

Expediente Núm. 321/2017  
Dictamen Núm. 60/2018

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de abril de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 30 de ese mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de la pérdida de visión en un ojo tras una intervención quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 19 de diciembre de 2016, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Expone que el 11 de agosto de 2015 acude al Servicio de Oftalmología del Hospital "X" para una cirugía programada de catarata en el ojo derecho. Después de la intervención "se le informó (de) que no se había podido seguir con la cirugía de la catarata porque se dio una subida de tensión (...), que se le estaba tratando por hipertensión ocular y que debía de seguir con el tratamiento. Y al preguntar por qué no se había tenido en cuenta la tensión ocular se le respondió que eso no se hacía nunca", precisando que al alta no le dieron "ninguna otra información (...) sobre el estado en que había quedado la intervención".

Manifiesta que el 20 de enero de 2016 acude al Hospital "X" para solicitar "un informe relativo a su patología oftalmológica para valoración de incapacidad", haciéndose constar en él que "se asume como posible etiología una punción inadvertida del globo durante la administración de la anestesia peribulbar con paso de líquidos anestésicos a la cavidad". Asegura que salió del Hospital "X" "sin visión del ojo derecho, no teniendo conocimiento de este hecho hasta el 20 de enero de 2016, cuando le hacen constar en el informe librado ese día la verdadera causa del estado de su ojo derecho, cuya visión no será recuperable de forma definitiva".

Tras formular una serie de consideraciones médicas sobre la cirugía de catarata y la anestesia peribulbar, sin citar la fuente, sostiene que "la perforación del globo ocular como consecuencia de la anestesia periocular se suele diagnosticar poco después de la punción", ya que "los orificios de entrada y de salida de la punción se localizan en el ecuador del globo o en la periferia de la retina, y además (...) tenía un dolor muy intenso, que es un elemento más a tener en cuenta sobre la anestesia que se había aplicado".

Asimismo, reprocha que tras la operación "lo único que se hace es que se está (ante) una sospecha de una hemorragia expulsiva y el tratamiento que se le da es la disminución de la presión intraocular y controles periódicos".

Finalmente, afirma que se ha producido "una clara y manifiesta negligencia en el actuar del médico anestesista, al suponer un fallo muy

significante en la técnica de su aplicación, por lo que dicha anestesia no se llevó a cabo conforme a la *lex artis ad hoc*".

De conformidad con lo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, solicita una indemnización de treinta y ocho mil cuatrocientos cuarenta y cinco euros con veinticuatro céntimos (38.445,24 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 2 días de hospitalización, 150,00 €; 25 puntos de secuelas por pérdida de visión de un ojo, 26.668,48 €, y 14 puntos por perjuicio estético medio en el ojo derecho, 11.626,76 €. No obstante, señala que "*ad cautelam*, y aplicando el baremo del año 2014, el *quantum* indemnizatorio sería el siguiente: 2 días de hospitalización, 143,68 €; 25 puntos de secuelas por pérdida de visión de un ojo, 21.793,00 €, y 14 puntos por perjuicio estético medio en el ojo derecho, 8.207,72 €"; en total, 30.144,40 euros. Y añade que "la cantidad reclamada devengará los intereses legales desde la fecha de la intervención quirúrgica".

Solicita prueba documental, consistente en la que adjunta al escrito de reclamación y que se libre oficio al Hospital ..... a fin de que se aporte todo historial clínico, "testifical de cuantas personas tengan conocimiento de los hechos en los informes médicos e historias clínicas" y "pericial médica".

Acompaña los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Oftalmología del Hospital "X", de 12 de agosto de 2015, en el que se hace constar que, "realizados los estudios oportunos y ante la ausencia de contraindicación, se programa para cirugía de catarata (facoemulsificación con implante de lente intraocular) el 11 de agosto de 2015. Al comenzar la cirugía, tras la administración de anestesia peribulbar sin complicaciones, se aprecia reflejo blanquecino del cristalino, por lo que se decide emplear colorante azul tripán. Se realiza paracentesis y se introduce burbuja de aire, visión blue y viscoelástico. En ese momento se aprecia ojo con consistencia pétreo y taponamiento de la paracentesis por herniación del iris. Ante la sospecha de una hemorragia expulsiva se decide interrumpir inmediatamente la intervención (...). Se inicia tratamiento de forma inmediata (...). Se monitorizan constantes

vitales en la Unidad de Reanimación se controla periódicamente valor de presión intraocular (...) (que llega a estar >50 mmHg). Posteriormente, al comenzar a bajar la (presión intraocular) se inicia también tratamiento tópico hipotensor. Se solicita TAC orbitario urgente que descarta signos de sangrado intraocular o intraorbitario. En revisión en el día de hoy (12 de agosto de 2015), la (presión intraocular) es de 20 mmHg, presenta buena cámara sin signos inflamatorios, leve discoria por sinequia de iris a la paracentesis y tinción azul de la cápsula anterior que no permite visualizar fondo de ojo". Se pauta tratamiento y se remite al paciente a consulta en el Servicio de Oftalmología el 18 de agosto de 2015. b) Informe de consulta externa del Servicio de Oftalmología del Hospital "X", de 23 de mayo de 2016, en el que consta que se emite "a petición del paciente (...) para valoración de incapacidad". Se indica que es "conocido de este Servicio por amaurosis en ojo derecho (...) en el contexto de cirugía programada de catarata bajo anestesia peribulbar (11 de agosto de 2015). Dado el aspecto funduscópico, antecedentes y evolución, y excluidas otras hipótesis, se asume como posible etiología una punción inadvertida del globo durante la administración de la anestesia peribulbar con paso de líquidos anestésicos a la cavidad". Figura como diagnóstico principal "amaurosis OD". Se adjunta la última exploración realizada en ese Servicio correspondiente al día 20 de enero de 2016.

**2.** El día 27 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**3.** Mediante oficio de 12 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas designa al Inspector de Prestaciones que actuará en el presente procedimiento.

4. Con fecha 12 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 17 de enero de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria I un informe del Servicio de Oftalmología en relación con el concreto contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica.

Con fecha 2 de febrero de 2017, la Gerente del Área Sanitaria I traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene la documentación solicitada, así como una copia del parte de reclamación.

Según consta en el informe elaborado por la Responsable del Área de Gestión Clínica de Oftalmología y el Responsable del Servicio de Anestesiología con fecha 31 de enero de 2017, "el reclamante fue incluido en lista de espera quirúrgica (...) con fecha 28 de abril de 2015 para intervención de catarata en ojo derecho. En esa fecha se le entrega (...) el consentimiento informado de cirugía de catarata, así como para la anestesia peribulbar, especificándose en este último documento que (textualmente) "los riesgos típicos de la realización del bloqueo peribulbar incluyen (...): riesgo de perforación del globo ocular (...), hematoma o hemorragia retrobulbar o infraorbitario que en casos extremos puede comprometer la visión por elevación brusca de la presión intraocular (...), trauma directo al nervio óptico o inyección «central» del anestésico local". Dicho documento fue firmado por el paciente, proporcionando así su consentimiento para la práctica de dicho bloqueo".

