

Dictamen nº: **504/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.11.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de noviembre de 2020, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de La Princesa, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en el diagnóstico y seguimiento de la patología ocular que padecía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por el abogado de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 13 de noviembre de 2018 en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid.

El escrito de reclamación recoge que el día 20 de enero del año 2016 la reclamante, usuaria de lentes de contacto, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por dolores intensos en su ojo derecho. Según refiere, había consultado en las horas previas

en el Hospital Universitario La Princesa donde se le había procedido a realizar una oclusión del ojo y citado en consulta de especialidades para el día 21 de ese mismo mes.

El dolor que presentaba la paciente era tan intenso que no remitía con analgésicos, sumándose una fuerte fotofobia. Señala el escrito que el diagnóstico fue de infiltrado corneal infeccioso en el ojo derecho. Se pautó tratamiento de gotas cada dos horas y otra cada 24 horas, además de analgésicos, dándole cita con Oftalmología del mismo hospital al día siguiente para control.

Continúa el relato de los hechos señalando que los días 21 y 22 de enero de 2016, la paciente acudió a consultas externas del Hospital Universitario Ramón y Cajal para control de la infección, si bien los intensos dolores y la fotofobia continuaban presentes. El día 23 de enero acudió de nuevo al Servicio de Oftalmología del hospital para control por recomendación de los oftalmólogos. Su diagnóstico fue de absceso corneal y ojo derecho con mala evolución. Refiere la reclamante que, ante la situación tan invalidante que sufría, decidió solicitar su ingreso hospitalario. Afirma que el día 24 de enero de 2016, durante el ingreso, los facultativos le comunicaron que la evolución de la infección estaba siendo muy mala y que el ojo no respondía al tratamiento pautado. De igual modo, manifiesta que los cuidados y tratamientos dispensados por Enfermería resultaron inadecuados, dado que las gotas pautadas había que dispensarlas cada dos, tres y cuatro horas y alguna de ellas tenía que ser conservada en frío, lo que llevó a numerosas equivocaciones.

El 25 de enero de 2016 la paciente tuvo una nueva consulta de control por el Servicio de Oftalmología, siendo atendida en esta ocasión, según la reclamación, por un especialista en córnea. El dolor y la fotofobia no habían desaparecido a pesar del tratamiento, pese a lo cual afirma que el doctor decidió dar el alta a domicilio con indicación de revisiones diarias pues ya se había confirmado el diagnóstico: queratitis

infecciosa por Acantameba y Pseudomonas. La paciente regresó a su domicilio, pero la fotofobia y los dolores no remitían pese a los tratamientos instaurados.

Al día siguiente, la reclamante regresa a consultas externas con el citado especialista en córnea, que le prescribe la continuación del tratamiento, de modo que los días 27, 28, 29, 30, 31 de enero y 1, 2 y 3 de febrero la paciente refiere que acude a consultas con el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Señala la reclamación que el día 4 de febrero de 2016 se produjo un cambio en la situación: se evidenciaron alteraciones en el ojo. El facultativo especialista, acompañado en consulta por otra doctora, comunicó que la infección había remitido un poco. Ante esta información, afirma la reclamante que la citada doctora miró a la pantalla donde aparecía la foto que acaban de realizar al ojo y dijo: *“yo no veo que la infección haya remitido”*. A pesar de ello, el especialista indicó a la paciente que ya no tenía que volver a consulta hasta el siguiente martes, día 9 de febrero.

El día 6 de febrero, en el momento de administrarse las gotas, la paciente comenzó a sentir dolor. Refiere cómo horas más tarde notó un líquido pastoso amarillo excretándose de su ojo derecho y esa noche apenas pudo dormir por el dolor.

Al día siguiente, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Fue explorada por un doctor distinto que, sin embargo, señala el escrito que se puso en contacto con su especialista habitual quien, siempre según la reclamación, le dio las instrucciones oportunas: se retiraba el colirio de Clorhexidina, comenzar a tomar Doxiciclina 100 mgr y debía acudir a consulta al día siguiente en ayunas en el quirófano de Oftalmología.

Según las instrucciones recibidas, la reclamante se personó el lunes día 8 de febrero en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, siendo informada en ese momento que era necesario pedir una córnea de urgencias porque había que hacer un trasplante cuanto antes. El ingreso se produjo ese mismo día a las 14:00 horas.

Refiere el escrito que la mañana del día 9 de febrero de 2016, el especialista comunicó que la córnea para el trasplante ya estaba en el hospital. Sin embargo, en lugar de proceder a intervenir inmediatamente, señala la reclamación que el mismo doctor informó a la paciente que tenía que marcharse a la privada a operar pero que tal vez podría volver a última hora a realizar el trasplante o, en su caso, lo realizaría al día siguiente. La intervención se produjo, finalmente, en la noche del día 9 de febrero y, según la reclamante, el consentimiento informado para la intervención fue entregado en la antesala del quirófano.

Continúa señalando la reclamante que al día siguiente, 10 de febrero, fue necesario reintervenirla, indicándole además que era preciso inyectar nuevos fármacos, pues no podía descartarse que la ameba hubiera pasado al torrente sanguíneo y era necesario suministrar un fungicida sistémico. Afirma que durante este proceso nadie le ofreció explicación alguna sobre los riesgos de los correspondientes tratamientos.

Prosigue su relato manifestando que la semana siguiente acudió a revisión, siendo sometida en aquel momento a una nueva intervención. El ojo derecho continuaba con molestias e inflamado. En posteriores revisiones, se evidenció la formación de una catarata, de modo que se llevó a cabo una ecografía para verificar el estado de la retina. Posteriormente, se produjeron consultas cada quince-veinte días. Refiere que el ojo fue desinflamándose, pero su aspecto era malo. La catarata persistía y la pupila no reaccionaba. En el mes de junio se procedió a la

retirada de los puntos y, según la reclamante, se le indicó que en septiembre se procedería a intervenir la catarata.

