Administración de Justicia

Tribunal Superior de Justicia de Madrid
Sala de lo Contencioso-Administrativo
Sección Décima
C/ Génova, 10 - 28004
33009750
NIG: 28.079.33.3-2010/0166055

(01) 30033273554

Procedimiento Ordinario 1143/2010

Demandante: D./Dña.
PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA
Demandado:
[redacted]

PROCURADOR D./Dña. JESUS IGLESIAS PEREZ

SENTENCIA Nº 684/2012

ILUSTRE COLEGIO PROCURADORES
RECEPCIÓN 26 OCT 2012
SALIDA 29 OCT 2012
Artículo 161.2 L.E.C. 1/2000

Presidente:
Dña. Mª DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS
Magistrados:
Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION
Dña. EMILIA TERESA DIAZ FERNÁNDEZ
Dña. Mª JESUS VEGAS TORRES

En la Villa de Madrid a diecinueve de octubre de dos mil doce.

Visto el recurso contencioso administrativo número 1143/10 seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por don , representado por la Procuradora doña Paloma Solera Lama y dirigido por el Letrado don Álvaro Sardinero García, contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha sido parte demandada la Comunidad de Madrid, representada y dirigida por el Letrado de sus Servicios Jurídicos don Francisco J. Peláez Albendea; y codemandada la entidad , representada por el Procurador don Jesús Iglesias Pérez y dirigida por el Letrado don Julián Botella Crespo.

Madrid

Administración de Justicia

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso contencioso administrativo, se reclamó el expediente administrativo y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó solicitando que se dictara sentencia en la que se declarase la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada y se la condenara a indemnizar al recurrente en la cantidad de 160.000 euros, más intereses desde la fecha de la reclamación administrativa y, si se personara la Compañía Aseguradora, se le impongan los intereses del artículo 20 de la L.C.S.

SEGUNDO.-
contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocaron, terminando por solicitar que se dictara sentencia que desestimara el recurso.

Habiéndose recibido el proceso a prueba, se practicaron los medios probatorios propuestos y admitidos con el resultado que obra en autos, presentando posteriormente las partes sus respectivos escritos de conclusiones.

TERCERO.- Terminada la tramitación del proceso, se señaló para votación y fallo del recurso el día 17 de octubre de 2012, fecha en que tuvo lugar, con observancia en la tramitación del proceso de las reglas establecidas por la Ley.

Ha sido Magistrado Ponente doña Francisca María Rosas Carrión, quien expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Don interpuesto el presente recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de reclamación de la cantidad de 160.000 euros, en concepto de responsabilidad patrimonial y como indemnización de los daños y perjuicios derivados del defecto en el consentimiento informado y de la

Madrid

Administración de Justicia

infracción de la "lex artis" en la operación de cataratas del ojo derecho que se le practicó el 3 de mayo de 2007 en la "

Se insta en la demanda la condena de la Administración demandada al pago de la precitada cantidad, y de sus intereses desde la fecha de reclamación administrativa, incrementados con los del artículo 20 de la L.C.S. si la Compañía Aseguradora se personara, pretensión que, en síntesis, se asienta en las imputaciones de defecto en el consentimiento informado y de mala praxis médica, consistentes en que en el consentimiento informado no se recogió la información de la posibilidad de un trasplante de córnea (que finalmente hubo de llevarse a efecto) y en que, tras practicarse y concluirse la intervención de don e 74 años de edad, la facultativa que la realizó volvió a intervenir al paciente de forma inmediata, porque había colocado una lente equivocada, la cual se rompió al ser extraída, causando así hemorragia y edema corneal. Añade que, a consecuencia de las incidencias de la reintervención, surgieron microbullas en la córnea, por lo que se le propuso un trasplante de la misma, que se llevó a cabo el 29 de diciembre de 2008 (con intervención el 17 de noviembre de 2009 para la extracción de la sutura), pese a lo que no mejoró la calidad visual del paciente, que en la fecha de la demanda continuaba en tratamiento por la ansiedad y depresión que le causaba lo acontecido, y cuya indemnización se fija en la demanda puntuando los conceptos indemnizables.

La Comunidad de Madrid " sostienen, por el contrario, que la atención médica dispensada al paciente se ajustó a la "lex artis" y que no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre aquella y el daño alegado.

SEGUNDO.- Conviene recordar que, según doctrina jurisprudencial pacífica y consolidada –por todas, las sentencia del Tribunal Supremo de 12 de julio de 2007, 10 de diciembre de 2009, 23 de febrero de 2010, y las que en ellas se citan-, la responsabilidad patrimonial de la Administración requiere: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; b) Que el daño o lesión patrimonial sufridos por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal, siendo indiferente la calificación, de los servicios públicos - a lo que se ha homologado "toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo"-, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal; c) Ausencia de fuerza mayor; y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño, señalándose al efecto que, como la responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado "*lo relevante no es el proceder antijurídico de*

Madrid

la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión", de forma que, si existe el deber jurídico de soportar el daño, decae la obligación de la Administración de indemnizar.