De otro lado, señalan que "aunque el paciente y sus familiares fueron informados inmediatamente tras la suspensión de la intervención, posteriormente en esa misma tarde solicitaron más información que también y nuevamente se les proporcionó de acuerdo con los resultados que se iban

obteniendo de las pruebas complementarias (TAC) y del propio seguimiento (medición de la presión intraocular) (...). Por otro lado, en la exploración practicada con fecha 18 de agosto de 2015 (...) se lleva a cabo determinación de agudeza visual en ojo derecho, constando ya entonces que `no percibe luz, quizá lado nasal´, y también `les explico posible lesión del nervio óptico por la (presión intraocular) elevada (...), pero hay que ver evolución´, proporcionándoseles una cita para la semana siguiente (...). En la exploración llevada a cabo en nuestro Servicio el 26 de agosto de 2015 (...) se confirma que la agudeza visual es de `no percepción ni proyección luminosa´, aunque se recoge `el paciente asegura ver claridad y bultos pero ladeando mucho la cabeza´. (...). Al reclamar el paciente y sus acompañantes un `diagnóstico de certeza´ y al seguir siendo no visualizable el fondo de ojo, se cursa canalización a centro de referencia (Hospital `Y´) para realización de nueva ecografía ocular con sonda específica y se cita al paciente en una semana, si bien este no acudió a la misma, tal y como consta en anotación en su historia clínica electrónica./ De (...) lo anterior se deduce (...) que en todo momento el paciente y sus acompañantes fueron informados de la situación, proporcionándoseles toda la información que la exploración oftalmológica y las pruebas complementarias fueron permitiendo, así como los diagnósticos de presunción que de estos resultados se fueron obteniendo”.

En cuanto a la irreversibilidad del proceso, indican que “se contempla desde las primeras exploraciones, cuando ya se valora la posibilidad de un daño neuro-vascular (...); hecho del que también se informa al paciente y sus acompañantes. Asimismo, cuando (...) acude a consulta el 11 de noviembre de 2015 (...) se recoge que fue valorado en el Hospital “Y”, donde (...) `les parece una obstrucción de arteria central de la retina con afectación venosa y palidez papilar´, y en base a esta sospecha diagnóstica desestiman cualquier tratamiento (...). Por lo tanto, no se puede afirmar que el paciente no tenía `conocimiento de este hecho hasta enero de 2016 (...)´, al habersele planteado ya esta hipótesis diagnóstica en este y otro centro oftalmológico al poco tiempo

de la intervención, una vez fue posible la exploración funduscópica (esto es, del fondo de ojo)".

En relación con la manifestación del interesado de que no consta "ninguna referencia a la existencia de una punción del globo del ojo derecho durante la administración de la anestesia peribulbar", afirman que "la punción del globo ocular se asume como 'posible etiología', esto es, como un diagnóstico de exclusión (tras haberse excluido otras alternativas diagnósticas durante el seguimiento y a tenor de las evidencias de la exploración y de las pruebas complementarias) y no de certeza, puesto que no fue posible objetivar durante las revisiones realizadas en este Servicio la presencia de orificios de entrada y/o salida en las paredes del globo. No obstante, el aspecto funduscópico (atrofia papilar con esclerosis vascular y atrofia difusa del epitelio pigmentario de la retina), la evolución del cuadro y el hecho de que el paciente posoperatoriamente refiriese haber experimentado dolor lancinante durante la punción infraorbitaria de la anestesia peribulbar hacen plausible y posible este diagnóstico. En cualquier caso, dicho dolor no consta ni fue registrado en la hoja anestésica (...), y el paciente solo hace alusión a él por primera vez en nuestro Servicio en su cita del 11 de noviembre de 2015; razón por la cual en el informe de alta del mes de agosto del mismo año consta que la administración de la anestesia peribulbar transcurrió 'sin complicaciones'".

Respecto a la inadecuación del tratamiento, defienden que "la actuación llevada a cabo tanto intraoperatoriamente (suspender la intervención de forma inmediata, cerrar con sutura la incisión e iniciar tratamiento médico intravenoso hipotensor con solicitud de prueba de imagen urgente) como posoperatoriamente (seguimiento estricto y riguroso hasta que fuera posible la visualización del fondo de ojo) fue la correcta y la recomendada según todas las evidencias científicas".

