

Dictamen nº: **80/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 16 de febrero de 2023, 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 asunto promovido por D., sobre indemnización por los daños y perjuicios por pérdida de visión tras intervención de glaucoma y cataratas realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por medio de escrito presentado ante la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid el 18 de diciembre de 2020, la persona señalada en el encabezamiento de este escrito, formula reclamación de responsabilidad patrimonial en la que señala que, el 26 de agosto de 2020, tras la realización de operación de glaucoma y cataratas perdió la visión del ojo derecho.

El reclamante considera que ese daño está motivado por una negligencia médica por no detectar a tiempo una infección o recetar un tratamiento preventivo, por lo que solicita una indemnización de 832.459 euros.

SEGUNDO.- Una vez recibida la reclamación por la unidad tramitadora del SERMAS se dio traslado al Hospital Universitario Infanta Leonor (HIL), que remitió la historia clínica, de la que cabe extraer los siguientes datos de interés:

Con fecha 26 de febrero del 2015, el reclamante, nacido en 1958, fue atendido por primera vez en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid. A la exploración presentaba:

- Agudeza visual OD de 0,2, y de 0,5- 0,9 con corrección en OI.
- Esclerosis cristalina incipiente.
- Presión intraocular: 28 mmHg en OD y 20 mmHg en OI.
- Asimetría papilar: 0,6 en OD y 0,3 en OI
- Se sospecha ambliopía en OD

Dada la elevación de la presión ocular se instauró tratamiento tópico con análogos de las prostaglandinas (Lumigan).

Con fecha 26 de mayo del 2015, se realizó control del tratamiento. Ante la persistencia de la tensión ocular elevada, se propuso al paciente, la realización de una iridotomía terapéutica-profiláctica, en ambos ojos. El paciente aceptó y firmó el consentimiento informado, realizándole la intervención el día 25 de junio de 2015.

Entre el año 2015 y 2018 se efectuaron diversas consultas de control del proceso ocular. En este periodo se observó un agravamiento de los defectos campimétrico.

Con fecha 13 de febrero del 2019, el paciente es revisado de nuevo, modificando el tratamiento del glaucoma, (por intolerancia a los análogos de las prostaglandinas), prescribiéndole betabloqueantes tópicos (Timolol), normalizándose las cifras de tensión ocular.

Con fecha 4 de diciembre del 2019, se efectúa nueva revisión, constatándose de nuevo cifras elevadas de presión ocular (28/24 mmHg).

Con fecha 1 de Julio del 2020, ante la persistencia de las cifras tensionales oculares elevadas, se le propuso al paciente, facoemulsión y una cirugía infiltrante del glaucoma (trabeculotomía + implante de un dispositivo express en OD); propuesta que fue aceptada por el paciente, firmando el consentimiento informado.

Con fecha 26 de agosto del 2020, el paciente fue intervenido de catarata y glaucoma en OD, colocándole un implante express para drenaje + aplicación de mitomicina local.

Con fecha 1 de septiembre 2020, en la revisión tras la cirugía, el paciente presentaba un desprendimiento de coroides localizado, colocándole una lentilla terapéutica en OD.

Con fecha 9 de septiembre del 2020, el paciente acudió a Urgencias por presentar dolor agudo en OD de 2 días de evolución, con hiperemia, fibrina y secreción purulenta en cámara anterior, vitro ocupado y ampolla de filtración bien. Se le diagnosticó una endoftalmitis postquirúrgica, y se le aplicaron inyecciones intravítreas de Vancomicina y Ceftazidima, además de colirios de Vancomicina y Amikacina. Todo ellos con firma del consentimiento informado por parte del paciente.

Con fecha 11 de septiembre del 2020, ante la falta de respuesta del paciente a la terapia intravítrea, se le propuso la realización de una vitrectomía urgente en OD, que fue aceptada por el paciente, realizándose ese mismo día, con revisión de la trabeculotomía y extracción del dispositivo exprés, tomando muestras para estudio microbiológico, y poniendo de nuevo las inyecciones intravítreas de antibiótico.

Con fecha 17 de septiembre del 2020, se le realizó limpieza de cámara anterior, por aparición de nuevo de material fibrinoide purulento, inyectando Vancomicina y Deaxametasona intravítrea.

El informe microbiológico de las muestras aisló *Streptococcus oralis*, sensible a la vancomicina. Se explicó al paciente, la situación, y la posibilidad de evisceración OD, si la evolución era mala.

En las revisiones posteriores, el cuadro clínico se estabilizó. En la revisión de 24 de febrero del 2021 la agudeza visual en OD era de dudosa percepción luminosa. No había reacción fibrótica, cornea transparente, fondo de ojo inexplorable, No dolor. Se prescribe atropina y corticoides tópicos. Se cita a revisión en 4 meses.