Según las sentencias citadas, *"a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente."* Lo mismo se declaró en la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, en la que se expuso que *"a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios"*; asimismo, la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007, dijo que *"cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica ó sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente"*.

Por ello, y con invocación del criterio jurisprudencial expresado en las dictadas con fechas de 3 de octubre de 2010, 21 de diciembre de 2001, 10 de mayo de 2005 y 16 de mayo de 2005, en la sentencia precitada se continúa declarando que *"(...) la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible. La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico"*.

Administración de Justicia

TERCERO.- Como se desprende de los términos en que se ha planteado el debate, y puesto que, frente a lo sostenido por el recurrente en la demanda, la Comunidad de Madrid y la oponen que la asistencia sanitaria se ajustó a la "lex artis", las cuestiones litigiosas de este proceso se centran en determinar si el consentimiento informado se ajustó a derecho y si fue correcta la operación de cataratas del ojo derecho mediante facoemulsificación con implante de lente intraocular, a que don se sometió el día 3 de mayo de 2007, o si, por el contrario, se incurrió en un error inexcusable al colocarle una lente inadecuada y en una falta de pericia al extraerla, lo que le causó un edema corneal que no se pudo resolver con tratamiento conservador y que dio lugar a una descompensación endotelial de la córnea que requirió un ulterior trasplante, que no resolvió los problemas visuales del paciente, cuestiones, todas ellas que, sin perjuicio de lo que posteriormente razonaremos, han de examinarse, en principio, a la luz de lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al que corresponde a la parte demandante "*la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda*", y corresponde a la parte demandada "*la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior*". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "*deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio*", regla que, como veremos, es muy relevante en el caso de autos.

A los indicados efectos, el recurrente ha aportado al proceso un informe médico pericial, emitido a su instancia por don especialista en Oftalmología y en Medicina del Trabajo, que ratificó y sostuvo su informe, en todas sus partes, cuando el mismo fue sometido a contradicción en comparecencia judicial.

En su informe, tras expresar el objeto del dictamen pericial y relacionar datacionalmente de los documentos más significativos, el perito explica, ampliamente documentado con imágenes fotográficas, la exploración oftalmológica que le efectuó a don el día 29 de diciembre de 2012.

A continuación, el doctor one sus consideraciones sobre la etiopatología y evolución del proceso sufrido por el paciente, apartado que se inicia con un cuadro sinóptico de los hecho, continuando así:

"*4.1.- Fecha 04.05.07 a 09.07.07. Edema corneal con pliegues -*

Madrid

Administración de Justicia

La córnea normal, está hidratada en un 78%, su mantenimiento depende especialmente de la barrera endotelial, que trabaja constantemente achicando agua. Anatomía:"

Se inserta dibujo explicativo y nota bibliográfica

"Anatomía, forma y tamaño de las células endoteliales:
La superficie corneal está compuesta por cinco capas, enumeradas desde su superficie en
1. Epitelio corneal
2. Membrana de Bowman
3. Estoma
4. Membrana Descemet
5. Endotelio corneal"

Se acompaña dibujo y fotos explicativas. A continuación, se incluye un cuadro sobre la microscopía/fotografía especular, en el que se indica que:

" Las células del endotelio corneal actúan como una bomba para regular la cantidad de fluido en las otras capas celulares de la córnea, de esta forma se mantiene la claridad necesaria para el enfoque apropiado de los rayos de luz. El número de células del endotelio es un indicador de salud correal. La presencia de pocas células endoteliales indican enfermedad de la córnea y que la capacidad correal de soportar ciertos procedimientos quirúrgicos puede estar afectada.

La microscopia/fotografía especular es un método en el cual se fotografían las células endoteliales con la ayuda de la microscopia, de manera que se puedan contar. Se pueden adaptar aditamentos especiales en la lámpara de hendidura para obtener fotografías estáticas o imágenes de filmaciones con cámara de video. Una fotografía Polaroid de una pantalla de video puede servir como registro permanente en la ficha del paciente (Figura6.6). La magnificación es tal que las células se pueden contar visualmente".

A continuación se incluye una nota bibliográfica, seguida de una fotografía de córnea con distrofia corneal (gutata), continuando:

Madrid

"Al disminuir el número de células, las que quedan se agrandan para rellenar el espacio, ofreciendo una menor capacidad global de bombear el agua por lo que son más propensas a desequilibrar su función, produciéndose el edema estromal por encharcamiento acuoso.

Esto se produce en el envejecimiento, en córneas enfermas que presentan la enfermedad de guttata (enfermedad de Fuchs) y en toda cirugía en mayor o menor grado siendo su pérdida proporcionalmente mayor en relación a la gravedad de las complicaciones intraquirúrgicas".

Este apartado finaliza con cuadro explicativo de la Fig. 6.7.

"4.2.- Fecha 28.7.08 Queratopatia bullosa.-

Cuando falla la homba de agua, el estroma de la córnea se encharca, se edematiza, aumentándose su grosor".

(fotografía)

"El liquido se acumula debajo de las células epiteliales, formando las denominas "bullas" que dan nombre a la queratopatia bullosa".

(Notas bibliográficas)

"Los síntomas que se producen, son:

Dolor intenso, por estimulación directa de las terminaciones nerviosas libres.
Disminución de la agudeza visual, por pérdida de la transparencia.
Halos, por anómala difracción de la luz.
Fotofobia, aumento de sensibilidad a una luz de intensidad normal.
Lagrimeo, producción exagerada de lágrimas como consecuencia de la estimulación nerviosa.

4.3.- Fecha 10.11.08 ulcera corneal central.-

El edema y los infiltrados producen cambios por la estimulación de las terminaciones nerviosas y liberación de mediadores químicos. Los signos son:

Administración de Justicia

-hiperemia de los vasos del limbo por vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular (inyección ciliar)

-ruptura de la barrera sangre-acuoso a través de los capilares: exudación

-miosis reactiva (estrechez de la pupila)

-presencia de células (leucocitos) en la cámara anterior (fenómeno tyndall)

-pérdida de transparencia, por el edema, infiltración, necrosis, fibrosis y formación de neovasos en la córnea

-pérdida de sustancia focal, por pérdida de células epiteliales (erosión) y pérdida de estromas (adelgazamiento): lo que constituye la úlcera en una zona determinada.

Este proceso viene favorecido por: abuso o cronificación de la medicación tópica, y/o el uso de LCT con mejor o peor higiene (limpieza por el paciente).

Las complicaciones de la úlcera corneal son: perforación del globo ocular y pérdida del ojo (infrecuente), pérdida de la transparencia de la córnea (cicatrices) y pérdida considerable de la visión, por lo que procede realizar un trasplante de córnea penetrante.

Los pacientes generalmente comienzan el tratamiento con antibióticos efectivos de amplio espectro contra muchas bacterias y, tan pronto como se identifica la causa de la úlcera, se prescriben antibióticos más específicos, antivirales o gotas oftálmicas antimicóticas a través de la realización de un análisis de laboratorio consistente en un exudado conjuntival y antibiograma".

Por último, el doctor expresa las siguientes conclusiones:

"*1.- El tiempo de duración de la intervención de catarata en el ojo derecho de D.*

día 03.05.07, se considera anormalmente dilatado, ya que abarca el umbral de tiempo correspondiente a dos intervenciones: ojo derecho 1 hora 4 minutos, ojo izquierdo 20 minutos que es lo habitual.

3.- La demora en el tiempo intraquirúrgico de la intervención, conllevó una mayor agresión que la propia de la cirugía, forzando a la disminución por muerte de las células endoteliales y el consecutivo fallo de su función, que es la de "sacar" agua de la córnea, por lo que se produjo un edema por encharcamiento temprano y persistente que se agravó en su evolución.

4.- La sinopsis de los datos clínicos y el estudio de la historia clínica son coherentes con lo manifestado por el afectado respecto a la implantación de una lente intraocular equivocada por

Madrid

error, probablemente en su graduación. Hubo tiempo suficiente y ajustado para realizar la toma de decisión de cambiarla por la correcta en el mismo acto quirúrgico (a continuación). No se llega a comprender otro significado que justifique esa demora de tiempo.

5.- Esta hipótesis viene refrendada por el comentario del anestesista en el folio 101: "cambio de lente por rotura de la primera". La rotura intraquirúrgica (causa inexplicable) no conlleva su retirada, sino que al tener que cambiarla hay que cortarla necesariamente para su extracción. La rotura no es la causa, es la consecuencia.

6.- En la hoja quirúrgica que figura en el Folio 13 no figura ninguna complicación que justifique la demora en el tiempo ni tan siquiera la "rotura" de la lente intraocular. Es evidente que su sustitución por otra es un acontecimiento de gran importancia y de gran repercusión para el paciente, razón por la que debiera constar en el protocolo quirúrgico y no sólo en la anotación del anestesista. Desconocemos las razones por las que se ha obviado dicha información.

7.- El consentimiento informado de fecha 13.12.06 correspondiente a la cirugía de catarata del ojo derecho de fecha 03.05.07 no recoge la información de un posible trasplante de córnea, que tuvo que efectuarse en su OD el 29.12.08.

8.- La presencia de un trasplante penetrante corneal conlleva consecuencias de deslumbramiento, disminución de la sensibilidad al contraste y en general aberraciones ópticas de la imagen. También, en el presente caso la dehiscencia a las 9h provoca un leucoma corneal paracentral".

CUARTO.- En este proceso la parte codemandada ha aportado informe pericial, conjuntamente emitido a su instancia por los doctores don Doctor en Medicina, Médico Forense en excedencia y Especialista en Medicina Legal y Forense, y don Especialista en Oftalmología, que fue el perito que participó en la diligencia judicial de ratificación y aclaración del precitado informe, sin incurrir en contradicciones con lo que había sostenido en el mismo, en el que, después de relacionar sus fuentes documentales y de efectuar un análisis cronológico de dicha documentación, los peritos continúan con la exposición de consideraciones médico-legales generales sobre la queratopatía bullosa (concepto, fisiopatología, frecuencia y edad) y sus manifestaciones clínicas (historia, exploración física, causas –factores de riesgo preoperatorio e intraoperatorio-, causas postoperatorias, y procedimiento de confirmación diagnóstica), y tratamiento (atención médica, cuidado quirúrgico y seguimiento).

Administración de Justicia

A continuación el informe examina el caso de don , y dice:

"D. (lo fue intervenido de cirugía de cataratas del ojo derecho el día 3 de mayo del 2007. Como consecuencia de dicha cirugía el paciente presentó una queratopatía bullosa con edema corneal y disminución de la agudeza visual severa y dolor, lo cual motivo la práctica de una queratoplastia penetrante.

Como se ha explicado previamente (ver apartado 2.1 de este informe) la queratopatía bullosa es una complicación clásica y bien conocida de una cirugía de cataratas.

Como dijimos, los traumatismos derivados de la propia cirugía, debidos a la facoemulsión del cristalino, y sobre todo en su extracción, hecho común a toda cirugía de catarata son los determinante de la lesión. Estos traumatismos producen especial efecto en endotelios corneales en los cuales el número de células endoteliales está previamente muy reducido y además presentan una morfología heterogénea.

En este sentido es importante aclarar que para que se produzca esta lesión no es necesario que exista una cirugía especialmente prolongada, traumática o complicada, sino que puede ocurrir en cirugías por lo demás normales. Como vimos hasta el 0.5-1% de las cirugías de cataratas pueden dar lugar a esta complicación, y dado el gran número de este tipo de cirugías que se realizan anualmente en nuestro país, esta complicación no es ni mucho menos infrecuente en números absolutos.

En el mismo sentido, la existencia por sí misma de una queratopatía bullosa postquirúrgica no deberle ser sinónimo de impericia o "mala praxis" por parte del oftalmólogo que realizó la operación.

Dicho esto, también hay que decir que naturalmente, la probabilidad de que ocurra esta lesión aumenta en cirugías muy traumáticas en la cuales la catarata está muy evolucionada (madura o hipermadura), y en las cuales la energía que hay que emplear para romper la misma (previamente a su extracción) es superior a la habitual y la extracción de las mismas traumática.

La edad del paciente también tiene cierta importancia, ya que a mayor edad la probabilidad de presentar una pérdida de células endoteliales corneales es mayor, lo que hace mucho más peligroso cualquier traumatismo corneal.

Madrid

Administración de Justicia

Finalmente decir que la propia presencia de una lente intraocular, como las implantadas tras la cirugía de cataratas, puede a su vez desencadenar un edema corneal, en pacientes especialmente predispuestos para ello.

En el caso que nos ocupa, el paciente esarrolló esta complicación posteriormente a la cirugía. Respecto a las causas que pudieron influir en su desarrollo pueden concurrir las establecidas anteriormente. Inicialmente no sabemos la densidad de células endoteliales que el paciente presentaba, ya que no se realizó una microscopía especular preoperatoria, pero dicha técnica no se realiza de rutina. Sí sabemos que presentaba una catarata en evolución y que esto pudo influir en la necesidad de realizar una extracción más dificultosa. En cualquier caso en los informes oftalmológicos de le cirugía no se indica que existiese ninguna complicación específica, hecho que así lo corrobora el jefe de Servid en su informe del día 15 de febrero del 2010.

Tampoco se indica en el informe de anestesia la existencia de ninguna complicación de la propia cirugía o de la anestesia. Sí se indica que hubo que practicar un cambio de la lente tras rotura de la primera. No conocemos las circunstancias que motivaron dicha rotura de la lente ni si la extracción de la misma fue complicada o excesivamente traumática, debido a que ni el informe de anestesia ni los informes oftalmológicos los especifican.

Una vez realizado el diagnóstico de la queratopatopatía bullosa postraumática, la atención clínica recibida por el paciente fue correcta. Fue evaluado periódicamente por los oftalmólogos del Servicio de Oftalmología de la . Se intentó un tratamiento médico inicial, tal y como está indicado, mediante antibioticoterapia y medidas antiedema (ver apartado 1 de este informe). Dada la mala evolución y la no recuperación de la agudeza visual adecuadamente se realizó una técnica quirúrgica denomina Queratoptastia penetrante, técnica de elección ante la mala evolución de esta complicación y que se pudo realizar sin complicaciones el día 29 de diciembre del 2008.

Parece que la evolución posterior fue parcialmente satisfactoria. La cirugía (queratoplastia penetrante) ha permitido controlar el dolor ocular y recuperar parte de la agudeza visual, aunque esta ha quedado sustancialmente reducida (0,2). Desgraciadamente y a pesar de este tipo de cirugías la recuperación funcional completa, a pesar del mantenimiento de la transparencia corneal y la falta de rechazo al trasplante, es habitualmente incompleta".

Madrid

El informe continúa y finaliza con las siguientes conclusiones:

"1.- El paciente presentó una complicación secundaria a una cirugía de cataratas en el ojo derecho denominada Queratopatía

2.- Dicho trastorno da lugar a disminución de la agudeza visual y a dolor corneal.

3.- Es una complicación clásica y bien conocida de la cirugía de cataratas (se da hasta en el 1% de todas las cirugías), la cual puede ocurrir tras cirugías no complicadas.

4.- Dicha complicación se da más habitualmente en pacientes que presentan una pérdida fisiológica de células endoteliales corneales, generalmente debido a la edad.

5.- Las cirugías muy traumáticas puede favorecer considerablemente el desarrollo de este trastorno.

6.- Durante la cirugía, y según el Informe de anestesia, hubo de realizarse un cambio de la lente por rotura de la anterior, sin especificarse las circunstancias o causas de la misma. Sin embargo en el informe oftalmológico de la cirugía y en el posterior informe realizado por el Jefe de Servicio no se indica la existencia de ninguna complicación intraoperatoria ni que la cirugía fuese traumática.

7.- Por tanto, de los datos extraídos de la documentación clínica en nuestro poder, no se puede concluir que la queratopatía bullosa fuese consecuencia directa y atribuible a una mala técnica quirúrgica o la mala praxis médica del/ los oftalmólogos que practicaron la cirugía.

8.- Tras el diagnóstico de la queratopatía bullosa el seguimiento clínico, y las medidas de tratamiento médico fueron adecuadas.

9.- A pesar de las medidas aplicadas para el correcto tratamiento médico, la evolución de la queratopatía fue desfavorable, hecho también bien conocido, lo que obligó a la realización de una técnica quirúrgica denominada queratoplastia penetrante. Dicha actuación nos parece correcta.

10.- Se ha cumplido la obligación de medios en el manejo de dicha complicación, en tanto que se han agotado todas la posibilidades médicas y quirúrgicas para su correcto tratamiento".

Administración de Justicia

QUINTO.- A los folios 131 y siguientes del expediente administrativo obra informe emitido por la Inspección Sanitaria, en el que, después de identificar el caso y de reseñar el motivo de la reclamación administrativa y las fuentes documentales consultadas, en el apartado de impresión técnica y consideraciones médicas, se efectúa una relación de los hechos averiguados, según resultan de la historia clínica del paciente que la inspectora médica estimó relevantes, para seguidamente exponer consideraciones médicas generales sobre las cataratas (concepto, tratamiento y cirugía), el edema de la córnea, la queratopatía bullosa y el trasplante de córnea (concepto y riesgos de la cirugía).

Después, la inspectora médica efectúa las siguientes consideraciones sobre el caso de don Gregorio Gaitán:

"El paciente D. (... ...) presenta como antecedentes personales de interés:

-Hemicolectomia derecha
- Apendicectomia
- Septoplastia
- Herniorrafia Inguinal izquierda.

En seguimiento en Consultas Externas de Oftalmología se objetiva existencia de cataratas bilaterales y tras explicarle la patología, el paciente Indica que se quiere operar (informe de consulta de 13 de diciembre de 2006).

El mismo dia 13 de diciembre de 2006, firma consentimiento informado donde aceptan los riesgos especificos de la Intervención de cataratas que son los siguientes entre otros:

- Desplazamiento de la lente y/o la pupila
- Dehiscencia de sutura
- Imposibilidad de implantar la lente
- Edema corneal
- Aumento del riesgo de desprendimiento de retina.

El paciente conocia la posibilidad de presentar un edema corneal postquirúrgico en el mismo momento que se indicó la cirugía de catarata (13 de diciembre 2006)

Madrid

Administración de Justicia

El 26 de febrero de 2007 se realiza facoemulsificación de cristalino con Implante de lente Intraocular ojo izquierdo. En la actualidad la agudeza visual de ojo izquierdo es de 1.0 dif (con +1.25 esf4.50 cil 85). Dicha agudeza visual no se considera "mala" como indica el paciente D. su escrito de reclamación.

El 3 de mayo de 2007 se realiza facoemulsificación de cristalino con implante de lente intraocular ojo derecho. En el protocolo de quirófano no se indica que se procediera a realizar un cambio de lente intraocular por equivocación médica, únicamente aparece un tipo de lente que es el que se le implanta. Tampoco indican en dicho protocolo las Incidencias que D.
(puntua en su escrito de reclamación.

El único dato objetivable en el protocolo de quirófano es la diferencia en la duración de ambas cirugías (la primera 20 minutos y la segunda 60 minutos) En la bibliografía consultada se indica la posibilidad de un mayor riesgo de edema corneal cuanto más tiempo dure la cirugía, pero en ningún momento se especifica el tiempo a partir del cual se va a producir un edema corneal, ni que si éste se produjera fuera irreversible.

Aún cuando atendiéramos a los datos médicos detallados en la reclamación de D.
señalar que si en el mismo acto quirúrgico tuviera que procederse a la colocación de una segunda lente intraocular, se realizaría por la misma incisión corneal realizada desde el inicio de la intervención quirúrgica y no se consideraría una reintervención quirúrgica.

La lente intraocular se introduce plegada y si fuera necesario extraerla, no se podría volver a plegar en el interior del ojo, sino que se procedería a la fragmentación de dicha lente y extracción de la misma por la incisión corneal realizada desde el principio de la intervención quirúrgica. No se consideraría que se hubiera producido una rotura de la lente dentro del ojo.

Tras la cirugía de cataratas se le realiza un control semanal y posteriormente quincenal, objetivándose en todos los controles existencia de edema corneal. Dado que el edema corneal puedes responder a tratamiento conservador, se decide actitud expectante para ver respuesta a tratamiento conservador, que es lo que se ha observado en la bibliografía consultada.

Dada la persistencia de la clínica del paciente D. "a, el 5 de diciembre de 2007 se incluye en lista de espera quirúrgica de queratoplastia de su descompensación corneal ojo derecho.

Madrid

El paciente debe esperar la lista de espera quirúrgica hasta existencia de córnea donante compatible, este hecho ocurre el 29 de diciembre de 2008. El Servicio de Oftalmología del Hospital no puede influir en la lista de espera de trasplante, únicamente esperar la córnea adecuada. En este caso la espera fue de un año, pero durante este tiempo de espera, el paciente fue atendido en todo momento por el Servicio de Oftalmología .

Tras la intervención de queratoplastia penetrante el seguimiento por Servicio de Oftalmología fue el adecuado, objetivando en la última revisión aportada en este informe su agudeza visual es de 0.2 (con −2.00 esf-3.00 cil 125°)

La agudeza visual que el paciente tenía previo a la cirugía de cataratas bilateral era de:

- Ojo derecho: 0.2
- Ojo izquierdo: 0.2

Tras la intervención de cataratas bilaterales, su agudeza visual es de:

- Ojo derecho: 0.2
- Ojo izquierdo: 1.0

A la vista del resultado de exploración oftalmológica podemos concluir que ha habido una mejora en la agudeza visual en ojo izquierdo y no empeoramiento de la agudeza visual ojo derecho"

Con base en lo anterior, la inspectora médica doña ha llegado a las siguientes conclusiones:

"- El seguimiento en Consultas Externas de Oftalmología de Hospital fue adecuado, cuidadoso, expectante, conservador y acorde con la ciencia actual dadas las características del paciente.

-El paciente D. presenta una disminución bilateral de su agudeza visual secundaria a cataratas bilaterales, cuya única solución definitiva es la cirugía.

-Entre los riesgos inherentes y específicos de la intervención quirúrgica de cataratas se describe en la posibilidad de aparición de edema corneal.

-El riesgo de edema corneal era conocido por el paciente como se puede ver en el consentimiento informado y firmado por el paciente con fecha 13 de diciembre 2006.

-Tras la aparición de edema corneal el tratamiento llevado a cabo por Servicio de Oftalmología fue el tratamiento conservador, en espera de una resolución con dicho tratamiento.

-Ante la persistencia del edema corneal a pesar de tratamiento conservador, se decide realizar tratamiento quirúrgico (queratoplastia penetrante ojo derecho).

-El tratamiento del edema corneal fue el adecuado y acorde con la ciencia actual.

-La asistencia prestada ha sido correcta y adecuada a la lex artis ad hoc.

-Por lo tanto no se evidencia la existencia de una mala praxis".

Por último, señalaremos que en este proceso se ha practicado prueba testifical consistente en la declaración de doña , hija del recurrente, que confirmó los hechos alegados en la demanda.

SEXTO.- La valoración de la prueba practicada en este proceso aconseja dejar constancia de tres consideraciones previas:

La primera de ellas es que las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado, por lo que no prevalecen necesariamente sobre otros medios de prueba, ya que no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso, aunque es claro que la fuerza probatoria de los dictámenes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes.

La segunda es que en los informes de la Inspección Sanitaria la opinión de los técnicos se obtiene extraprocesalmente, por lo que la fuerza vinculante de sus opiniones no tiene las características de la prueba pericial, pero ello no supone que quede privada de todo valor, ya que

Administración de Justicia

puede ser ponderada como elemento de juicio en la valoración conjunta de la prueba, siendo de significar que los Inspectores Médicos han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad.

Y la tercera consiste en determinar si en el caso litigioso pesa sobre la Administración la carga de acreditar una buena praxis, pues se alega en la demanda que en el informe que obra en la historia clínica, sobre la intervención de cataratas en el ojo derecho del paciente, se han ocultado fraudulentamente los hechos de que al mismo se le colocó por error una lente inadecuada, que se rompió y se extrajo a trozos, siendo ello la causa del edema corneal y de la ulterior aparición de microbullas; según el recurrente dichos hechos también se ocultan a lo largo del expediente administrativo, pero su realidad puede demostrarse a través del informe de anestesia obrante al folio 101 del expediente, en el que se recoge que hubo un cambio de lente por rotura de la primera, así como de la comparación de los tiempos de duración de las intervenciones de ambos ojos.

Y así es: diremos al respecto que al folio 105 del expediente administrativo obra la hoja de registro quirúrgico de la operación de cataratas en ojo izquierdo, efectuada a don ( ) el día 26 de febrero de 2007; en lo que interesa al caso, en dicha hoja aparecen los siguientes datos: llegada a quirófano: 8:50; final anestesia: 8:55; inicio cirugía: 9:00; final cirugía: 9:20; salida: 9:25. En la hoja de protocolo quirúrgico oftalmológico de dicha operación, obrante al folio 103, datada el día citado y firmada por el doctor don se recoge que la facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular se efectuó según técnica habitual, sin que se indique que hubiera habido incidencias.

Sin embargo, en relación a la intervención efectuada el 3 de mayo de 2007, en el informe de anestesia obrante al folio 101 aparece la siguiente indicación: *"cambio de lente por rotura de la primera"*, incidencia que no se recoge ni en el registro quirúrgico de las páginas 95 y 96, ni en el protocolo quirúrgico oftalmológico que obra al folio 91, datado el 3 de mayo de 2007 y firmado por la doctora doña que solo expresa que la facoemulsificación del cristalino con implante de lente intraocular se efectuó según técnica habitual, sin recoger la incidencia que aparece en el informe de anestesia; no obstante, en la hoja de registro quirúrgico del folio 95 se recogen los siguientes datos: llegada a quirófano: 15:46; final anestesia: 15:55; inicio cirugía: 15:56; final cirugía: 17:00; salida: 17:05.

Madrid

Así las cosas, en los términos en que se ha planteado el debate y refiriéndose las cuestiones fácticas esenciales a una eventual infracción de la "lex artis" en la intervención del día 3 de mayo de 2007, la circunstancia de que no se haya consignado en el protocolo quirúrgico oftalmológico elaborado por la doctora la menor referencia al cambio de la lente, a la causa que lo produjo ni a si ello tuvo alguna consecuencia inmediata, junto a la diferencia de tiempo en la realización de las cirugías de los días 26 de febrero y 3 de mayo, hace que no podemos explicarnos las contradicciones entre el protocolo quirúrgico y el informe de anestesia ni las diferente duración de las operaciones si no es desde un deliberado propósito de ocultación de lo acontecido en la segunda de ellas, lo que no solo ha supuesto que al recurrente no se le hayan facilitado todos los medios probatorios que necesitaba para la defensa de sus intereses y que la Sala no disponga ahora de relevante elementos de juicio, sino que también determina que recaiga sobre las partes demandada y codemandada las consecuencias negativas de la deliberada falta de información en el protocolo quirúrgico sobre lo que ocurrió en la intervención, lo que se traduce, como hemos dicho, en que pese sobre ellas la carga de probar la buena praxis.

Al apreciar racionalmente y en su conjunto el material probatorio aportado al proceso, no podemos concluir que las partes demandada y codemandada hayan tenido éxito, por la razón fundamental de que ambos informes se han emitido desde la perspectiva de negar la mala praxis, pero no desde el punto de partida de tener que acreditar la buena praxis, como ha de ser el caso, sin perjuicio de lo cual señalaremos, de una parte, que los doctores reconocen que en el informe de anestesia se indica que hubo que practicar un cambio de la lente tras rotura de la primera, pero se excusan de examinar la trascendencia de esta cuestión, aduciendo que ni el informe de anestesia ni en los informes oftalmológicos se explican las circunstancias que motivaron dicha rotura ni si la extracción de la lente fue complicada o excesivamente traumática.

Pues bien, si dichos peritos desconocen tales circunstancias, queda sin fundamento las tesis de que don el edema corneal con posterioridad a la cirugía, que lo pudo desencadenar la propia lente definitivamente implantada, y que la queratopatía bullosa con edema corneal no tiene por qué relacionarse en este caso con impericia o mala praxis, por tratarse de una mera complicación de la cirugía de cataratas normal.