Sobre la posibilidad de que se hubiese detectado de forma inmediata la afectación del globo ocular, explican que "la atrofia óptica y la ceguera relacionadas con el antecedente de la administración de anestesia loco-regional

ocular puede obedecer a diversas causas, entre las que se encuentran la penetración o perforación del globo, la lesión directa sobre el nervio óptico o las arterias que lo nutren, así como por inyección del anestésico a nivel intraocular o del nervio óptico (...). Aunque la perforación ocular anestésica suele asociarse a hallazgos intraoperatorios (tales como hemorragia vítrea o hipotonía), se han publicado casos en los que ha cursado sin dichos signos, llevándose a cabo el procedimiento de forma habitual y sin complicaciones en el acto quirúrgico y confirmándose la perforación en el posoperatorio por la presencia de hemorragia vítrea o desprendimiento de retina, así como evidencia de incarceration vítrea y/o desgarro retiniano (...). Ninguno de estos hallazgos estuvieron presentes en el paciente (...). En este supuesto la única medida inmediata aplicable con alguna opción de lograr recuperar parcial o totalmente la visión sería lograr una disminución rápida de la presión intraocular, y todas las actuaciones llevadas a cabo en el intra y posoperatorio inmediato tuvieron ese fin”.

Finalmente, aseveran que la intervención “sí se ajustó a la *lex artis* exigida, y que la posterior atención y control posoperatorio en este centro hospitalario fueron los correctos”.

Adjuntan a su informe los siguientes documentos: a) Documento de consentimiento informado para anestesia peribulbar firmado por el paciente. En él consta que “los riesgos típicos de la realización del bloqueo peribulbar incluyen (...):/ Riesgo de perforación del globo ocular, muy poco frecuente (...). Hematoma o hemorragia retrobulbar o infraorbitario que en casos extremos puede comprometer la visión por elevación brusca de la presión intraocular (...). Trauma directo al nervio óptico o inyección ‘central’ del (anestésico local) ‘”.

b) Informe clínico de alta del Servicio de Oftalmología del Hospital “X”, de 12 de agosto de 2015. c) Hojas de notas de progreso del Servicio de Oftalmología. d) Hojas de formularios de hospitalización. e) Informe clínico de consulta externa del Servicio de Oftalmología del Hospital “X”, de 20 de enero de 2016. f) Hojas de notas de progreso en las que se reseña una atención telefónica, de 15 de



junio de 2016. g) Ficha de anestesia en la que consta, en el apartado de observaciones, "se suspende cirugía por hipertensión ocular (alta), volumen RB??".

**6.** Mediante escrito de 6 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda "acceder a la (...) prueba documental solicitada y proceder a incorporar al expediente los documentos que se aportan adjuntos a la reclamación" y "una copia de la historia clínica relativa a la asistencia objeto" de la misma.

Asimismo, se deniega "la prueba testifical solicitada (...). Al estar implicada una Administración pública (...), la emisión de su voluntad ha de formularse por escrito (...). Por otra parte, se han solicitado a todos los servicios intervinientes los informes previstos en el artículo 80" de la LPAC.

Finalmente, se accede "a la realización de la pericial médica" instada, por lo que se concede al interesado un plazo de 15 días "para que proceda a incorporar al expediente la citada prueba", remitiéndole a tales efectos "una copia de su historia clínica oftalmológica".

Dicha resolución se notifica al reclamante el 13 de marzo de 2017.

**7.** Mediante oficio de 27 de marzo de 2017, la Gerente del Área Sanitaria I traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el escrito presentado por el reclamante en el registro de la Administración del Principado de Asturias solicitando una ampliación del plazo para presentar la prueba pericial admitida.

**8.** Con fecha 30 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la concesión de "un nuevo plazo improrrogable de 15 días" a fin de que remita la prueba pericial.