TERCERO.- Una vez iniciada la tramitación de la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), junto con la historia clínica detallada anteriormente, el centro hospitalario acompañó informe del Servicio de Oftalmología fechado el 12 de abril de 2021, en el que se expone: “ *La cirugía filtrante del glaucoma no es en ningún caso una cirugía sencilla y rutinaria tal como se expresa en la reclamación recibida y en el mismo consentimiento informado al que hacemos referencia en la primera conclusión se especifica en el apartado b de dicho consentimiento: Después de la operación (en el postoperatorio) las principales complicaciones que pueden aparecer son: Infección que en ocasiones puede llevar incluso a la pérdida del ojo y que requiere en ocasiones la realización de nueva intervención quirúrgica.*

La infección intraocular posoperatoria (endofalmitis) que sufrió el paciente es una de las complicaciones más temidas de la cirugía intraocular y los procedimientos en los que ocurre con mayor frecuencia son la cirugía de la catarata, implantes de drenaje para el glaucoma (la cirugía realizada al paciente) / trabeculectomía y la vitrectomía pars plana.

La incidencia de endoftalmitis tras cirugía filtrante del glaucoma oscila entre el 0.2 al 0.7 % que puede alcanzar porcentajes del 1.1% tal como se indica en estudios como el Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study (CIGTS).”

Una vez diagnosticada la endoftalmitis y según todas las guías de práctica clínica (entre ellas la de la Sociedad Española de Retina y Vítreo) para dicha patología y de los protocolos de actuación vigentes (disponemos en nuestro servicio de protocolo específico para dicha afección) se instauró de forma inmediata el mismo día del diagnóstico tratamiento intravítreo con Vancomicina y Ceftazidima tal como aconsejan las guías y protocolo propio añadiendo colirios reforzados tópicos de Vancomicina y Amikacina.

Se repitió en pauta aconsejada el tratamiento intravítreo pero ante la falta de respuesta a dicho tratamiento se indicó el día 11-09-2020 vitrectomía urgente que se realizó ese mismo día.

En el consentimiento firmado por el paciente para dicha cirugía, queda fielmente reflejado: “El motivo de la inclusión es una infección ocular: patología grave con posibles consecuencias de pérdida de visión a pesar de la intervención quirúrgica urgente, incluso con riesgo de pérdida del órgano ocular.”

Asimismo, refiere el informe que el estudio microbiológico y antibiograma realizado de las muestras vítreas y de humor acuoso mostraron la presencia de *Streptococcus oralis* sensible a la vancomicina, que fue uno de los antibióticos usados. Se precisa que, el *Streptococcus oralis* es una variedad de *Streptococcus viridans* y es una bacteria que forma parte de la flora bacteriana de la cavidad bucal humana, es una bacteria oportunista que suele ocasionar caries y también riesgo de endoftalmitis como fue en este caso, estando, por tanto, ante una endoftalmitis de causa endógena producida por flora habitual del propio paciente.

Consta también el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 26 de septiembre de 2022, cuya valoración médica resulta coincidente con la expuesta por el jefe del servicio informante, y concluye afirmando que la asistencia sanitaria dispensada fue adecuada.

Se confirió trámite de audiencia al reclamante el 18 de noviembre posterior, no constando alegaciones.

Finalmente, con fecha 23 de enero de 2023, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis.

CUARTO.- El 30 de enero de 2023 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de febrero de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

El reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto ha sido la persona perjudicada por la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en un centro de su titularidad e integrado en la red sanitaria pública madrileña.

Por lo que se refiere al plazo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación de las secuelas.

En el caso examinado, la cirugía ocular de la que derivó la infección se realizó el 28 de agosto de 2020, siendo diagnosticada la endofalmitis causante de la pérdida de visión el 9 de septiembre posterior, y practicándose la vitrectomía tras el fracaso de las inyecciones intravítreas el día 12 de septiembre. Por tanto, la reclamación presentada el 18 de diciembre del mismo año 2020 está indudablemente en plazo.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 81.1 de

la LPAC, se ha recabado informe del servicio relacionado con el daño alegado, es decir, el Servicio de Oftalmología, constando también informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación. También obra haberse conferido trámite de audiencia al reclamante una vez concluida la instrucción.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

No obstante, la instrucción del procedimiento no debe limitarse a cumplir formalmente con los requisitos legalmente previstos. El objetivo esencial de esa instrucción es determinar existencia o no de los elementos de la responsabilidad patrimonial. En el presente caso, no solo es necesario determinar que el abordaje de la complicación prevista en el consentimiento fue adecuado, también es preciso comprobar que se adoptaron las medidas de profilaxis adecuadas para minimizar el riesgo de infección en la cirugía de glaucoma y cataratas, cuestión sobre la que ni el informe del Servicio de Oftalmología ni el de la Inspección Médica nada dicen, no constando tampoco informe del Servicio de Medicina Preventiva.

Cabe recordar que el propio escrito de reclamación, aunque sumamente escueto, reprocha expresamente la ausencia de tratamiento preventivo, lo que hace ineludible dar respuesta a ese punto, para lo que se hace preciso recabar nuevos informes sobre ese aspecto concreto, así como el del Servicio de Medicina Preventiva.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede la retroacción del procedimiento para completar la instrucción en los términos expuestos en la última consideración.

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 16 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 80/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid