

Expediente Núm. 229/2018
Dictamen Núm. 35/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de febrero de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 5 de ese mismo mes-, y a la que se adjunta documentación adicional el 19 de octubre de 2018 -registrada de entrada el 24 del mismo 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 (...) 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 referido hospital 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 “X” a fin de que se aporte todo el 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 del 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.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
<http://www.ccasturias.es>

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 Sanitarias 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".

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 (...) 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 vuelve “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 ´”.

Sobre el empleo de anestesia loco-regional en el campo de la Oftalmología, indican que se ha relacionado “con una baja incidencia de complicaciones graves como la ceguera, pero que estas existen, siendo no obstante el riesgo menor con la anestesia peribulbar respecto a la retrobulbar”. Esas complicaciones incluyen “la hemorragia orbitaria (...), la penetración (...) o perforación oculares (...), así como la ` lesión del nervio óptico, atrofia óptica y ceguera (...) ´, que puede producirse por diversos mecanismos: ` lesión directa del nervio óptico con la aguja, por daño sobre las arterias que lo nutren, por inyección de anestésico en el canal óptico dando lugar a un cuadro de isquemia por compresión ´”.

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. Con fecha 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 Ley 39/2015.

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 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 él 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 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 (...). No hay anotación en la ficha respecto al intenso dolor referido dos meses después por el paciente, quizá porque normalmente este procedimiento se acompaña de cierto dolor (...). 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 periorbitales 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 anestesiólogo 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 anestesiólogo 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 ‘la 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, al momento, de ese 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 (...) 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. Y 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 (...) que sabiendo como sabía el anestesiólogo que no había comprobado que la aguja no estaba correctamente colocada debió de informar de inmediato a la oftalmóloga 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. 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 seguido.

13. Con fecha 12 de abril de 2018, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada y que el procedimiento debe retrotraerse a fin de realizar nuevos actos de instrucción, incorporando al expediente un informe elaborado por “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 anestesiólogo 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”.

14. Mediante oficio de 7 de mayo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del dictamen del Consejo Consultivo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 17 de junio de 2018 dos especialistas en Anestesiología y Reanimación emiten el informe solicitado. En él, tras analizar los hechos objeto de reclamación, formulan una serie de consideraciones médicas sobre la anestesia peribulbar, concretamente sobre la técnica y complicaciones. Señalan que en este caso se utilizó anestesia peribulbar, que es “menos invasiva que otros métodos anestésicos (...), incluso (que) la retrobulbar”.

Sobre la técnica, comentan que "es fácil de realizar, provee de adecuadas condiciones de analgesia intra y posoperatorias, muy útil y segura en pacientes con enfermedades asociadas ya que evita los riesgos de otros métodos más invasivos, a la vez que permite una corta estancia de los pacientes en el quirófano y en la sala. Como en todas las técnicas se describen varias complicaciones durante su realización". Respecto al desarrollo de esta técnica, indican que el paciente debe estar colocado "en decúbito supino con el ojo en posición primaria neutra", se administra "una primera inyección de 3 a 5 ml (...) sobre el reborde orbitario inferior", acto seguido "se administra una segunda inyección de 3 a 5 ml en el cuadrante superonasal", cuando la aguja pasa "el ecuador del globo" se inicia "la compresión ocular mediante un balón de Honan, que ejerce su presión apoyándose sobre el ojo, unos 5-10 minutos".

Como complicaciones de la técnica, se mencionan la "difusión subaracnoidea", el "reflejo oculcardíaco", la "hemorragia retrobulbar", la "perforación o penetración del globo ocular", la "miototoxicidad", la "isquemia del globo ocular" y el "daño del nervio óptico". Sobre la perforación o penetración del globo ocular, señalan que "sucede en el 0,75 % de los casos de anestesia regional ocular y aparece sobre todo en pacientes miopes con un diámetro axial ocular mayor de 26-27 mm. La inserción de la aguja, como en todos los bloqueos, es un procedimiento ciego y tiene complicaciones serias. Las agujas gruesas potencialmente harían mayor desgarró en la eventualidad de una perforación. Las agujas de bisel corto o romas ocasionan mayor dolor y molestia a los pacientes aunque teóricamente harían menos probable perforar el globo (...). Para prevenir se debe evitar insertar la aguja más de 31 mm, no cruzar la línea media sagital del globo ocular y realizar la punción tratando de orientar la aguja tangencialmente al globo".

Por lo que se refiere a los síntomas, indican que son "sensación de perforación, aunque el 50 % no se detecta inmediatamente. Dolor marcado en el momento de la perforación, especialmente si se le inyecta anestésico local. Aumento de la resistencia a la inyección. Hipotonía. Pobre reflejo rojo retiniano. Hemorragia vítrea".

Concluyen que “la técnica anestésica elegida es la de elección en este paciente” y que “la técnica anestésica loco-regional puede ocasionar complicaciones que pueden ser muy graves y no se deben a mala praxis”. Añaden que “el paciente no mostró signos de toxicidad hasta que no se inició la intervención y fue diagnosticado y tratado acorde a las guías clínicas”.

15. Notificada la apertura de un nuevo trámite de audiencia al interesado el 2 de julio de 2018, el día 5 del mismo mes este examina el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos de que consta hasta la fecha.

El 16 de julio de 2018, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera las imputaciones ya vertidas en escritos anteriores y reprocha que el nuevo informe pericial elaborado por la compañía de seguros no dé respuesta a las cuestiones planteadas en el dictamen del Consejo Consultivo. En concreto, “no ha valorado la adecuación a la *lex artis* de la técnica empleada por el anestesiólogo que intervino en la operación”, ni se ha informado “sobre la frecuencia con la que se produce la complicación de la anestesia aplicada al paciente, porque ni siquiera la identifica en relación a la intervención del anestesiólogo en la aplicación de la misma”.

Además, destaca la falta de pronunciamiento sobre si el anestesista confirmó la colocación de la aguja antes de la inyección del anestésico local, “tal como (...) dice el protocolo”.

Finalmente, subraya que la anestesia peribulbar es un método anestésico “menos invasivo que otros (...), fácil de realizar” y que “resulta muy útil y segura”.

16. El 17 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

17. Con fecha 3 de agosto de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio en los mismos términos expuestos en la propuesta de resolución anterior, al considerar que “el nuevo dictamen médico pericial no hace sino confirmar la inexistencia de una mala praxis médica”.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre 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.

Mediante oficio de 19 de octubre de 2018 esa Presidencia remite documentación adicional para su incorporación al expediente, que consiste en un escrito presentado por los familiares del reclamante -esposa e hijo- el 9 de octubre de 2018 por medio del cual comunican que aquel ha fallecido y su voluntad de subrogarse en la reclamación deducida.

Acompañan una certificación del Registro Civil acreditativa del óbito del interesado el día 30 de agosto de 2018 y una copia del testamento notarial otorgado, en el que “instituye universal heredero” a su hijo y “lega” a su cónyuge “el usufructo vitalicio y universal del caudal hereditario relevado de fianza e inventario”, sin perjuicio de que pueda optar, “en vez de este legado”, por el “pleno dominio del tercio de libre disposición además de su cuota legal de usufructuaria”.

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. Ahora bien, en esta pretensión resarcitoria se subrogan, por muerte del reclamante, su esposa e hijo -aportan testamento notarial-, de conformidad con lo dispuesto el artículo 4.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), a cuyo tenor la sucesión tendrá lugar, tratándose de una "relación jurídica transmisible (...), cualquiera que sea el estado del procedimiento".

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 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 -11 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 perjudicado 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 ha sido 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 aprecia 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida 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 “Solo 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.

SEXTA.- En el presente asunto se imputan a la Administración sanitaria los daños que el perjudicado asocia a la cirugía de catarata a la que se sometió en el Hospital "X".

Como se deduce de la documentación obrante en el expediente, el perjudicado falleció sin haber visto resuelta de manera expresa la reclamación formulada. No obstante, tras el óbito su familia le ha sucedido en la misma, si bien conviene dejar sentado que la sucesión procesal se ha realizado por los actuales interesados en los mismos términos ya planteados por el perjudicado en su escrito inicial.

Por lo que a la efectividad del daño se refiere, consta acreditado documentalmente en aquel que en el paciente sufrió una "amaurosis" en su ojo derecho como consecuencia de la cirugía de catarata que le fue practicada en el Hospital "X" el día 11 de agosto de 2015, asumiéndose como posible etiología una punción inadvertida del globo durante la administración de la anestesia peribulbar. Por tanto, ha de darse por acreditada la existencia de un daño cuyo alcance y evaluación económica determinaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, esta mera constatación de unos daños efectivos, evaluables económicamente e individualizados surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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 el 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto que nos ocupa nos encontramos con un paciente de 78 años que se somete a una cirugía de catarata el 11 de agosto de 2015, produciéndose tras la administración de anestesia peribulbar un aumento de presión intraocular, apreciándose "ojo con consistencia pétreo y taponamiento de la paracentesis por herniación del iris" (según consta en el informe clínico de

alta del Hospital "X"), por lo que se inicia tratamiento de forma inmediata y se suspende la intervención ante la sospecha de una hemorragia expulsiva. Se mantiene al paciente en la Unidad de Reanimación para vigilancia y control y se solicita TAC orbitario urgente que descarta signos de sangrado intraocular o intraorbitario. Al día siguiente la presión intraocular había descendido, pero la situación del cristalino impedía la visualización del fondo de ojo. En la exploración llevada a cabo en el Servicio de Oftalmología el 26 de agosto de 2015 se confirma que la agudeza visual es de "no percepción ni proyección luminosa".

En el escrito inicial se imputa la ceguera del ojo derecho a la mala praxis del anestesiólogo que intervino en la cirugía de catarata cuando se afirma que se ha producido "una clara y manifiesta negligencia en el actuar del médico anestesista, al suponer un fallo muy significativo en la técnica de su aplicación, por lo que dicha anestesia no se llevó a cabo conforme a la *lex artis ad hoc*", y se basa para ello en el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital "X" de 23 de mayo de 2016, en el 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". Asimismo, se critica 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", aunque en el escrito de alegaciones presentado el 3 de noviembre de 2017 se retracta cuando manifiesta no tener "nada que reprochar a la oftalmóloga que lleva a cabo este procedimiento".

En apoyo de sus imputaciones el perjudicado presentó durante la instrucción del procedimiento un informe médico-pericial elaborado por un especialista en Oftalmología el 24 de abril de 2017, en que 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”. En cuanto a la actitud durante la cirugía y evolución posterior del paciente, no considera que se aparte de la *lex artis*, y sostiene que fue “tratado y atendido correctamente”, asumiendo “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”.

En primer lugar, 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.

Sentando lo anterior, nos centraremos en la cuestión objeto de debate, que resulta ser la técnica empleada por el especialista en la administración de la anestesia. Al respecto, los responsables de Oftalmología y de Anestesiología del Hospital “X” emiten un informe conjunto en el que recogen que el paciente firmó 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´”. Sobre el empleo de anestesia loco-regional en el campo de la Oftalmología, indican que se ha relacionado “con una baja incidencia de complicaciones graves como la ceguera, pero que estas existen, siendo no obstante el riesgo menor con la anestesia peribulbar respecto a la retrobulbar”.

Por su parte, el especialista en Oftalmología que informa a instancias de la compañía aseguradora defiende que “tanto la técnica anestésica anotada en

la ficha de anestesia como el material y fármacos utilizados son los habituales y correctos". Bajo su hipótesis, "el anesthesiólogo 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". Explica que "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, considera que "para profundizar en el aspecto de la técnica anestésica la opinión de un anesthesiólogo sería más valorada".

Tras la retroacción de las actuaciones acordada por Dictamen Núm. 60/2018 de este Consejo, se incorpora al expediente un nuevo informe médico-pericial elaborado a instancias de la entidad aseguradora por dos especialistas en Anestesiología y Reanimación. En él, tras reseñar los beneficios de la anestesia peribulbar -menos invasiva, muy útil y segura-, recuerdan que la misma no está exenta de complicaciones, entre las que figura la perforación o penetración del globo ocular, que "sucede en el 0,75 % de los casos de anestesia regional ocular". También describen la técnica de punción (folio 152), indicando que el paciente debe estar colocado "en decúbito supino con el ojo en posición primaria neutra", administrándose una inyección en el espacio infraorbitario y otra en el supraorbitario, y acto seguido debe iniciarse la compresión ocular mediante "un balón de Honnan" durante un máximo de 10 minutos. En la ficha de anestesia que acompaña al informe de los Servicios implicados no existen datos que nos permitan concluir que el anesthesiólogo se apartó del procedimiento a seguir. Así, consta que al paciente, con riesgo ASA IV, se le administró la anestesia regional mediante la técnica "peribulbar", aguja "236", en el espacio "infra-supraorbitario", con "balón de Honnan a 40 mmHg durante 10 minutos". Además, en el apartado de la ficha reservado para las "complicaciones" no se registra ninguna irregularidad relacionada con la inserción de la aguja. Al respecto, debe significarse que los peritos que

suscriben el segundo informe médico-pericial advierten que se trata de “un procedimiento ciego y tiene complicaciones serias”, como “en todos los bloqueos”, concluyendo que “la técnica anestésica loco-regional puede ocasionar complicaciones que pueden ser muy graves y no se deben a mala praxis”.

Concedido al perjudicado un segundo trámite de audiencia, este reitera la argumentación ya expuesta sobre una deficiente inserción y colocación de la aguja con la que se iba a inyectar el anestésico, pero no aporta prueba o evidencia suficiente de índole técnica que permita sostener esa tesis, ni rebate de forma razonada las consideraciones médicas que se hacen en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora. A estos efectos, el informe pericial que en su día aportó el perjudicado, en el que escuetamente se afirma que la inyección involuntaria de anestesia dentro del ojo “manifiesta una mala técnica anestésica”, sin más explicación, no resulta suficiente para desvirtuar el resto de informes que se han incorporado al expediente y que firman hasta cinco especialistas -los responsables de los Servicios de Oftalmología y de Anestesiología del Hospital “X”, un especialista en Oftalmología y dos especialistas en Anestesiología-, los cuales no apreciaron mala praxis en la técnica de la anestesia peribulbar practicada, *a priori* menos invasiva y más útil y segura, sin que se registrara ninguna irregularidad relacionada con su práctica, sin perjuicio de las complicaciones que por su complejidad pueda producir.

Finalmente, de la documentación obrante en el expediente, así como de los informes elaborados con ocasión de la instrucción del procedimiento, 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 definitiva, la punción inadvertida del globo ocular constituye la materialización de una complicación que, aunque infrecuente, es posible y se

encuentra descrita en la literatura médica e incluida en el consentimiento informado para anestesia peribulbar firmado por el paciente, lo que, unido a la ausencia de signos que evidencien una actuación del anestesista contraria a la *lex artis ad hoc*, excluye la antijuridicidad del daño y determina la desestimación de la reclamación.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.