Alega la paciente que su situación era complicada, pues sólo tenía visión en un ojo, siendo profesora, y aunque intentó seguir trabajando, le resultaba prácticamente imposible. No podía leer, tenía que taparse el ojo derecho y solo leer con el izquierdo (que además tiene 9 dioptrías).

En agosto de 2016, el relato de los hechos señala que la reclamante comenzó a sentir dolor y sensibilidad a luz en el ojo, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde fue diagnosticada de “*descompensación corneal*”, pautándose tratamiento con colirios. En la consulta del mes de septiembre de 2016, el ojo derecho presentaba edema.

Según la reclamación, en el mes de noviembre del año 2016 la psicóloga que estaba asistiendo a la paciente emitió un informe para el reconocimiento de la discapacidad, determinando que padecía un trastorno adaptativo mixto con síntomas depresivos y ansiedad.

Dado que en posteriores consultas se evidenció que estaba perdiendo visión, la reclamante afirma que decidió entonces acudir a otros especialistas en busca de una solución para su situación y, en enero del año 2017, comenzó a acudir al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, donde fue atendida por diferentes especialistas durante siete meses. Señala que durante esos meses acudió a innumerables citas, cada vez con un doctor diferente, sin que los diversos facultativos que la asistieron pudieran consensuar un plan conjunto. Por ello, afirma que decidió entonces contactar con una clínica privada en Barcelona, acudiendo a consulta el día 7 de junio del año 2017.

Refiere el escrito que, tras las exploraciones oportunas, el médico privado indicó que la catarata podía extraerse sin complicaciones, de tal

manera que el día 3 de julio del año 2017 se llevó a cabo la intervención. Respecto del trasplante, el facultativo informó a la reclamante que se encontraba en bastante mal estado, por lo que recomendó realizar un segundo trasplante, que se llevó a cabo el día 30 de noviembre del año 2017.

Señala la reclamación que el segundo trasplante obtuvo buenos resultados, lográndose recuperar un porcentaje de visión. Manifiesta que, a fecha de interposición de la reclamación, la paciente aún se encuentra en tratamiento.

Se acompaña como documento adjunto relato de los hechos acaecidos suscrito por la propia reclamante.

En definitiva, la reclamación afirma la existencia de una deficiente asistencia y seguimiento desde el comienzo de la sintomatología en enero del año 2016. Señala que existió un incoherente y errático seguimiento de la paciente, sin que fuera acorde a la *lex artis* proceder a la oclusión del ojo y sin que se encuentre explicación alguna que justifique por qué no se adoptaron las medidas indicadas para evitar la perforación, como era el recubrimiento con membrana amniótica, o incluso, el trasplante de córnea, pero antes de que se produjera de forma efectiva la perforación del ojo derecho.

Además, alega el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología que presentaba la paciente, así como deficiente asistencia y seguimiento durante los meses siguientes a la intervención. También advierte la reclamante sobre la ausencia de información en relación con los tratamientos instaurados.

Por último, afirma que la cuantía de la indemnización ha de establecerse como indeterminada, al no disponer del historial médico completo de la paciente y carecer de elementos de criterio suficientes

para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño.

La reclamación solicita la incorporación al expediente de la historia clínica de la paciente obrante en los diferentes centros públicos y privados en los que ha sido asistida.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 53 años de edad en el momento de los hechos, acude a las 07:56 horas del 20 de enero de 2016 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por presentar dolor en ojo derecho, posiblemente relacionado con uso continuado de lentillas de contacto. Es examinada por el oftalmólogo, que diagnostica una gran desepitelización en ojo derecho secundaria al uso de lentillas. Se prescribe un ciclopéjico epitelizante y oclusión durante 48 horas, recomendando que acuda a los dos días a su especialista de zona (le correspondía el CEP de San Blas). La paciente es dada de alta a las 09:11 horas.

Dado que continuaba con molestias, esa misma tarde (a las 20:16 horas) acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. En la exploración, se aprecia dolor y fotofobia central de 4 mm, infiltrados corneales, iris normal y fáquico. Se diagnostica un infiltrado corneal infeccioso en ojo derecho, se solicita raspado corneal para cultivo y, tras consultar con Pediatría pues la paciente está dando lactancia, se prescribe tratamiento antibiótico tópico, paracetamol y ciclopéjico.

El 23 de enero de 2016 la paciente vuelve a Urgencias por mala evolución. En informe de Microbiología sobre la muestra del 20 de enero de 2016, se objetivan pseudomonas sensibles a la vancomicina y amikacina. La exploración del ojo derecho muestra un infiltrado

pancorneal y erosión de 8x6mm. Se anota como diagnóstico “*absceso corneal de ojo derecho*”. Se toman nuevas muestras y se decide ingresar a la paciente. Sigue tratamiento ingresada anotándose mejoría subjetiva y menos molestias el 24 de enero de 2016, siendo dada de alta el 25 de enero de 2016 con diagnóstico de queratitis infecciosa y absceso corneal en el ojo derecho. Se pauta tratamiento tópico ciclopléjico y antibiótico, tratamiento analgésico y revisión en consulta.

Ese mismo día acude a su médico de Atención Primaria aportando el informe de Urgencias con el diagnóstico y tratamiento. Solicita la medicación y la baja laboral, que se extiende del 23 de enero de 2016 al 9 de marzo de 2016.

Constan en la historia clínica revisiones los días 28 de enero de 2016 (en la que se anota infiltrado corneal, erosión de 5,5x4mm y placa fibrosa) y el 2 de febrero de 2016, fecha en la que se anota que percibe luz y movimiento por el ojo derecho y que el resultado del cultivo es positivo para Acanthamoeba y pautándose un tratamiento tópico acorde, a base de prednisona, voriconazol, povidona yodada y clorhexidina al 0,02% en fórmula magistral. Consta que se aprecia una ligera mejoría.

El 7 de febrero de 2016 acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, apreciándose en la exploración del ojo derecho hiperemia, absceso corneal total y zona de adelgazamiento corneal periférica. Se prescribe continuar con el tratamiento y acudir al día siguiente al quirófano de Oftalmología en ayunas para realizar un crosslinking encaminado a evitar el progreso del cuadro y la perforación corneal.

El 8 de febrero de 2016 la paciente es revisada en quirófano, donde se aprecia la existencia de una perforación corneal, por lo que se decide ingreso inmediato para ser intervenida y se realizan gestiones para obtener, a la mayor brevedad, una córnea que posibilitara un trasplante. Estando disponible ya una córnea compatible, la paciente prefiere

demorar la intervención para que esta sea realizada por el especialista que la atiende en lugar de por el oftalmólogo de guardia, de modo que el trasplante se realiza el 9 de febrero de 2016. En la intervención se aprecia que la infección llega incluso a la esclera, precisándose una queratoplastia de amplio diámetro.

Al día siguiente, se realizó conformación de la cámara y, ante la posibilidad de diseminación de la infección por amebas a la órbita y al cerebro, se pauta tratamiento sistémico con un antifúngico (voriconazol) por tener también actividad contra una amebiasis diseminada. La paciente causa alta el 11 de febrero de 2016.

El 15 de febrero de 2016 se administra a la reclamante una inyección de voriconazol en cámara anterior para controlar una posible diseminación intraocular amebiana. Se realiza nueva profilaxis en quirófano el 22 de febrero de 2016.

El 9 de marzo de 2016 el médico de Atención Primaria emite alta laboral por mejoría tras 47 días en incapacidad temporal. Consta en la historia clínica que el 10 de marzo de 2016 se cita a la paciente para iniciar tratamiento con Tacrolimus oral, un inmunosupresor, debido al alto riesgo de rechazo de la córnea trasplantada, siendo citada en Reumatología, pero la paciente se niega a tomarlo aduciendo deseo de quedarse embarazada y continuando solo con los corticoides. Consta en el informe de alta de Oftalmología que se insistió en varias ocasiones a la reclamante la necesidad de tomar inmunosupresores, pero ella se negó en todo momento.

En las revisiones del 5 de mayo de 2016 y 9 de junio de 2016, la paciente evoluciona con normalidad. Sin embargo, su médico de Atención Primaria la remite a Psicología el 6 de mayo de 2016, de modo que en el informe de alta del hospital de 15 de noviembre de 2016 se anota que la

psicóloga le ha dicho a la paciente que es incapaz de asumir la enfermedad.

El 7 de junio de 2016 se anota en la historia de Atención Primaria que la reclamante solicita una segunda opinión en el Hospital Universitario de La Paz, obteniendo una consulta para el día 3 de septiembre de 2016

El 5 de agosto de 2016 la paciente acude al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal por presentar desde hace una semana dolor y enrojecimiento en el ojo derecho. Tras ser examinada por el oftalmólogo de guardia, es diagnosticada de descompensación corneal en el ojo derecho. Se prescribe tratamiento general, aumentándose la dosis de corticoides hasta 30 mg/día, y tratamiento tópico, aconsejando a la paciente que acuda a la consulta programada en los seis días siguientes.

El 11 de agosto de 2016 se aprecia edema en la córnea y empeoramiento de la visión. Se diagnostica rechazo y se informa a la paciente de que debe añadir un inmunosupresor (Tacrolimus) al tratamiento, ya que el corticoide se muestra insuficiente. La paciente lo rechaza. Se quita un punto y se ajusta el tratamiento tópico, señalando revisión en dos semanas.

En consulta el 25 de agosto de 2016 se aprecia que se ha reducido el edema; se quitan los puntos restantes y se señala revisión en 3-4 semanas y continuación de tratamiento. El 20 de septiembre de 2016 se hace constar en la historia clínica que el rechazo parece estabilizado.

Sin embargo, cuando la paciente acude a la siguiente revisión, el 15 de noviembre de 2016, ha empeorado, presentando un edema que afecta a toda la córnea, con una presión intraocular de 30mm. Consta en la historia que la reclamante señala que no está contenta con el trato recibido, que no se fía del especialista que la trata y que no se ha tomado

por ello la medicación. Señala que no quiere volver a revisión y solicita un informe de alta.

La reclamante acude al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en busca de una segunda opinión, constando una primera consulta en Oftalmología de fecha de 3 de enero de 2017 y cuatro revisiones más, los días 9, 13, 20 y 27 de enero de 2017. Se aprecia un ojo derecho con agudeza visual corregida de 0,1; presión intraocular de 26mm Hg (corregida a 19 mm Hg) y en la biomicroscopía se objetiva un injerto corneal edematoso que permite visualizar cámara anterior; se observa membrana de fibrosis en eje pupilar. No se visualiza fondo de ojo aunque la retina parece aplicada. Se añade a su tratamiento habitual corticoides por vía tópica y general.

El 21 de febrero de 2017 la reclamante acude a las 11:51 horas al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz aquejada de miodesopsias en ambos ojos, picor y cefaleas, permaneciendo ingresada hasta las 14:34 horas. Se aprecia tras exploración y observación un incremento de la presión intraocular (36 mm Hg) y peor calidad visual. Es dada de alta con el mismo tratamiento y la adición de Edemox.

Posteriormente, la paciente acude a revisiones en consulta externa los días 22 y 27 de febrero de 2017, controlándose la presión intraocular a 10 mm Hg e iniciando tratamiento con suero autólogo en colirio para combatir la queratopatía punteada superficial. Constan revisiones los días 7 y 21 de abril de 2017.

En la revisión del 24 de mayo de 2017, se anota que la paciente está deprimida y desanimada, siguiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico. En la exploración, se observa catarata blanca y un injerto descompensado sin leucoma ni fibrosis. Se hace constar que la reclamante acude a diversas fuentes médicas recibiendo distintas

opiniones y se muestra confundida, así como que presenta una fuerte cefalea muy limitante por lo que se pide interconsulta a Neurología.

De nuevo en revisión, el 9 de junio de 2017, se plantea cirugía del cristalino seguida, en un segundo tiempo, de un nuevo trasplante de córnea, probablemente de tipo lamelar. No obstante, se anota que debido a los turnos de vacaciones y a la necesidad de un estrecho seguimiento de la evolución postoperatoria, resulta conveniente aplazar la cirugía. Se señala revisión en un mes.

En la consulta de revisión del 12 de julio de 2017, la reclamante solicita un informe y el alta voluntaria del hospital.

Tal y como consta en la historia de Atención Primaria, la reclamante opta por acudir a un centro privado, con la idea fundamental de que le enuclearan el ojo derecho y se lo sustituyeran por una prótesis.

En dicho centro, una vez estudiada su situación, le proponen, tras rechazar la enucleación, realizar de forma inmediata una extirpación de la catarata del ojo derecho, que se realiza con éxito el 3 de julio de 2017. A continuación, debido al mal estado de la córnea, proponen la realización de un segundo trasplante. La presión intraocular está elevada, optándose finalmente por realizar el trasplante de córnea el 14 de febrero de 2018. Tras realizar dicha intervención, le prescriben un tratamiento inmunosupresor (a base de ciclosporina (Sandimmun Neoral) que la reclamante acepta y sigue durante al menos nueve meses, evitando así un nuevo rechazo. De la historia clínica de Atención Primaria se desprende que los inmunosupresores le fueron facilitados a través del Servicio Público de Salud mediante receta oficial visada. Tras constatar una recuperación visual del 20%, en la clínica privada aconsejan a la paciente un trasplante lamelar. El inmunosupresor (Ciclosporina) se retira el 20 de septiembre de 2018 y el nuevo trasplante se programa para enero de 2019.

En la historia clínica consta una anotación del 11 de diciembre de 2018, en la que se consigna el embarazo de la reclamante con fecha de última regla del 18 de octubre de 2018.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante, tanto del Hospital Universitario de La Princesa, como del Hospital Universitario Ramón y Cajal y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (folios 45 a 196 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa, emitido el 15 de febrero de 2019, el cual se limita a señalar que *“tras revisar su historia clínica, veo que acudió a Urgencias el 20 de enero de 2016, siendo diagnosticada de defecto epitelial corneal secundario al uso de lentes de contacto, se procedió al tratamiento habitual en esta patología. No tuvo más seguimiento en nuestro centro y fue realizado en su hospital de referencia”*.

Consta en el expediente informe de alta de hospitalización realizado por el propio facultativo especialista del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Ramón y Cajal que atendió a la paciente, de fecha 15 de noviembre de 2016, en el que realiza una descripción pormenorizada y valorativa de la atención dispensada a la paciente. Con posterioridad, el mismo facultativo, jefe de Sección de Córnea del hospital, emite nuevo informe de 21 de febrero de 2019 en el que rebate cada uno de los reproches en la atención sanitaria dispensada realizados por la reclamante y señala, en relación con la primera atención dispensada a la paciente que *“obtuvo un diagnóstico y un tratamiento*

certero de una patología compleja y poco frecuente de queratitis mixta por Pseudomonas y Acanthamoeba mediante técnicas diagnósticas avanzadas y terapias en fórmulas magistrales, en un tiempo razonablemente corto (menos de 5 días), habida cuenta que se necesitaron pruebas microbiológicas que requerían tiempo, y tratamiento tópico no disponible en la farmacopea de una farmacia convencional. Desde el primer día se comenzó el tratamiento de al menos uno de los gérmenes, el más frecuente en portadores de lentes contacto, y a los 5 días ya tenía el tratamiento combinado completo”.

En cuanto a la evolución en días posteriores, refiere el informe que “*a pesar de la evolución lenta fruto no de un tratamiento inadecuado sino de la conocida enorme virulencia del germen que la paciente había adquirido, no relacionado con nuestro cuidado, se vieron signos de mejoría en el defecto epitelial y la inflamación de la cámara anterior*”. En cuanto la cirugía de trasplante de córnea realizado, afirma que “*la cirugía fue compleja y se observó infección que llegaba incluso a la esclera, por lo que se realizó una queratoplastia de amplio diámetro y se puso el tratamiento adecuado para tratar la enfermedad diseminada. El antifúngico del que habla la paciente, tiene también actividad contra la ameba diseminada como así ha sido publicado, y con esta intención se trató, y por supuesto se le explicó a la paciente. No hay ninguna alternativa para la enfermedad diseminada y el riesgo es la diseminación de la ameba a la órbita y a las estructuras adyacentes, como el cerebro, lo cual es un escenario completamente indeseado... si bien es cierto que la paciente mostró después de 8 meses de buena evolución fracaso del injerto, el objetivo del primer trasplante fue terapéutico es decir, curar la enfermedad infecciosa. A la vista del éxito y de que no ha recidivado, nos congratulamos del resultado puesto que chas veces acaba en enucleación del ojo.*”. Por ello concluye que “*en resumen, creemos que el tratamiento de la paciente fue el adecuado, que la evolución imprevisible es una constante de esta enfermedad, que el equipo médico se implicó por encima de lo requerido con la paciente, y que finalmente la curación de la infección fue gracias al*

esfuerzo de ese mismo equipo médico. Finalmente la rehabilitación visual no se pudo concluir porque la paciente desestimó nuestros servicios”.