El día 27 de abril de 2017, el reclamante presenta un informe médico-pericial elaborado por un especialista en Oftalmología el 24 de abril de 2017. En el se concluye que “la pérdida completa de la visión del ojo derecho (...) se debió a la inyección involuntaria de anestesia dentro del ojo (...). Este hecho, aunque está descrito como posible complicación en los consentimientos informados habituales, manifiesta una mala técnica anestésica. Además, el hecho de no percibir dicha complicación y no comunicarla al oftalmólogo se debe considerar como conducta imprudente (...). No considero que la actitud posterior durante la cirugía o evolución posterior se aparte de la *lex artis* (...). Es tratado y atendido correctamente, digamos que no se pudo hacer nada más para evitar la amaurosis”. Sobre esta última cuestión, añade que “el hecho de pensar que se trataba de una hemorragia expulsiva en lugar de introducción de anestésico intraocular no cambia la actitud terapéutica. Por tanto, no tuvo por qué influir en el pronóstico”.

Adjunta los informes clínicos ya aportados por el paciente y literatura médica al respecto.

**9.** Mediante oficio de 5 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 13 de septiembre de 2017, una especialista en Oftalmología emite el informe solicitado. En él, tras analizar la asistencia dispensada al paciente, concluye que “tanto la técnica anestésica anotada en la ficha de anestesia como el material y fármacos utilizados son los habituales y correctos (...). Se infiere de lo registrado que el anestesiólogo se sorprendió ante el aumento de presión intraocular y la subsiguiente suspensión de la cirugía, no esperaba tal complicación, por lo que asumimos que no apreció incidencias mientras realizaba el procedimiento. En caso de perforación del globo ocular no necesariamente ha de percibirse algo especial, dado que ciertas estructuras

perioculares pueden ofrecer cierta resistencia al paso de la aguja de inoculación. El bloqueo peribulbar no está exento de cierto dolor, por lo que este síntoma tampoco es extraño. No obstante, para profundizar en el aspecto de la técnica anestésica la opinión de un anesthesiólogo sería más valorada (...). La perforación inadvertida del globo ocular y del nervio óptico durante la anestesia peribulbar estaba incluida y especificada en el consentimiento informado que el paciente firmó (...). La actuación de la oftalmóloga durante la cirugía fue la correcta, ante un aumento desmesurado de la tensión ocular hay que interrumpir la cirugía, cerrar incisiones e intentar bajar el tono del globo. Ante una situación como la acaecida en este caso, la primera y más temida sospecha diagnóstica de un oftalmólogo es la hemorragia expulsiva (...). Una vez descartado este diagnóstico por pruebas de imagen se dirimieron otras alternativas diagnósticas y finalmente, en función de la evolución observada y de las sucesivas exploraciones, se llegó a la más plausible de punción inadvertida del globo con inoculación de anestésico. Por ello, el diagnóstico de certeza hubo de retrasarse inevitablemente unos días (...). La actuación de los facultativos en el posoperatorio inmediato y en el tardío fue (la) correcta. En el hipotético caso de que el anesthesiólogo o la oftalmóloga hubieran sido conscientes de la perforación e inoculación accidental en el mismo momento de la cirugía lo más importante hubiera sido bajar la tensión ocular, tal como se hizo, aunque sin poder evitar la lesión isquémica de la retina y del nervio óptico. Una vez establecida, esta patología no tiene solución (...). Respecto a la supuesta falta de información, se desmiente leyendo la documentación aportada y lo transcrito en la historia clínica. La transmisión de información fue continua y repetida. Aunque no pudo darse un diagnóstico de certeza de forma inmediata (...), todos los posibles diagnósticos barajados y transmitidos durante la evolución eran lo suficientemente serios como para que la familia asumiera la importante pérdida de visión que acarrearían”.

**10.** El día 17 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 24 de octubre de 2017, se persona este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega una copia de los documentos que solicita (folios 54 a 65).