El desconocimiento del acontecer intraoperatorio también deja sin apoyo la tesis de los citados peritos de que, por estar muy evolucionada (madura o hipermadura) la catarata, su extracción fue traumática, dado que en estos casos la fuerza que hay que emplear para romperla es muy superior a la normal, y ello con independencia de que dicha afirmación de los peritos no se compadece con el

Administración de Justicia

aserto de que en la dificultad de la extracción de la catarata también pudo influir el hecho de que el paciente presentaba una catarata en evolución.

De otra parte, en el informe de la Inspección Sanitaria se advierte la diferencia en la duración de las cirugías de cada ojo, de 20 minutos la primera y de 60 minutos la segunda, aunque se viene a minimizar la trascendencia de ésta última argumentando que, pese a que en la bibliografía consultada se indica la posibilidad de un mayor riesgo de edema corneal cuanto más tiempo dure la cirugía, lo cierto es que en ningún caso se especifica en la bibliografía el tiempo a partir del cual se va a producir un edema corneal, ni que, si el mismo se llegara a producir, resultaría irreversible.

La inspectora médica también detecta que en el protocolo de quirófano del día 3 de mayo no se indica que se procediera a realizar un cambio de lente intraocular, ni ninguna otra incidencia, pero rehúye pronunciarse sobre la contradicción existente entre el citado protocolo y el informe de anestesia, cuya existencia no refiere específicamente, salvo para decir que, en la hipótesis del reclamante, si se hubiera colocado una segunda lente en el mismo acto quirúrgico, no se trataría de una reintervención, porque, tras fragmentar y extraer la primera lente, la segunda se colocaría por la inicial incisión corneal realizada.

Sin embargo, la Inspección Sanitaria habría podido arrojar alguna luz sobre los acontecimientos de quirófano si, en su momento, hubiera practicado alguna diligencia para dilucidar las dudas sobre la contradicción documental que hemos referido, y sobre la que no se ha pronunciado en su informe, habiendo podido hacerlo.

En consecuencia, por no haber cumplido la demandada ni la codemandada con la carga de acreditar la buena praxis, es obligado partir de que en la intervención quirúrgica del 3 de mayo de 2007 se infringió la lex artis ad hoc, al colocarse una lente inadecuada y al extraerla luego con impericia, dando lugar a un edema por encharcamiento temprano y persistente que, en el parecer del perito de la parte actora, se agravó en su evolución, y que determinó la necesidad de un trasplante penetrante de cornea que, según el doctor conlleva consecuencias de deslumbramiento, disminución de la sensibilidad al contraste y en general aberraciones ópticas de la imagen, afirmación que no aparece desvirtuada mediante prueba en contrario.

A una conclusión distinta llegamos respecto al motivo de impugnación que afirma que el consentimiento informado no fue completo porque no recogió la información de un posible trasplante de córnea, finalmente acontecido, ya que en el caso de autos la omisión carece de la trascendencia

Madrid

Administración de Justicia

que le atribuye el recurrente, habida cuenta de que el trasplante fue una consecuencia de mala praxis en la intervención quirúrgica.

En lo que atañe al importe indemnizatorio solicitado en la demanda, teniendo en consideración que el recurrente no ha acreditado ni la pérdida completa de la visión del ojo derecho, ni que, tras el trasplante, continúe sufriendo dolor ocular intenso, ni que padezca síndrome ansioso-depresivo directamente relacionado con la intervención de cataratas del ojo derecho, ni que haya estado incapacitado para sus ocupaciones habituales desde el 3 de mayo de 2007 al 17 de noviembre de 2009, pero teniendo con consideración la edad del paciente, que su agudeza visual podría ser mayor, las intervenciones consistente en la extracción y colocación de nueva lente, en trasplante de córnea y en retirada de puntos, los días de hospitalización y los días no impeditivos en que padeció dolores así como que no mejoró su calidad visual, al no resultar aplicable en el caso presente ningún baremo normativo, fijamos prudencialmente el importe de la indemnización, actualizada a la fecha de la presente resolución, en la cantidad de 70.000 euros, más los intereses legales devengados por la misma desde la fecha de esta sentencia hasta el completo abono, sin que haya lugar al incremento de los intereses del artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por no estar personada en autos la compañía aseguradora.

SÉPTIMO.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley Jurisdiccional, no ha lugar a formular condena al pago de las costas causadas en este proceso.

Vistos los preceptos citados y los demás de general y pertinente aplicación

FALLAMOS: Que estimamos parcialmente el recurso contencioso administrativo interpuesto por don [redacted] contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de responsabilidad patrimonial a que este proceso se refiere, la cual anulamos, y declarando la responsabilidad patrimonial de la citada Administración, a la que condenamos al pago de la cantidad de 70.000 euros, más los intereses legales que se devenguen desde la fecha de esta sentencia hasta su completo pago. Se desestiman los demás pedimentos de la demanda. No se formula condena en costas.

La presente resolución es firme.

Madrid

Administración de Justicia

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente D./Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION, estando la Sala celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, de lo que, como Secretario, certifico.

Madrid