

Expediente Núm. 104/2018
Dictamen Núm. 173/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José 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 26 de julio de 2018, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de abril de 2018 -registrada de entrada el día 3 de mayo de ese año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una operación de catarata en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de junio de 2017, la interesada 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 “en el mes de noviembre de 2014 fue operada en el Hospital de cataratas en el ojo derecho, y en mayo de 2015 se le practicó cirugía complicada de facoemulsificación en ojo izquierdo e implante de LIO en sulcus, que se luxa a cámara posterior con descompensación corneal”. Afirma que “desde la segunda intervención ha venido padeciendo complicaciones derivadas de la operación en el ojo izquierdo, con luxación de la LIO a vítreo, padeciendo molestias y mala agudeza visual (...), recibiendo tratamiento para el dolor consistente en aplicación de colirio antiedema, ciclopéjico, Maxidex y Tobradex”.

Manifiesta que “pasaba el tiempo y tras acudir a reiteradas consultas al Hospital no remitían las molestias, y no habiendo vuelto a recuperar ni la visión ni la apertura del ojo izquierdo” decidió acudir a un centro oftalmológico privado donde le cambiaron el tratamiento, “suspendiéndole el Colircusi Antiedema, Ciclopéjico y Tobradex por resultar perjudiciales para su ojo, prescribiéndole el colirio de ODM 5 y el Maxidex, los cuales no entran dentro de la cobertura farmacéutica de la Seguridad Social, con el perjuicio económico que ello le supone”.

Considera que los problemas que sufre en el ojo izquierdo derivan “de complicaciones en la intervención ajenas a la paciente, así como de una indebida prescripción del tratamiento”, lo que le ha provocado “unos daños y perjuicios que no está obligada a soportar”.

Solicita que “se le reconozcan las lesiones de carácter permanente que padece en su ojo izquierdo, con su consiguiente indemnización, así como de los días por baja no impeditiva que transcurran hasta que le sea dada el alta definitiva”.

Adjunta a su escrito copia de la siguiente documentación: a) Documento nacional de identidad. b) Informe de alta del Servicio de Oftalmología del Hospital, de 22 de mayo de 2015, en el que se indica que acude “para intervención de catarata en ojo izquierdo”, realizándosele “facoemulsificación e implante de LIO en sulcus, que se luxa a cámara posterior./ Se deja para un segundo tiempo VTM”. Se pauta “Tobradex colirio” y “Acular colirio”,

indicándose revisión para el día siguiente. c) Diversos informes del Servicio de Oftalmología del Hospital d) Informe oftalmológico de una clínica privada, de 10 de abril de 2017, en el que se reseña que "acude por primera vez a esta consulta manifestando que hace año y medio fue operada de cataratas en ambos ojos. Refiere complicaciones intraoperatorias en el ojo izquierdo con luxación de la LIO a vítreo y tiene molestias y mala agudeza visual desde la cirugía. En la actualidad sigue tratamiento con colirio antiedema, ciclopléjico, Maxidex y Tobradex". En la exploración realizada el 3 de abril de 2017 la agudeza visual del ojo derecho era "100° -2.00 +0.50./ V: 1.0./ Y +3.50", y en el ojo izquierdo "compensador. V: cuenta dedos a 30 cm". Se pauta tratamiento en el ojo izquierdo con "colirio Maxidex por la noche y ODM 5 tres veces al día, y Cosopt por la mañana y por la noche./ Se le cita para revisión en noviembre".

2. El día 3 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito notificado a la interesada el 13 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas la requiere para que en el plazo de diez días proceda a cuantificar económicamente el daño sufrido o indique las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, con la advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistida en su reclamación.

Con fecha 26 de julio de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que, atendiendo al requerimiento formulado, cuantifica el daño sufrido en cincuenta y ocho mil setecientos cuatro euros con cincuenta y ocho céntimos (58.704,58 €). Indica, respecto a las lesiones temporales, que "no habiendo recibido todavía el alta médica y continuando en la actualidad recibiendo tratamiento médico, se considerarán días de baja no impeditiva los acaecidos desde la fecha de la intervención, el 21 de mayo de 2015, hasta la de la presente reclamación,

alcanzando la indemnización 26.514,35 €". En cuanto a las secuelas, atribuye 25 puntos al "déficit de la agudeza visual de lejos", que a razón de 871,72 €/punto arroja una cifra de 21.793 €; cuantía que incrementa en un 11 % por "ingresos anuales". A ello añade la "necesidad de ayuda de otra persona", que valora en 5.000 €, y los "daños morales complementarios", que ascienden a 3.000 €.

Adjunta a su escrito el informe elaborado por un especialista en Valoración y Baremación del Daño Corporal el 9 de julio de 2017, según el cual la paciente, de 90 años de edad, sufre una "pérdida de agudeza visual" que valora en 25 puntos con arreglo al contenido de la tabla IV del Real Decreto 8/2004. Precisa que "es difícil calcular el periodo de estabilización de la cirugía, pues (...) sigue recibiendo tratamiento específico en el ojo izquierdo, el afectado, prácticamente más de un daño después de haber tenido lugar la intervención. La valoración puntual se realizó como pérdida funcional del ojo con arreglo a los informes de la sanidad pública. Careciendo de datos previos sobre la agudeza visual en ambos ojos, se consideró la normalidad".

4. Mediante escrito notificado a la interesada el 16 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 10 de agosto de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V un informe del Servicio de Oftalmología en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica de la perjudicada.

Mediante oficio de 31 de agosto de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación, un CD que contiene una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia y el informe emitido por el Jefe del

Servicio de Oftalmología del Hospital el 30 de agosto de 2017. En este último consta que se trata de una "paciente de 90 años intervenida el 22 de mayo de 2015 de catarata de ojo izquierdo (...). Presentaba una catarata de grado IV (elevada dureza cristalina)./ Durante la intervención se produce una rotura capsular con posterior desplazamiento a vítreo del implante intraocular (lente intraocular) colocado en sulcus./ En el posoperatorio (...) presentó un edema corneal secundario (descompensación corneal) para el que se instauró tratamiento antiinflamatorio corticoideo y antibiótico (Tobradex), antiedema y dilatadores de pupila. La paciente fue seguida por la Unidad de Retina (2016-2017) en espera de la mejoría de la transparencia corneal para poder realizar el explante de la lente luxada mediante una vitrectomía, sin conseguirse la mejoría de dicha transparencia por persistencia del edema (...). Fue vista en centro privado donde se le modificó el tratamiento por ODM-5 y Maxidex".

A continuación explica que "la rotura capsular con desplazamiento de la lente es una complicación infrecuente de la cirugía de la catarata descrita en la literatura y cuyo riesgo aumenta con la edad y dureza de la catarata al aumentar los riesgos de roturas de cápsula posterior. El edema corneal y la descompensación de la córnea también es una complicación infrecuente (...) que puede o no asociarse a la anterior y cuya frecuencia también es mayor en edades más avanzadas, donde las estructuras ya tienen un deterioro fisiológico más importante". Añade que "la modificación del tratamiento realizado en (el) centro privado no podría suponer modificación alguna, dado que el componente antiinflamatorio del Maxidex y el Tobradex es exactamente el mismo (dexametasona), y el OMD-5 es un fármaco antiedematoso (...) que ya se había prescrito en su momento a la paciente".

Entre los documentos que completan la historia clínica figuran los siguientes: a) Hoja de comprobación de preintervención, de 22 de mayo de 2015, en la que consta que la paciente ha suscrito el impreso de consentimiento informado. b) Historia del Servicio de Oftalmología en la que se anota, el 29 de abril de 2015, que presenta una agudeza visual en el ojo derecho de 0,8 y en el ojo izquierdo de 0,2, identificándose en el ojo izquierdo

una catarata "brunescente"; el 13 de enero de 2016, que está en seguimiento "por edema corneal OI en espera de resolución para valorar luego VTM-explante y LIO artisan"; el 13 de julio de 2016, que acude por dolor en el ojo izquierdo y es diagnosticada de "Luxación vítrea LIO OI./ Uveitis ant. OI./ Descompensación corneal OI", pautándose "ciclopléjico", "Maxidex" y colirio antiedema; el 19 de agosto de 2016, en agudeza visual del ojo derecho "sc 0.7. E 0.9", y en el ojo izquierdo "movimiento de manos"; el 10 de marzo de 2017, que acude a Urgencias por "una mancha OI desde ayer"; AV OD: 0.8, OI: "ve dedos y MM"; "OI similar: edema estromal difuso con edema epitelial. No pliegues en Descemet. Precipitado blanquecino central de gran tamaño y algún PK más pequeños pigmentados. Punto nylon en incisión bien"; se prueba "LC terapéutica" pero la paciente "dice que no la tolera y se retira"; se mantiene tratamiento: Tobradex/12 horas, ciclo/12 horas, antiedema cada 8 h, Thealoz-duo/8 h", y el 3 de julio de 2017, agudeza visual del ojo derecho "0.8" y en el ojo izquierdo "ve dedos y MM", siendo el diagnóstico de "luxación vítrea LIO OI" y "descompensación corneal OI".

6. Obra incorporada al expediente una providencia del Inspector de Prestaciones Sanitarias en la que se deja constancia de la incorporación al expediente de los folios correspondientes a la documentación recibida el 19 de octubre de 2017 como anexo a la historia clínica de la perjudicada. Entre ella figura el consentimiento informado para cirugía de cataratas firmado por la paciente el 25 de marzo de 2014 en el que se advierte, en el apartado relativo a consideraciones sobre la cirugía de la catarata, que "la visión puede no recuperarse aunque la operación de la catarata sea satisfactoria si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones de la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago, etc.". Entre las complicaciones derivadas de la cirugía figuran las siguientes: "pérdida del contenido intraocular por hemorragia expulsiva, infección grave dentro del ojo, descompensación corneal que puede precisar trasplante de córnea,

desprendimiento de retina, desplazamiento del cristalino, glaucoma, visión doble, necesidad de sutura, astigmatismo”.

7. Mediante oficio de 30 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia completa del expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El 4 de febrero de 2018, y a instancias de la compañía aseguradora, emite informe una especialista en Oftalmología. En él señala, sobre el tipo de catarata que presentaba la paciente en el ojo izquierdo (catarata brunesciente, “con alto grado de dureza”), que “conllevan más riesgo de complicaciones quirúrgicas, entre ellas la ruptura capsular con vitreorragia”, y también “mucho más riesgo de descompensación corneal (edema de la córnea irreversible), puesto que cuanto más dura es una catarata más ultrasonido hay que utilizar para su extracción, y en consecuencia se produce una pérdida mayor de células endoteliales. A esto hay que añadir la edad de la paciente (90 años) como factor de riesgo independiente para la descompensación corneal (a mayor edad menor número de células endoteliales, puesto que dichas células se van perdiendo paulatinamente y no se regeneran)”.

Respecto al cambio de tratamiento en el centro privado “porque el previo era perjudicial” -según refiere la paciente-, indica que “está afirmación resulta incorrecta, puesto que tanto el colirio de Maxidex como el Tobradex (...) llevan dexametasona (corticoide); este último además lleva un antibiótico. A su vez, el ODM colirio lleva el mismo cloruro sódico que (...) el colirio o la pomada antiedema; la única diferencia es que el ODM lleva además ácido hialurónico (tratamiento humectante)”.

Concluye que en el presente caso “se producen complicaciones intraoperatorias y posoperatorias descritas en la literatura y en relación con la edad de la paciente y su patología previa (catarata dura). A la paciente se le realiza un seguimiento adecuado de su patología y se le pauta un tratamiento

sintomático correcto para su queratopatía bullosa (corticoides, midriáticos con efecto ciclopléjico y colirio de cloruro sódico)”.

8. Con fecha 2 de marzo de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 5 de marzo de 2018 se persona el hijo de la perjudicada en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento. Aporta poder notarial de representación.

Con fecha 23 de marzo de 2018, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que a pesar de que el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora “hace énfasis en el mayor riesgo de complicaciones que conllevaba la catarata que padecía la compareciente y también su avanzada edad, el informe del Hospital deja claro que las complicaciones sufridas por esta paciente, tanto durante la cirugía como en el posoperatorio, son infrecuentes, aunque la edad de la paciente pudiera suponer un mayor riesgo, la cual, ha de subrayarse que a la fecha de la intervención era de 88 años, no 90, y que dicho factor ya es tenido en cuenta al determinarse la cuantificación del valor de los puntos en función de la edad del lesionado en el baremo del R. D. 08/2004”.