Con fecha 30 de octubre de 2017, el interesado solicita ver nuevamente el expediente y se le hace entrega de un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

El día 3 de noviembre de 2017, presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que analiza de manera profusa los hechos acaecidos, así como el informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora. A los efectos que ahora interesan, el reclamante manifiesta no tener “nada que reprochar a la oftalmóloga que lleva a cabo este procedimiento”. En cambio, denuncia que el anestesiólogo “no informó debidamente a la oftalmóloga de lo que realmente había sucedido en el procedimiento anestésico”, lo que “evidencia ‘mala praxis’ (...) y su “irresponsabilidad”. Sobre este extremo, señala que “está acreditado en el historial clínico que el anestesiólogo perforó el ojo derecho con la aguja e introdujo una determinada cantidad de anestesia en dicho ojo. Este hecho es conocido en la ciencia médica como un hecho que produce un muy intenso dolor (...). Es del todo imposible que en (el) momento de perforar el ojo e introducir la anestesia en el mismo el paciente (...) no diese muestras de un dolor intenso”, aunque “en el historial clínico” no haya “anotación (al) respecto”.

Destaca que, según el documento de consentimiento informado que se le entregó para esta intervención, la anestesia peribulbar “es una técnica fácil de realizar” y “resulta muy útil y segura”. Además, “el anestesiólogo venía obligado, por la exigencia de la *lex artis* (...), una vez realizada la punción y antes de la inyección del anestésico local (a) confirmar la correcta colocación de

la aguja, tal como lo dice el protocolo, y no lo ha hecho, sino que introdujo el anestésico y al inicio mismo de la cirugía se tiene que interrumpir de forma inmediata (...). A ello se le ha de añadir el dolor intenso que tuvo que padecer el paciente (...) al momento de la punción irregular y la introducción de la anestesia en el ojo./ Y a ello se le ha de añadir que sabiendo como sabía el anestesiólogo que no había comprobado que la aguja no estaba correctamente colocada debió de informar de inmediato a la oftalmólogo de tal proceder”.

Finalmente, reitera que “no es hasta el día 20 de enero de 2016, fecha de la consulta, que le explican lo que realmente significa la amaurosis y le hacen una exploración (...) ese mismo día, y en fecha 23 de mayo de 2016 se lo dan por escrito y es cuando tienen la certeza de que quedará ciego para siempre del ojo derecho”. Así, afirma que “no se puede decir que el paciente y sus familiares estuviesen capacitados” para poder “comprender” los términos médicos, de manera que “lo que realmente buscaban era si había la posibilidad de recuperar la vista o la ceguera era definitiva”.

**11.** Con fecha 13 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “en el presente caso la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. En base a los diversos estudios y exploraciones que se le realizaron, se llegó al diagnóstico de punción inadvertida del globo ocular. La inyección intraocular de anestésico constituyó la materialización de un riesgo típico de este procedimiento (anestesia peribulbar) que el paciente conocía y asumió al suscribir el documento de consentimiento informado, donde se describe este riesgo. Independientemente del diagnóstico, en un primer momento lo prioritario era disminuir la tensión ocular, cosa que hizo. Un diagnóstico más precoz no hubiera podido evitar la lesión de la retina y el nervio óptico. El paciente y sus familiares estuvieron informados en todo momento de la evolución, tal y como consta en la documentación obrante en el expediente”.

**12.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de noviembre de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

La presentación de la reclamación el 19 de diciembre de 2016, más de un año después de la fecha en la que se produce la asistencia sanitaria que la motiva -18 de agosto de 2015-, no determina su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar -en este caso- cuándo tiene lugar la determinación del alcance de las secuelas.

Según manifiesta el interesado en su reclamación inicial, y reitera con ocasión del trámite de audiencia, salió del Hospital “X” “sin visión del ojo derecho, no teniendo conocimiento de este hecho hasta el 20 de enero de 2016, cuando le hacen constar en el informe librado ese día la verdadera causa del estado de su ojo derecho, cuya visión no será recuperable de forma definitiva”. En efecto, tras examinar los diferentes informes médicos incorporados al expediente durante la instrucción del procedimiento, la primera vez que se emplea el término “amaurosis” (ceguera sin percepción luminosa) es en el informe librado por el Servicio de Oftalmología del Hospital “X” en relación con la consulta que tuvo lugar en este Servicio el 20 de enero de 2016.

Por tanto, y de acuerdo con el principio de la *actio nata*, si tomamos en consideración que en la fecha referida el reclamante tuvo pleno conocimiento de la irreversibilidad del daño, habiéndose presentado la reclamación el 19 de diciembre de 2016, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, debemos recordar, tal y como hemos manifestado en dictámenes anteriores, que la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Con tal propósito, la tramitación debe integrar la aportación de elementos de decisión, tanto por el propio órgano instructor -de acuerdo con los principios de impulsión de oficio e inquisitivo-, como por otros órganos administrativos, mediante la incorporación de informes, preceptivos o necesarios, y por parte de los interesados, quienes, en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción, podrán adjuntar cuantos datos consideren pertinentes en defensa de sus derechos e intereses y desplegar la actividad probatoria que estimen suficiente para demostrar la veracidad de los hechos alegados. Al término de la instrucción deberán estar claros tanto los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación como los fundamentos con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución.

En este caso, la instrucción realizada no ha satisfecho plenamente dicha finalidad, puesto que existen, a juicio de este Consejo, cuestiones sin aclarar respecto a la técnica anestésica empleada. Con carácter previo, debe significarse que a pesar de la dificultad del diagnóstico diferencial -que conduce a los Servicios implicados, tras un periodo de incertidumbre sobre el nexo causal, a establecer un "diagnóstico de exclusión"-, tanto en el informe librado



a instancias de la compañía aseguradora como en la propuesta de resolución se asume como diagnóstico de certeza la punción inadvertida del globo durante la administración de la anestesia peribulbar con paso de líquido anestésico a la cavidad. También consta que dicha complicación, al parecer muy infrecuente, aparece recogida expresamente en el consentimiento informado, aunque ello no excluye de forma automática la antijuridicidad del daño, sino que es preciso valorar si la inyección del anestésico se realizó de manera correcta o si, por el contrario, la causación del daño que reclama el interesado pudo ser consecuencia de una técnica inadecuada o, incluso, de una mala praxis.

Así, con ocasión del trámite de audiencia, el reclamante aflora que el anesthesiólogo “venía obligado, por la exigencia de la *lex artis* (...), una vez realizada la punción y antes de la inyección del anestésico local (a) confirmar la correcta colocación de la aguja, tal como lo dice el protocolo”, y sin embargo, “no había comprobado que la aguja no estaba correctamente colocada”. Esta grave imputación no se combate en la propuesta de resolución, que guarda silencio al respecto.

De otro lado, la especialista en Oftalmología que informa a instancias de la compañía aseguradora considera que “para profundizar en el aspecto de la técnica anestésica la opinión de un anesthesiólogo sería más valorada”; sentir que también comparte este Consejo.

Por tanto, según nuestro criterio, procede que se complete la instrucción con la emisión de un informe por parte de un especialista independiente en Anestesiología, ajeno al Servicio implicado, en el que se valore la adecuación a la *lex artis* de la técnica empleada por el anesthesiólogo que intervino en la operación del paciente, y más concretamente que informe sobre la frecuencia con la que se produce esta complicación, si la misma resulta o no imputable a la pericia del anestesista, sobre los síntomas que presentan los pacientes y momento en que normalmente aparecen (durante la intervención, en el posoperatorio o con posterioridad), pronóstico y tratamiento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada; que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de realizar nuevos actos de instrucción, incorporando al expediente un informe complementario en los términos expuestos, y, formulada nueva propuesta de resolución, previa audiencia de los interesados, habrá de recabarse a este Consejo el preceptivo dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.