándose vitrectomía anterior, sin implantarse lente intraocular, y derivándose a la paciente el día siguiente a su centro de referencia para tratamiento vitreoretiniano (se contactó con ellos telefónicamente para concertar la cita).

5. Tres días después de la cirugía la reclamante acudió a urgencias, describiéndose un cuadro de endoftalmitis aguda, comenzándose en ese mismo momento el tratamiento de dicha infección, tratamiento que fue adecuado (toma de muestras para microbiología, aplicación de antibióticos intravítreos de forma precoz). La endoftalmitis es una entidad grave, y su evolución con frecuencia es desfavorable, como ocurrió en este caso, a pesar del tratamiento correcto.

6. El origen del germe que causa la infección es, en la gran mayoría de los casos, el propio paciente (no el quirófano). Hasta la fecha, no existe ningún tratamiento que esterilice por completo la superficie ocular y que pueda garantizar la ausencia de contaminación. En este caso, consta claramente en la historia clínica obrante que se realizó preparación del área quirúrgica mediante povidona iodada, único tratamiento que ha demostrado ser eficaz en la prevención de la endoftalmitis tras cirugías oculares. Además, se aplicaron antibióticos locales (colirio) de forma pre y postoperatoria".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a las partes (aseguradora del SMS y reclamante), ninguna de ellas hace uso del mismo al no comparecer ni presentar alegación alguna.

Seguidamente se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos que son jurídicamente necesarios para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

SÉPTIMO.- En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico.

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, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamante, al sufrir los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida en un centro sanitario dependiente de la Administración, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

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

En lo que se refiere al plazo, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC.

Finalmente, el examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 de la Constitución: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1)

también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla. Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predictable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de*

gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada 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-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos 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). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los

daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

La reclamante sostiene que la asistencia sanitaria que se le prestó en el HMM no fue adecuada, calificando de desproporcionada la pérdida total y permanente de la visión de su ojo izquierdo.

Sin embargo, no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del sistema sanitario regional, ni tampoco formuló alegaciones en el trámite de audiencia otorgado y, en cambio, los fundados informes médicos del Servicio de Oftalmología del HMM, de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica, reseñados en los antecedentes, afirman unánimemente que la actuación sanitaria prestada a la paciente fue ajustada a normopraxis. Así, según consta en los antecedentes médicos incorporados al expediente, se prescribió terapia antibiótica antes de la intervención. En el quirófano se cumplió con el protocolo profiláctico de asepsia quirúrgica, desinfectando con povidona yodada la piel peri orbitaria y los fondos de saco conjuntivales. Al terminar la intervención se realizó una profilaxis antibiótica con ciprofloxacino.

Pues bien, pese a que la operación se llevó a cabo con la profilaxis antiséptica y antibiótica requerida y aunque la técnica quirúrgica se practicó sin incidencias, la paciente sufrió una complicación grave (endoftalmitis posquirúrgica), recogida como riesgo en el consentimiento informado firmado por la interesada, y cuyo germe causal es difícil de determinar, aunque los informes de la Inspección Médica y de la aseguradora del SMS se inclinan por residenciar en la propia paciente debido al riesgo añadido que suponía la diabetes que presentaba.

Por otro lado, inciden también estos informes en que una vez que debuta la infección, se dispusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos estipulados para estos casos: "*la endoftalmitis se diagnostica de forma precoz y se trata de forma adecuada, con antibióticos intravitreos e intravenosos, para minimizar sus efectos*" (informe de la Inspección Médica, folio 254), sin que sin embargo se pudiese evitar la evolución tórpida de la patología que, finalmente, produjo la atrofia ocular.

En definitiva, de acuerdo con la documentación que se ha incorporado al expediente, resulta que la endoftalmitis es una complicación grave, que aun tratada de forma adecuada puede desencadenar graves secuelas como las que presenta la reclamante, sin que ésta, como decíamos antes, haya aportado un informe pericial sobre cómo y en qué momento se cometió infracción de la *lex artis* que sustente el resultado desproporcionado que alega. No podemos olvidar que, según indica la Inspección Médica, el pronóstico de esta grave complicación no es bueno.

Todo lo anterior, permite a este Consejo Jurídico concluir que, en el expediente sometido a consulta, procede la desestimación de la reclamación por falta de acreditación del nexo causal entre el daño invocado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

CONCLUSIÓN

UNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no concurrir los requisitos determinantes de la misma.

No obstante, V.E. resolverá.