Añade que “en el informe del Hospital se reconoce que la paciente continúa con tratamiento, por lo que no se ha producido a la fecha actual el alta médica”.

9. Mediante oficio de 28 de marzo de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. Con fecha 10 de abril de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución

en sentido desestimatorio. En ella sostiene que en el caso que nos ocupa “la asistencia prestada (...) fue acorde a la *lex artis*. La subluxación de la lente constituyó la materialización de riesgos típicos descritos en el documento de consentimiento informado. La paciente presentaba factores de riesgo para estas complicaciones (edad y dureza de la catarata). En el momento (de) la indicación quirúrgica se firmaba el consentimiento informado y se incluía en lista de espera para la intervención en el otro ojo. Tras la intervención las complicaciones (intraoperatorias y posoperatorias) están descritas en la literatura debidas a la edad y tipo de catarata. El tratamiento prescrito es el adecuado”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de abril de 2018, 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 la interesada activamente legitimada 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”. En el supuesto ahora examinado, la reclamante se sometió a una cirugía de catarata en mayo de 2015, presentando en el posoperatorio un edema corneal. Fue seguida por la Unidad de Retina del Hospital durante los años 2016 y 2017 en espera de mejoría de la transparencia corneal para poder realizar el explante de la lente luxada mediante una vitrectomía, sin conseguirse la mejoría de dicha transparencia por persistencia del edema.

A pesar de la dificultad para fijar el momento de estabilización de las secuelas derivadas de la cirugía -la paciente sigue a revisión y recibiendo tratamiento específico en el ojo intervenido, sin que conste su alta en el Servicio de Oftalmología-, tomando como referencia la fecha en la que se establece por primera vez el diagnóstico de “descompensación corneal” -13 de julio de 2016-, y habiéndose presentado la reclamación el 21 de junio de 2017, 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, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los

conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que la interesada atribuye a las complicaciones durante una intervención de catarata y a la prescripción de un tratamiento inadecuado.

Según los informes médicos que se han incorporado al expediente, el 22 de mayo de 2015 fue intervenida en el Hospital de catarata en el ojo izquierdo, y durante la operación se produce una “rotura capsular con posterior desplazamiento a vítreo del implante intraocular (lente intraocular) colocado en sulcus”. En el posoperatorio la paciente presentó un “edema corneal secundario” y posterior “descompensación corneal”, instaurándose tratamiento antiinflamatorio corticoideo y antibiótico, antiedema y dilatadores de pupila. Además, aporta un informe pericial según el cual desde la intervención sufre

una “pérdida de agudeza visual”. A la vista de ello, debemos dar por acreditada la realidad de al menos algunos de los daños alegados.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el

de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la reclamante no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto.

En el caso que nos ocupa la interesada considera que los problemas que sufre en el ojo izquierdo derivan “de complicaciones en la intervención ajenas a la paciente, así como de una indebida prescripción del tratamiento”, lo que le ha provocado “unos daños y perjuicios que no está obligada a soportar”. En efecto, según se desprende de la historia clínica de la paciente, que sintetiza en su informe el Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital, fue intervenida el 22 de mayo de 2015 de catarata en el ojo izquierdo, produciéndose durante la intervención “una rotura capsular con posterior desplazamiento a vítreo del implante intraocular (lente intraocular) colocado en sulcus”. En el posoperatorio presentó un edema corneal secundario (descompensación corneal) para el que se instauró tratamiento antiinflamatorio corticoideo y antibiótico (Tobradex), antiedema y dilatadores de pupila”. Al respecto, se explica en el informe médico que la rotura capsular con desplazamiento de la lente “es una complicación infrecuente de la cirugía de la catarata descrita en la literatura y cuyo riesgo aumenta con la edad y dureza de la catarata al aumentar los riesgos de roturas de cápsula posterior. El edema corneal y la descompensación de la córnea también es una complicación infrecuente (...) que puede o no asociarse a la

anterior y cuya frecuencia también es mayor en edades más avanzadas, donde las estructuras ya tienen un deterioro fisiológico más importante”.

Dado que la interesada no denuncia la ausencia de información sobre los riesgos de la intervención, entendemos que nos encontramos ante la materialización de los riesgos y complicaciones recogidos en el documento de consentimiento informado que se le facilitó, según consta en la hoja de comprobación de preintervención de 22 de mayo de 2015, aunque ese concreto documento no figura en el expediente remitido. En cualquier caso, la paciente ya se había sometido a una cirugía de catarata en noviembre de 2014 que conllevaba los mismos riesgos y complicaciones, figurando entre ellos la “descompensación corneal”, que incluso “puede precisar trasplante de córnea”, advirtiéndose asimismo que “la visión puede no recuperarse aunque la operación de la catarata sea satisfactoria” si existen otras lesiones o patologías oculares, tal y como se pone de manifiesto en el consentimiento informado para cirugía de cataratas firmado por la reclamante con ocasión de la cirugía efectuada en noviembre de 2014, que sí se incluye entre la documentación clínica enviada a este Consejo.

Debe significarse que la paciente tenía una edad avanzada y presentaba una “catarata brunesciente” (elevada dureza cristalina), dos factores que, según se desprende de los informes que obran en el expediente, incrementaban el riesgo de complicaciones quirúrgicas. Así, este tipo de cataratas puede provocar “la ruptura capsular con vitreorragia”, como apunta la especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, y también conlleva “mucho más riesgo de descompensación corneal (edema de la córnea irreversible), puesto que cuanto más dura es una catarata más ultrasonido hay que utilizar para su extracción, y en consecuencia se produce una pérdida mayor de células endoteliales”. Y añade que la edad actúa como factor de riesgo independiente para la descompensación corneal, ya que “a mayor edad menor número de células endoteliales, puesto que dichas células se van perdiendo paulatinamente y no se regeneran”. Por lo que, a su juicio, en el presente caso nos hallamos ante “complicaciones intraoperatorias y posoperatorias descritas en la

literatura” y relacionadas con los factores de riesgo anteriormente mencionados.

La interesada alega como prueba de la existencia de mala praxis el cambio de tratamiento prescrito en el centro privado, donde se sustituyó uno que era “perjudicial”. Sobre este extremo, debe indicarse que en marzo de 2017 (un mes antes de acudir al centro privado) estaba a tratamiento con “Tobradex/12 horas, ciclo/12 horas, antiedema cada 8 h, Thealoz-duo/8 h”, y que en la clínica privada a la que acude le prescriben “colirio Maxidex por la noche y ODM 5 tres veces al día, y Cosopt por la mañana y por la noche”. No obstante, el Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital precisa que este cambio de fármacos “no podría suponer modificación alguna, dado que el componente antiinflamatorio del Maxidex y el Tobradex es exactamente el mismo (dexametasona), y el OMD-5 es un fármaco antiedematoso (...) que ya se había prescrito en su momento a la paciente”. En idéntico sentido se pronuncia la especialista que informa a instancias de la entidad aseguradora, sin que la reclamante haya desvirtuado estas consideraciones médicas -de las que era conocedora, puesto que tuvo acceso al expediente- durante el trámite de audiencia.

También consta que con posterioridad a la intervención la atención dispensada a la perjudicada en la Unidad de Retina del Hospital fue correcta, instaurándose un tratamiento antiinflamatorio corticoideo y antibiótico, antiedema y dilatadores de pupila, y manteniendo una actitud conservadora a la “espera de la mejoría de la transparencia corneal para poder realizar el explante de la lente luxada mediante una vitrectomía”, si bien no se consiguió la mejoría de dicha transparencia “por persistencia del edema”, según informa el Jefe del Servicio implicado, lo que impidió llevar a cabo la operación posterior. La perito que informa a instancias de la compañía aseguradora también considera que el seguimiento de la patología fue “adecuado” y el tratamiento sintomático prescrito era el “correcto”.

A falta de pericia en sentido contrario aportada por la reclamante, no cabe deducir que en la asistencia sanitaria prestada a la interesada se haya

producido error o negligencia médica, ya que la actuación llevada a cabo por el personal sanitario fue, según se desprende de los informes médicos incorporados al expediente, correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*. El daño sufrido constituye una materialización de los riesgos y complicaciones recogidos en el documento de consentimiento informado que se le facilitó, propiciados a su vez por los factores de riesgo propios de la paciente (la edad y el tipo de catarata), por lo que el daño producido no resulta antijurídico.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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.