Se aporta al expediente también el informe del jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de 27 de mayo de 2019, en el que manifiesta que “*la paciente comenzó a ser vista en nuestro servicio en enero de 2017, donde acudió para segunda opinión. ... La paciente presentaba... injerto corneal edematoso pero que permite visualizar cámara anterior, membrana de fibrosis en eje pupilar... Dado el aspecto del injerto se instaura tratamiento intensivo con corticoides tópicos y sistémicos, y se mantienen los hipotensores oculares que ya seguía la paciente...”.*

En cuanto a la evolución de la paciente, el informe señala que “*en mayo de 2017 se observa ya un injerto descompensado y una catarata blanca. Ha recabado diversas opiniones y se encuentra confusa respecto al tratamiento a seguir. En junio de 2017 se le plantea cirugía del cristalino seguida en un segundo tiempo de nuevo trasplante de córnea, probablemente lamelar. Dada la cercanía de las vacaciones y la necesidad de seguir muy de cerca el proceso postoperatorio, se decide llevar a cabo la cirugía a la vuelta del verano. A principios de julio de 2017 la paciente acude a consulta a solicitar informe y alta en nuestro servicio, habiéndose intervenido quirúrgicamente de la catarata en un centro privado en Barcelona”.*

Por último, figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 27 de junio de 2019 que, tras examinar la historia clínica de la reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas señala, en relación con la infección que padecía la reclamante que “*..Todos los textos inciden en la dificultad de realizar un diagnóstico precoz debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales, así como en la virulencia del proceso y lo lento e incierto de su evolución pese a aplicarse las medidas terapéuticas*

disponibles...En este caso se tomaron muestras para cultivo desde el primer momento y se realizó un diagnóstico precoz del tipo de infección que presentaba la paciente, aplicándose de inmediato todas las medidas terapéuticas disponibles.”. Por ello concluye que “no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente”.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, mediante oficio de 11 de octubre de 2019. Su representación legal presenta escrito de 18 de octubre de 2019 ratificando el contenido de la reclamación inicial y afirmando que la oclusión del ojo nunca debe hacerse ante la sospecha de infección bacteriana. De igual modo, cuestiona los datos sobre número de contagios aportados al expediente, que no resultan acordes a la realidad, pues actualmente es mucho más habitual esta infección por el aumento de personas que utilizan lentes de contacto mensuales en las que la incidencia de estas bacterias es mayor. Por otra parte, señala que no resultó acorde a la *lex artis* no acordar el ingreso de la paciente y que la enucleación fue aconsejada por un facultativo del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Además, alega que se omitió el derecho de la paciente a negarse a un tratamiento inmunosupresor del que no se le informó con anterioridad al trasplante, como legalmente debió hacerse.

En trámite de alegaciones al centro concertado, consta en el expediente informe del gerente del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de 16 de octubre de 2019 ratificando el informe emitido por el Servicio de Oftalmología del hospital el 27 de mayo de 2019 y manifestando la adecuación a la *lex artis* de la atención sanitaria dispensada a la paciente.

Finalmente, el 13 de marzo de 2020 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación al no haberse acreditado el daño antijurídico alegado por la reclamante.

El 4 de junio de 2020 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Con fecha 30 de junio de 2020, se emite el Dictamen 261/20, ordenando la retroacción del procedimiento al considerar que “*el informe del jefe de Sección de Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa de 15 de febrero de 2019 es una breve transcripción de la historia clínica de la paciente, sin que el facultativo realice ninguna valoración ni aporte información o elementos de juicio que permitan colegir si la atención sanitaria que recibió la paciente el día 20 de enero de 2016 fue o no conforme a la lex artis y si, en su caso, le fueron realizadas las pruebas oportunas para un adecuado diagnóstico*”. En particular, esta Comisión Jurídica Asesora consideró que requería “*una adecuada explicación la circunstancia de que, con tan solo unas horas de diferencia, el protocolo seguido en ambos hospitales, el Hospital Universitario de La Princesa y el Hospital Universitario Ramón y Cajal, para el adecuado diagnóstico de la paciente no fuera el mismo en relación con las pruebas y tratamientos pautados*”.

En consecuencia, se estimó necesaria “*una retroacción del procedimiento para que por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa se emita nuevo informe sobre la concreta atención sanitaria dispensada a la reclamante el 20 de enero de 2016. De igual modo, y a la vista del nuevo informe y las valoraciones que contenga, deberá también recabarse el parecer de la Inspección Sanitaria al respecto. Por último, ha de darse nuevo trámite de audiencia a la reclamante y dictar propuesta de resolución finalizadora del procedimiento*”.

En cumplimiento de dicho dictamen y con fecha 24 de julio de 2020, emite nuevo informe el jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de la Princesa señalando, por un lado, que “*el tratamiento pautado mediante una pomada con antibiótico para evitar una*

complicación infecciosa secundaria y la oclusión para intentar mejorar la sintomatología, es una de las alternativas terapéuticas en estos casos” y, además, que “la exploración se realizó en el Hospital Universitario de la Princesa a las 9 de la mañana del día 20 de enero de 2016. La consulta en el Hospital Ramón y Cajal se realizó, según figura en los escritos aportados, a las 20 horas del mismo día, casi 12 horas después. La agresividad de los gérmenes implicados en el proceso infeccioso diagnosticado a posteriori, permite suponer que el cuadro clínico progresó modificando así los hallazgos exploratorios y consecuentemente la aproximación diagnóstica y terapéutica”.

El 28 de agosto de 2020 emite también nuevo informe la Inspección Sanitaria, concluyendo que “*el informe, de 24 de julio de 2020, del jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa considera conforme a la lex artis la atención prestada a la reclamante en el servicio de Urgencias de su centro y yo muestro mi conformidad al respecto, por lo que –a mi juicio— dicha atención no modifica los hechos ya descritos y valorados en mi informe de 27 de junio 2019 así como las conclusiones que constan en el mismo*”.

Mediante oficio de 11 de septiembre de 2020 se da traslado de la nueva documentación a la reclamante y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para que formulen las alegaciones que estimen conveniente. La representación legal de la parte actora presenta escrito de 16 de septiembre de 2020, ratificando íntegramente el contenido de la reclamación inicial y afirmando, frente al nuevo informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de La Princesa, según el cual la primera exploración no reveló otros hallazgos, que “*por no realizar una exploración acorde a la lex artis pasaron inadvertidos...Lo anterior llevó a que no se iniciara un tratamiento precoz y, sobre todo, a que se adoptara una medida contraindicada como fue la oclusión del ojo de mi representada. Por tanto, entendemos que existe en este caso una actuación contraria a la lex artis*”.

No consta en el expediente que el centro concertado haya presentado nuevas alegaciones.

Finalmente, con fecha 2 de octubre de 2020, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formula propuesta de resolución en la que desestima la presente reclamación al no haberse acreditado el daño antijurídico alegado por la reclamante.

El 15 de octubre de 2020 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la nueva solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 490/20 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de noviembre de 2020.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión

Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que, por un lado, el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en dos centros públicos hospitalarios de su red asistencial, el Hospital Universitario de La Princesa y el Hospital Universitario Ramón y Cajal y, por otro, también se cuestiona la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en el ámbito del concurso suscrito con la Comunidad de Madrid. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12^a de la LRJ-PAC, considera que en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la

Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil, ya que actúan en funciones de servicio público.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, si bien la primera atención sanitaria reprochada data del 20 de enero de 2016, la paciente ha tenido una larga evolución clínica que culmina, según la documentación incorporada al expediente, con un segundo trasplante de córnea realizado el 14 de febrero de 2018 en una clínica privada, por lo cual no cabe duda de la presentación en plazo de la reclamación formulada el 13 de noviembre de 2018.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, que formuló alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán*

derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial: “*(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran

alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante considera que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología que presentaba desde el comienzo de la sintomatología en enero del año 2016, no

reputando acorde a la *lex artis* proceder a la oclusión del ojo. Afirma que existió un incoherente y errático seguimiento, sin que se encuentre explicación alguna el hecho de que no se procediera al trasplante de córnea antes de que se produjera de forma efectiva la perforación del ojo derecho, además de la, según ella, deficiente asistencia y seguimiento durante los meses siguientes a la intervención. Por último, reprocha la ausencia de información sobre los tratamientos instaurados.

En este caso la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico correcto de la enfermedad de la reclamante y si la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis* se convierten en las cuestiones a examinar.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, a la reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso la reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o

inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los diferentes servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y el informe de la Inspección sanitaria sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

En este sentido, debemos recordar que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

Como destaca la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.*

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

Así, en cuanto a la primera asistencia prestada a la paciente en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa, frente a la afirmación de la reclamante, sin aportar base o criterio médico que la sustente, de que una de las medidas adoptadas, la oclusión del ojo, era inadecuada y originó el proceso clínico posterior, señala el Servicio de Oftalmología del citado hospital que “*la paciente era usuaria habitual de lentes de contacto, el defecto epitelial diagnosticado es una complicación del porte de las mismas y ocasiona la sintomatología por la que consultaba, que había comenzado dos días antes. El tratamiento pautado mediante una pomada con antibiótico para evitar una complicación infecciosa secundaria y la oclusión para intentar mejorar la sintomatología, es una de las alternativas terapéuticas en estos casos*”.

En este sentido, la evolución posterior es consecuencia de la propia virulencia del proceso infeccioso y no de la medida adoptada, como manifiesta el propio servicio en su informe al señalar que “*la agresividad de los gérmenes implicados en el proceso infeccioso diagnosticado a posteriori, permite suponer que el cuadro clínico progresó modificando así los hallazgos exploratorios y consecuentemente la aproximación diagnóstica y terapéutica*”.

De tal parecer participa la Inspección Sanitaria pues refiere que “*todos los textos inciden en la dificultad de realizar un diagnóstico precoz debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales, así como en la*

virulencia del proceso y lo lento e incierto de su evolución pese a aplicarse las medidas terapéuticas disponibles”.

En este punto, ha de recordarse además que la actuación sanitaria que se analiza era la de un Servicio de Urgencias. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización establece en su Anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella “*(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata*” de tal forma que “*una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial*”. Así, en el presente supuesto, cabe afirmar que la paciente fue citada a las 48 horas para verificar su evolución, revelando una continuidad asistencial que la propia y rápida evolución del proceso interrumpió, de modo que, ese mismo día, la paciente hubo de acudir de nuevo a Urgencias, en este caso, del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

En cuanto a la actuación posterior, tanto en este último centro sanitario como en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, a la hora de analizar la atención sanitaria dispensada en ambos centros y el alegado retraso en el diagnóstico y deficiente seguimiento, debemos partir del hecho de que, como afirma la Inspección Sanitaria en su informe, la queratitis infecciosa por Acanthamoeba que padecía la reclamante “*es una infección grave, altamente resistente al tratamiento y que frecuentemente se resuelve con una marcada deficiencia visual e incluso con la pérdida total del ojo afectado*”.

Como recoge el completo informe del jefe de Sección de Córnea del Hospital Universitario Ramón y Cajal y corrobora la Inspección Sanitaria,

la paciente obtuvo un diagnóstico en un tiempo razonablemente corto (menos de 5 días), habida cuenta de la necesidad de esperar los resultados de las pruebas microbiológicas, comenzando inmediatamente el tratamiento tópico prescrito. Frente a la falta de seguimiento reprochado por la reclamante, afirma el informe de la Inspección, en consonancia con lo que recoge la historia clínica que *“Sigue tratamiento ingresada anotándose mejoría subjetiva y menos molestias el 24 de enero de 2016. Causa alta el 25 de enero con diagnóstico de queratitis infecciosa y absceso corneal en el ojo derecho; se pauta tratamiento tópico ciclopéjico y antibiótico, tratamiento analgésico y revisión en consulta. Ese mismo día acude a su médico de Atención Primaria (MAP), le aporta informe de Urgencias con el diagnóstico y tratamiento; acude a por medicación y por la baja que se extiende del 23 de enero de 2016 al 9 de marzo de 2016. En la historia clínica aparecen revisiones los días 28 de enero de 2016 (en la que se anota infiltrado corneal, erosión d5,5x4mm y placa fibrosa) y el 2 de febrero de 2016, fecha en la que se anota que percibe luz y movimiento por el ojo derecho y que el resultado del cultivo es positivo para Acanthamoeba y pautándose un tratamiento tópico acorde, a base de prednisona, voriconazol, povidona yodada y clorhexidina al 0,02% en fórmula magistral; se aprecia una ligera mejoría”*. En cuanto al tratamiento instaurado, refiere el servicio afectado que es *“el procedimiento habitual en casos de abscesos corneales, que es el tratamiento tópico intensivo ambulatorio combinado con analgesia”*.

Reprocha la reclamante, en cuanto a la evolución posterior, que no se procediera al trasplante de córnea antes de que se produjera de forma efectiva la perforación del ojo derecho y, además, alega que para evitar la perforación debió optarse por el recubrimiento con membrana amniótica.

Tales reproches encuentran cumplida respuesta en el informe del jefe de Sección de Córnea del hospital, cuando afirma que *“según consta en el informe de Urgencias, la paciente acudió el día 6 de Febrero al notar un empeoramiento coincidiendo con el cambio de colirio de clorhexidina por*

uno nuevo (por tanto no había habido empeoramiento previo el día que fue vista por el Dr ...)...En el mismo informe de Urgencias se describe el proceso como adelgazamiento corneal y no perforación, por lo que se citó al día siguiente en ayunas para realizar un procedimiento conocido como crosslinking con el fin de evitar una progresión de la enfermedad...es dudoso que una membrana amniótica, que es un aporte de nutrientes para un germen tan agresivo en el seno de un proceso infeccioso activo no controlado, hubiera sido lo más recomendado como indican en el informe". De modo que es posteriormente, al acudir la paciente al hospital el 7 de febrero "cuando se detectó en lámpara de hendidura una perforación ocular y se solicitó diligentemente una córnea al Banco de Ojos de Madrid, que puede tardar entre 24-48 horas en darse. A lo largo de la mañana se hizo acopio de las córneas obtenidas durante el fin de semana en la Comunidad de Madrid y finalmente, con la insistencia del Dr. ... se consiguió se considerara el caso de máxima prioridad".

A la hora de abordar la evolución posterior, tras la realización del trasplante de córnea, es preciso aludir a la conducta de la propia reclamante, que incide de modo negativo en el proceso clínico y condiciona la posibilidad de una adecuada rehabilitación visual. En efecto, como relata la Inspección Sanitaria y acredita el informe del servicio afectado "es importante subrayar que cuando, a la vista de la evolución, se aconsejó repetidamente a la reclamante que siguiera un tratamiento con inmunosupresores (Prograf), ésta se negó a hacerlo, produciéndose el comentado rechazo del injerto (la tasa de rechazo del injerto tras un trasplante corneal es del 10%), tras el cual, la paciente no volvió a acudir al centro. En cuanto a las complicaciones de un trasplante de córnea con infección activa, se señala en el repetido informe que la tasa de transparencia del injerto, al año de la cirugía, es inferior al 50%, ya sea por recidiva o por rechazo. En caso de curación de la infección por el primer trasplante –como ocurrió en este caso—se puede realizar otro, ya con fines exclusivamente ópticos, que tiene bastantes más posibilidades de éxito (un

80% de transparencia en el primer año), si se acompaña del tratamiento adecuado”.

Sin embargo, la paciente no sólo se niega al tratamiento inmunosupresor sino que comienza a recabar opiniones en otros centros y, en definitiva, renuncia al seguimiento. Concluye por ello el informe del jefe de Sección de Córnea del Hospital Universitario Ramón y Cajal que *“en resumen creemos que el tratamiento de la paciente fue el adecuado, que la evolución imprevisible es una constante de esta enfermedad, que el equipo médico se implicó por encima de lo requerido con la paciente y que, finalmente, la curación de la infección fue gracias al esfuerzo de ese mismo equipo médico. Finalmente la rehabilitación visual no se pudo concluir porque la paciente desestimó nuestros servicios”*.

La reclamante decide buscar una segunda opinión en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, donde se constata la eventualidad del rechazo del injerto, se instaura un tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos y se mantienen los hipotensores oculares que ya seguía la paciente. Como señala el informe del jefe del Servicio de Oftalmología del citado hospital *“en mayo de 2017 se observa ya un injerto descompensado y una catarata blanca. Ha recabado diversas opiniones y se encuentra confusa respecto al tratamiento a seguir. En junio de 2017 se le plantea cirugía del cristalino seguida en un segundo tiempo de nuevo trasplante de córnea, probablemente lamelar. Dada la cercanía de las vacaciones y la necesidad de seguir muy de cerca el proceso postoperatorio, se decide llevar a cabo la cirugía a la vuelta del verano”*.

Sin embargo, la paciente abandona de nuevo el tratamiento en la sanidad pública y acude a un centro privado en Barcelona donde, una vez estudiada su situación, le proponen realizar, tras rechazar la enucleación del ojo que la paciente ya pretendió, con respuesta negativa, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, una extirpación de la catarata del ojo derecho, que se lleva a cabo el 3 de julio de 2017 y,

posteriormente, segundo trasplante de córnea el 14 de febrero de 2018, que era la alternativa terapéutica que se le recomendó en la sanidad pública. Incluso, en este caso, tras realizar la intervención le prescriben un tratamiento inmunosupresor que la reclamante ahora sí acepta y sigue durante al menos nueve meses, evitando así un nuevo rechazo.

En definitiva, concluye la Inspección sanitaria en su informe, que obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016) *“el personal sanitario que atendió al paciente, siguió siempre los procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso”*.

A ello debe añadirse que es la conducta de la propia reclamante, que recaba otras opiniones sin atenerse al criterio médico prescrito y rehúsa la aplicación de un tratamiento inmuosupresor, la que dificulta un adecuado seguimiento de su patología en la sanidad pública, llegando incluso a acudir finalmente a la sanidad privada. De hecho, consta en la historia clínica que la paciente es remitida por su médico de Atención Primaria a Psicología el 6 de mayo de 2016 y que en el informe de alta del hospital de 15 de noviembre de 2016, se anota que la psicóloga le ha dicho a la paciente que es incapaz de asumir la enfermedad.

En este sentido, supuestos como el presente, en el que el interesado acude a la sanidad privada en vez de al sistema público de salud al que tenía derecho por estar bajo la cobertura del sistema de Seguridad Social, han sido objeto de análisis por esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en Dictamen 420/2019, de 17 de octubre, así como por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid que, en su Dictamen 62/2015, de 18 de febrero, precisa lo siguiente: *“...Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial*

de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso 184/2005- que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria”. Sin embargo, en este caso no se aprecia que hubiera una actuación de dejadez o desidia de los servicios sanitarios públicos que hiciera que la reclamante tuviera que acudir a la sanidad privada para que su salud no sufriera daños».

De igual modo, el Dictamen del Consejo de Estado de 5 de diciembre de 2000 (exp. 3098/2000) indica que “*no procede indemnizar a la reclamante por los gastos médicos que ha realizado, fundamentalmente porque, (...), tenía cobertura sanitaria pública, de tal manera que su legítima decisión de acudir a la sanidad privada en modo alguno puede implicar que la Administración deba soportar los gastos por tal motivo sufragados por la interesada. Por lo demás, no consta que haya mediado urgencia vital (en cuyo caso debería haberse articulado la reclamación como un supuesto de reintegro de gastos), ni negativa injustificada al tratamiento en la sanidad pública, razón por la que la interesada debe asumir las consecuencias derivadas de su legítima decisión de acudir a la sanidad privada, pues otra solución implicaría en este caso que, a través del instituto de la responsabilidad, se estuviera incumpliendo la regulación legal relativa a los supuestos en los que, tratándose de personas con cobertura de la sanidad pública, procede abonar los gastos en la sanidad privada*”.

QUINTA.- Por último, el escrito de reclamación alude de forma genérica a una supuesta falta de información a la paciente de los diferentes tratamientos instaurados. Sin perjuicio de que la propia

reclamante reconoce en tal escrito en diversas ocasiones que los facultativos le informaron del mal pronóstico que presentaba su patología infecciosa y de la circunstancia de que, como ya hemos señalado, consta en la historia clínica que se le recordó en diversas ocasiones la necesidad de someterse a un tratamiento inmunosupresor para prevenir el rechazo del injerto corneal, se han incorporado debidamente al expediente los distintos consentimientos informados suscritos por la paciente con carácter previo a los diferentes procedimientos quirúrgicos a que fue sometida, en especial el correspondiente al trasplante de córnea realizado el 9 de febrero de 2016. En consecuencia, la reclamante fue adecuadamente informada de la intervención que, en cada caso, se le iba a realizar mediante un documento cuya lectura permitió conocer a la interesada el procedimiento al que iba a someterse así como sus posibles complicaciones, aunque la técnica fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, contando además con un tiempo hasta la realización de la intervención que permitió a la reclamante meditar su decisión de someterse a la concreta intervención e incluso revocar el consentimiento prestado. Además, no puede desconocerse que la interesada firmó un documento en el que reconocía estar satisfecha con la información recibida y que había podido aclarar sus dudas (en el mismo sentido STJ de Madrid de 11 de noviembre de 2015).

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la reclamación al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada en el

Hospital Universitario de La Princesa, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 3 de noviembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 504/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid