

Dictamen n.º: **484/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.07.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de julio de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., en nombre y representación de Dña. .... (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a una incorrecta asistencia médica prestada en el Hospital Universitario La Paz, con ocasión de un tratamiento oftalmológico.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito redactado y firmado de su puño y letra por la hija de la reclamante, y registrado en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario La Paz el día 28 de diciembre de 2022, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños que entiende sufridos y que atribuye a una incorrecta asistencia médica prestada en el Hospital Universitario La Paz (en adelante, HULP).

De modo sucinto, manifiesta que el día 13 de diciembre de 2022 acudió al Servicio de Oftalmología y como estaba programado, le fue

inyectado en el ojo derecho, el Avastín. Que después tuvo dolor intenso, inflamación y enrojecimiento en el ojo derecho, por lo que acudió a Urgencias el día 15 de ese mes, y allí le informan que tiene infectado el ojo derecho a consecuencia de la inyección y tuvo que ser operada de urgencia.

Continúa refiriendo que acudió a revisión el día 20 de diciembre y le comunican que la bacteria causante de la infección es *Staphylococcus epidermidis*.

De nuevo, el día 25, con el ojo derecho con irritación e inflamación, acude a Urgencias y manifiesta que no sabe cuándo va a acabar esto.

La interesada solicita que se investigue y aclare lo que ha pasado con ese fármaco y manifiesta que hubo una negligencia médica que le ha producido la infección en el ojo derecho y daños, y finaliza pidiendo una compensación económica.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La reclamante, nacida en el año 1935, estaba siendo atendida desde al año 2018 en la Unidad de Retina del Servicio de Oftalmología, del Hospital Universitario La Paz.

Acude a la consulta el día 5 de abril de 2022; tiene una mejor agudeza visual corregida (MAVC), en el ojo derecho (OD) de 0.25 y en el ojo izquierdo (OI) de 1.0, con estado pseudofáquico en ambos ojos (AO).

En la consulta del 22 de noviembre de 2022, la paciente presentaba una MAVC de 0.32 en OD y 1.0 en OI. El polo anterior presentaba pseudofaquia en AO sin signos de inflamación. En el fondo ojo se visualizaba edema macular en OD y DEP en OI. Se constata una

recidiva del edema macular quístico y líquido subretiniano en el OD. Se pautaron 2 inyecciones intravítreas contra el Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (anti-VEGF). Se informó a la paciente que firmó el documento de consentimiento informado (folios 149 y 150 del expediente).

El día 13 de diciembre de 2022, acude a las 13:45 horas para recibir la inyección pautada para tratar el edema macular quístico secundario en el OD; aplicándosele una inyección intravítrea de bevacizumab.

El 15 de diciembre de 2022, la paciente acude al Servicio de Urgencias refiriendo disminución de la visión y dolor en el OD. A la exploración presentaba edema palpebral, hiperemia conjuntival, quemosis, córnea edematosa, hipopión, Tyndall +++, fibrina, pseudofaquia y vitritis que no permitía la exploración del fondo de ojo. El diagnóstico es endoftalmitis aguda de probable etiología infecciosa en OD.

Se informó a la paciente y a los familiares. Y esa misma tarde se le puso una inyección intravítrea de antibióticos (vancomicina y ceftacídima) reforzados y se realizó una toma de humor vítreo para cultivo microbiológico; que aportó el 19 de diciembre un resultado positivo de *Staphylococcus epidermidis*.

Se le realiza intervención quirúrgica de urgencia de vitrectomía a las 22 horas de ese día 15. El protocolo quirúrgico que figura es (folio 130): diagnóstico preoperatorio principal: endoftalmitis aguda. Endoftalmitis exógena en el OD. Diagnóstico postoperatorio principal: endoftalmitis aguda OD. Procedimiento previsto principal: “OTRA VITRECTOMÍA MECÁNICA QUIRÓFANO (...). Endoftalmitis OD. (...)

Ojo tapado hasta mañana. se pauta tratamiento paracetamol o Nolotil, si dolor Y levofloxacino 500 mgrs cada 24 horas 3 días. Revisión al día siguiente, a las 13 horas, en consultas externas.

La paciente acude Urgencias el día 25 de diciembre a las 18.07 horas, por molestias en el OD de un día de evolución. Refiere lagrimeo. En la exploración: hiposfagma temporal, hiperemia +, cornea transparente con bulla en hemicornea inferior, y erosiones centrales; iris sin alteraciones en midriasis media. El plan es mantener el tratamiento según pauta y acudir a la próxima consulta. Alta esa misma tarde (folios 134 a 136).

En la última visita a la Unidad de Retina el día 7 de marzo de 2023, la MAVC era de 0.04 en el OD y 0.8 en el OI; se le mantiene el tratamiento.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito de la instructora del expediente de 18 de enero de 2023, se informa a la hija de la reclamante de la admisión a trámite de la reclamación formulada, de la normativa de aplicación y de los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución en plazo. De igual modo, es requerida para que acredite la representación para actuar en nombre su madre, mediante cualquier medio válido en derecho, o para que presente el escrito de reclamación firmado por aquella. Mediante escrito presentado el 3 de febrero de 2023, la hija de la reclamante aporta un documento privado acreditativo de la representación conferida, al que se adjuntan copia de los dos DNI.

Constan incorporados al expediente, los informes atinentes a la reclamación formulada, elaborados por los servicios del HULP que intervinieron en la asistencia médica reprochada.

Así, consta el informe de 22 de febrero de 2023, del Servicio de Medicina Preventiva del HULP, en el que, al respecto de la reclamación interpuesta, se refleja que *“para dar respuesta a la reclamación patrimonial número 2023017, respecto a la endoftalmitis de la paciente arriba indicada, el Servicio de Medicina Preventiva expone el resultado de la investigación epidemiológica en relación al brote que ha afectado a esta paciente:*

- *El 13/12/2022 se procede en el Servicio de Farmacia, como es habitual, a la preparación de las dosis individuales del fármaco biosimilar de Bevacizumab a partir de un vial, para inyección intravítrea ese mismo día. La mayoría de los pacientes a los que se les ha administrado estas inyecciones desarrollaron una endoftalmitis en las horas o días posteriores a la administración.*

- *No se pudo recuperar para cultivo ninguna muestra de las inyecciones intravítreas, ya que todos los pacientes acudieron y se pusieron la inyección no quedando inyecciones sobrantes. Tampoco quedó ningún resto del vial de Farmacia (se agotó el vial tras las inyecciones de ese día).*

- *El mismo día (13/12/2022), se trataron en la misma sala a otros pacientes con otros fármacos de inyección intravítrea. Ninguno de ellos presentó endoftalmitis.*

- *En esta paciente se realizó cultivo de humor vítreo, creciendo Staphylococcus epidermidis, como en la mayoría de los pacientes afectados. El servicio de Microbiología confirmó que todos los S.*

*epidermidis* presentan una estrecha relación filogenética entre ellos, lo que es compatible con un brote debido a un único clon.

•El 21/12/2022, el servicio de Medicina Preventiva realizó una observación del proceso de preparación de las inyecciones en el Servicio de Farmacia para evaluar la adherencia al protocolo de trabajo en cabina de flujo laminar, que se adjunta. La observación no reveló ninguna deficiencia. El procedimiento de preparación de las inyecciones es exhaustivo y se realizó por personal cualificado y con experiencia.

•El 21/12/2022 se realizó una observación del proceso de la administración de las inyecciones intravítreas en el Servicio de Oftalmología: no se detectó ninguna alteración en el procedimiento que pudiera estar relacionado con el brote.

Como conclusión, la infección que ha sufrido esta paciente podría estar relacionada tanto con la contaminación del vial o durante el proceso”.

El 15 de febrero de 2023, se emite el informe de la Comisión de Seguridad del Paciente, en el que se hace constar que “la Comisión de Seguridad del Paciente ha tenido conocimiento de la situación expuesta relacionada con el brote de endoftalmitis en pacientes que acudieron a ponerse una inyección intravítrea de MVASI (fármaco biosimilar de Bevacuzimab) del laboratorio AMGEN el día 13 de diciembre de 2022.

Este medicamento lo recibe el hospital en un vial multidosis. De un mismo vial del fármaco, se preparan las inyecciones a administrar a los pacientes dentro de la campana de Farmacia, bajo un procedimiento riguroso establecido por este servicio.

El día 13 de diciembre, se prepararon las inyecciones a primera hora de la mañana en el Servicio de Farmacia según el procedimiento habitual.

*La inyección preparada por el Servicio de Farmacia fue administrada a la paciente según procedimiento establecido por el Servicio de Oftalmología sin incidencias durante el mismo.*

*La paciente acude al Servicio de Urgencias el 15 de diciembre con síntomas clínicos de endoftalmitis. Ante esta alerta clínica, el Servicio de Oftalmología realizó los procedimientos médicos y quirúrgicos que requirió. Se tomó muestra de humor vítreo para análisis microbiológico.*

*Para la investigación del brote se han realizado reuniones con la Dirección del hospital y con los servicios implicados. Una vez concluidas las mismas, no se evidencia una causa inequívoca del mismo. Se han planteado acciones de mejora dirigidas a evitar que este incidente se repita”.*

Por el Servicio de Oftalmología se elabora el oportuno informe, el 27 de febrero de 2023, en el que el jefe del servicio indica que “el día 13 de diciembre de 2022 la paciente acudió a su cita para inyección a las 13.45 horas pautada para tratar un edema macular quístico secundario en el ojo derecho.

*Las jeringas de Bevacizumab fueron entregadas como cada día de arco por el celador de Farmacia en un envoltorio individual estéril y sellado, se le firmó la recepción, y fueron colocadas las bolsas en una caja de poliespan con elementos para mantener la refrigeración las 4 horas como máximo que estuvieron hasta que se inyectaron.*

*Las inyecciones intravítreas se realizan en una sala del Hospital La Paz (HULP) anexa a los quirófanos de Oftalmología, que reúne condiciones de asepsia como el arco estéril de flujo laminar, el uso mascarilla y guantes estériles por el médico y la enfermera con higiene de manos previa, campo y material necesario para la inyección estériles y de un uso. El personal, un médico, una enfermera y una auxiliar están*

*entrenados en el procedimiento habitual y el protocolo. Desechándose todo el material fungible y cambiando de guantes entre cada paciente.*

*Por orden de listado y cita, los pacientes fueron llamados en sala de espera, el paciente fue recibida en la sala del arco por la auxiliar de enfermería que le colocó gorro y bata estériles, se sentó y se le instilaron la primera gota de anestésico tópico y la primera gota de povidona yodada al 5%. Esperó la paciente un mínimo 3 minutos con el antiséptico actuando en la superficie ocular. (Nivel de evidencia 2A/Grado de recomendación B).*

*Cumplido el tiempo, la paciente pasó a la silla reclinable dónde se realiza el procedimiento, se le instiló nueva gota intraocular de anestésico y otra gota de povidona yodada al 5%. La enfermera completó también la preparación periocular con povidona yodada al 10% que incluye la piel desde pestañas hasta ceja y pómulos. Se comprobó paciente, ojo a tratar y medicación por el personal. El médico recibió la jeringa estéril y la aguja estéril de 32G sobre el campo estéril, los unió y purgó la medicación sobrante hasta nivelar la jeringa a 0,05 ml. El médico colocó el paño estéril fenestrado sobre la cabeza de la paciente dejando únicamente el ojo a tratar expuesto, se utilizó una medida de retracción palpebral y se marcó la distancia a limbo con un marcador. Se instiló nueva gota de povidona yodada al 5% en la conjuntiva a tratar y se realizó la aproximación, penetración al ojo e inyección intravítrea con la aguja para administrar el fármaco con cuidado de no tocar pestañas o borde palpebral. Se instiló nueva gota de povidona yodada al 5%. Se retiró la aguja con la jeringa. Se retiró el medio de retracción palpebral y el campo estéril. Se pidió a la paciente cerrar el ojo y se limpió la piel periocular. Se explicó de voz a la paciente medidas para evitar la contaminación en los 3 días siguientes a la inyección y posibles síntomas de alerta por los que acudir a la urgencia. Se ayudó a la paciente a levantarse, se retiró bata y gorro y se marchó.*

*Se realizó el procedimiento siguiendo el protocolo de asepsia y antisepsia antes comentado y se introdujo 0.05 ml de Bevacizumab en la cavidad intravítrea del ojo derecho, sin ninguna incidencia.*

*Ante el conocimiento de varios casos de probable endoftalmitis en pacientes tratados con inyección intravítrea durante el día 15 de diciembre, se contactó telefónicamente con los pacientes, interesándose por su estado y avisando de posibles síntomas de consulta de urgencia.*

*La paciente acudió a Urgencias en la tarde del día 15 de diciembre de 2022 refiriendo disminución de visión y dolor en el OD. El diagnóstico fue endoftalmitis aguda de probable etiología infecciosa (...) Se realizó la misma tarde de forma urgente inyección intravítrea de antibióticos (Vancomicina y Ceftacidima reforzados) y una toma de humor vítreo para cultivo microbiológico. Se preparó para quirófano, firmó el consentimiento informado y se realizó vitrectomía de urgencia esa misma noche.*

*La paciente ha estado en seguimiento y tratamiento por la sección de Córnea. La última revisión de la paciente en consulta de Retina tuvo lugar el día 10 de enero de 2023. La MAVC era 0.04 en OD y 1.0 en OI. Mediante Tomografía de Coherencia Óptica, la mácula del OD estaba estructurada y sin edema. Se decidió continuar el tratamiento.*

*Lamentamos desde nuestro servicio los perjuicios que este suceso haya podido tener en su salud ya no ocular sino sistémica, psicológica y familiar. Asegurarles también que seguiremos tratando sus patologías oculares de la mejor manera a nuestro alcance”.*

Recibidos los informes referidos y tras su estudio por la instrucción del expediente, se solicita del HULP, la emisión de informe por el Servicio de Farmacia y por el Servicio de Infecciosas/Microbiología, al tiempo que se requiere la ampliación de

los informes de los informes emitidos a efectos de que se pronunciaran expresamente sobre las cuestiones que son de observar.

A la vista de lo señalado, el 23 de marzo de 2023, se emite informe por el Servicio de Microbiología, señalando que *“con fecha 15/12/2022 se aisló en una muestra de humor acuoso de la paciente (...), con nº de historia clínica (...), un cultivo puro de Staphylococcus epidermidis.*

*S. epidermidis es la especie de estafilococo que se aísla con mayor frecuencia en humanos. Esta bacteria forma parte de la microbiota habitual de la piel. Coloniza la superficie del cuerpo, donde prevalece particularmente en las áreas húmedas, como las axilas, las áreas inguinal, perineal, las fosas nasales anteriores y la conjuntiva.*

*Esta cepa se ha comparado mediante estudio molecular por secuenciación masiva con otras cepas aisladas de humores acuosos/vitreos de otros pacientes obteniéndose un patrón muy similar entre todos ellos. Estos resultados indican una posible fuente común exógena de contaminación como origen de la infección”.*

El 3 de abril de 2023, se emite informe por el Servicio de Farmacia, en el que se señala que *“a continuación se detallan las entradas de este lote de medicamento en el Servicio de Farmacia con su fecha de recepción.*

<i>fecha_recep</i>	<i>denominación</i>	<i>cant_recibida</i>
<i>31/10/2022</i>	<i>MVASI 400 mg vial 16 ml C/1</i>	<i>60</i>
<i>08/11/2022</i>	<i>MVASI 400 mg vial 16 ml C/1</i>	<i>50</i>
<i>22/11/2022</i>	<i>MVASI 400 mg vial 16 ml C/2</i>	<i>100</i>
<i>05/12/2022</i>	<i>MVASI 400 mg vial 16 ml C/1</i>	<i>50</i>
<i>14/12/2022</i>	<i>MVASI 400 mg vial 16 ml C/1</i>	<i>50</i>

20/12/2022

MVASI 400 mg vial 16 ml C/1

10

*Los viales fueron utilizados conforme se recibieron, utilizándose todos y no existiendo actualmente ninguno disponible. Ese mismo lote, como se observa, se utilizó desde el 31 de octubre. No se registró complicación alguna con ninguno de ellos. Dos jeringas sobrantes de ese mismo lote, aunque en diferente día de preparación al del incidente, fueron analizadas por el servicio de microbiología y no se encontró contaminación.*

*Ante la falta de evidencia con un problema en el lote, no se consideró comunicarlo al laboratorio”.*

El 11 de abril de 2023, se elabora informe ampliatorio por el Servicio de Medicina Preventiva, en el que se indica “*todos los pacientes afectados recibieron inyección intravítrea del mismo vial del fármaco biosimilar de Bevacizumab administrado el 13/12/2022.*

*-Del mismo vial se hablan extraído 38 unidades en el mismo día en que se procedió a las inyecciones, desarrollando síntomas compatibles con endoftalmitis 30 de ellos.*

*-El 14/12/2022 también acudieron pacientes para la misma intervención con el mismo fármaco (pero diferente vial, preparado en el mismo servicio), no resultando ninguno afectado de endoftalmitis”.*

Expuesto lo cual, señala en relación a las posibles causas de la contaminación, que “*...Posible contaminación del vial: el día 14/12/2023 se intentó analizar algún resto del vial para confirmar que tuviera el mismo microorganismo que los pacientes afectados, pero no había ninguna jeringa sobrante puesto que todos los pacientes habían acudido y el vial vacío se había desechado. No se ha podido descartar esta posibilidad.*

*-Posible contaminación en la preparación de las jeringas en Farmacia: el proceso había finalizado tras la preparación de las jeringas y después se continuó con otras actividades en la misma campana, no habiendo nuevas infecciones asociadas al trabajo en la misma.*

*Para descartar alguna incidencia en la manipulación del producto, se realizó una observación del proceso a posteriori, en una simulación del mismo ya que se había interrumpido la preparación del producto tras la detección del brote. No se encontró ninguna deficiencia en el procedimiento. Se observó que se introducían en la campana unas bolsas esterilizadas en el hospital para introducir las jeringas una vez preparadas.*

*- Posible contaminación por las bolsas esterilizadas: el proceso de esterilización se iniciaba con la introducción de cinco bolsas en una bolsa más grande que se incorporan una autoclave de vapor. La colocación de las 5 bolsas es importante para evitar condensación y humedades. El día 21 de diciembre se eligió al azar una bolsa del almacén para comprobar su esterilidad. Ésta no tenía las bolsas interiores colocadas correctamente. No podemos determinar si una de las bolsas utilizadas el día 13 de diciembre pudiera haber tenido humedad y por tanto no estuviera garantizada la esterilidad, habiendo introducido en la campana un material contaminado. Los resultados del muestreo de las bolsas introducidas en la bolsa elegida el día 21 de diciembre fueron los siguientes:*

*Bolsa estéril jeringa intravítrea 1: staphylococcus epidermidis +streptococcus parasanguinis*

*Bolsa estéril jeringa intravítrea 2: staphylococcus epidermidis*

*Bolsa estéril jeringa intravítrea 3: negativo*

*Bolsa estéril jeringa intravítrea 4: negativo*

*Bolsa estéril jeringa intravítrea 5: staphylococcus epidermidis*

*Se adjuntan los pasaportes sanitarios de los ciclos de autoclaves de vapor en los que se esterilizaron las bolsas entre los meses de septiembre al 13 de diciembre de 2022. Los dos procesos (nº 1726 y 2858, de 15/09/2022 y 12/11/2022, respectivamente) fueron correctos (Anexo 1).*

*A pesar de los resultados microbiológicos, y haber encontrado el mismo microorganismo que en los pacientes, no podemos asumir que ésta fuera la causa del brote por diferentes motivos:*

*-Las bolsas muestreadas no son las mismas que las utilizadas el día 13 de diciembre de 2022.*

*-Las bolsas se introducen en la campana al finalizar el proceso, una vez que las jeringas han sido cerradas.*

*-El Staphylococcus epidermidis es un germen habitual de la piel y es fácil encontrarlo en cualquier proceso relacionado con la manipulación.*

*- El Staphylococcus epidermidis detectado en las bolsas del día 21 no tiene ninguna similitud desde el punto de vista microbiológico con el detectado en los pacientes. Se adjuntan los antibiogramas del microorganismo del paciente y de las bolsas (Anexo 2).*

*Si alguna bolsa hubiera estado contaminada, podría haber contaminado las jeringas en su exterior, por contaminación cruzada, pero esta posibilidad no se ha podido demostrar. Sin embargo, lo consideramos poco probable debido a que no ha habido casos en fechas anteriores ni posteriores. Además, consideramos que una contaminación externa de la jeringa es muy poco probable que origine un brote con tantos pacientes afectados.*

- Posible contaminación en la sala de inyecciones: el Servicio de Medicina Preventiva hizo una observación del proceso de la inyección el día 21 de diciembre no detectando ninguna incidencia que pudiera estar relacionada con la causa del brote.

El mismo día 13/12/2022, intercalados entre los pacientes que se pusieron el biosimilar, también se trataron otros pacientes con inyecciones intravítreas de otros fármacos precargados. Ninguno de los pacientes tratados con otros fármacos y con el mismo procedimiento presentó endoftalmítis.

Además, el Servicio de Medicina Preventiva procedió el día 21 de diciembre a la recogida de muestras de los líquidos utilizados en el procedimiento de la inyección (povidona yodada, lidocaína y de la dilución de suero fisiológico + povidona yodada) dando como resultado la no presencia de microorganismos.

Respecto a la cuestión que plantean sobre si se han hecho análisis a cada uno de los involucrados, tanto en el proceso de preparación como de inyección, consideramos que no tendría ninguna utilidad en la búsqueda del origen del brote dado que el *Staphylococcus epidermidis* es un germen que forma parte de la flora habitual de la piel y es fácil encontrarlo en condiciones habituales, sin poder asociarlo al brote. Solo en caso de haber recogido muestras en la piel del profesional en el mismo momento de la preparación o la extracción, y hubiera dado positivo, podríamos asociarlo a las manos del profesional, y esto lógicamente no se realiza.

El Servicio de Medicina Preventiva no ha contactado con la empresa farmacéutica ni con la AEMPS.

Sí se ha comunicado el brote a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad como es habitual”.

Con fecha 27 de marzo de 2023, se emite informe ampliatorio por el Servicio de Oftalmología, en el que expone lo siguiente: *“antecedentes clínicos: paciente de 87 años en seguimiento por la sección de Retina de Oftalmología del HULP desde septiembre 2018 derivada para implante secundario de lente intraocular en el ojo derecho (OD).*

Sigue detallando la historia clínica de la paciente en ese servicio en las consultas previas a los hechos reprochados, y posteriormente, detalla lo acontecido el día de la inyección objeto de la reclamación; así como, los días posteriores con la visita a Urgencias y la intervención quirúrgica.

Por último, señala, en cuanto a la evolución de la paciente, que *“en la última revisión en la consulta de Retina el día 7 de marzo de 2023, la MAVC era de cuenta dedos a 1 metro (0.04) en OD y 0.8 en OI. En la exploración del polo anterior existía descompensación corneal con edema en OD y lente de contacto in situ. En la funduscopía, presentaba retina aplicada 360° con silicona. En la Tomografía de coherencia óptica (OCT), la mácula del OD presenta edema macular de novo. Se decidió mantener el tratamiento y revisión por sección de Córnea.*

*El pronóstico visual del ojo derecho de la paciente afectada por una endoftalmitis y las posteriores cirugías se ha visto afectado, debido a la descompensación corneal que presenta.*

*Lamentamos desde nuestro servicio los perjuicios que este suceso haya podido tener en su salud ya no ocular sino sistémica, psicológica y familiar. Asegurarles también que seguiremos tratando sus patologías oculares de la mejor manera a nuestro alcance”.*

El 3 de abril de 2023, se emite informe ampliatorio por la Comisión de Seguridad del Paciente, señalando que *“las posibles causas que se han barajado como causantes de la infección son:*

1. *Contaminación del vial del medicamento en el laboratorio de origen.*

2. *Contaminación en la preparación de las jeringas en el Servicio de Farmacia.*

3. *Contaminación del proceso por las bolsas esterilizadas.*

4. *Contaminación en la sala de inyecciones en el Servicio de Oftalmología”.*

Señala seguidamente que “*las acciones de mejora se dividen según el servicio al que van dirigidas:*

*a. Servicio de Farmacia. Se va a incluir en el protocolo de elaboración del Servicio de Farmacia:*

*Se guardarán dos jeringas extra, tras la utilización de un vial. Una se enviará al laboratorio de microbiología, que se cultivará y servirá para liberar las elaboradas. Por tanto, las jeringas elaboradas serán guardadas en nevera, los días necesarios, hasta tener la confirmación por microbiología de que puedan ser liberadas y enviadas al Servicio de Oftalmología. Otra jeringa será guardada durante un mes en el Servicio de Farmacia, para futuras comprobaciones.*

*b. Central de Esterilización:*

*- Se ha reforzado formación específica para el proceso de esterilización de las bolsas donde se guardan las inyecciones preparadas.*

*- Cambio en el proceso de esterilización: se empaquetarán las bolsas de forma individual para evitar posible contaminación.*

*c. Oftalmología:*

*Se han realizado recomendaciones de medicina preventiva en relación con las inyecciones intravítreas en donde se contemplan los siguientes puntos:*

- Condiciones de la sala donde se realizan las inyecciones intravítreas*
- Preparación del paciente antes de la inyección intravítrea.*
- Secuencia de actuaciones durante la inyección intravítrea”.*

Y se indica que se ha procedido a realizar las notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los casos, a través del portal notificaRAM.

El 25 de julio de 2023, se emite informe por la Inspección Sanitaria, en el que tras analizar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos por los diferentes servicios implicados y efectuar las consideraciones médicas oportunas sobre la cuestión debatida, concluye que *“aunque se haya firmado un documento de consentimiento informado sobre la posible eventualidad de ser provocada una infección intraocular por inyección intravítrea, esta inspectora concluye que la asistencia NO puede considerarse completamente CORRECTA: por la gravedad de estas infecciones, por su alto potencial de provocar pérdida de visión (y hasta del órgano), porque se ha traspasado el alcance personal de este grave efecto adverso (se ha presentado un brote) y por considerarse que la endoftalmitis ha ocurrido por una transmisión intrahospitalaria originada por una causa evitable, debida a un presumible fallo de asepsia/antiseptia en alguno de los pasos seguidos antes/durante la aplicación de la inyección intraocular”.*

Por escrito de la instructora del procedimiento de 11 de enero de 2024, notificado a la reclamante el 23 de enero de 2024, se pone en su

conocimiento que se contactará con ella por la aseguradora del SERMAS *“al objeto de intentar llegar a un acercamiento que permita, si se diera el caso, finalizar el procedimiento de responsabilidad patrimonial mediante un acuerdo”*.

Por una abogada representante de la reclamante se presenta escrito el 13 de febrero de 2024, al que adjunta el poder de representación, solicitando que a partir de ese momento se entiendan con ella las actuaciones procedimentales. Lo que es admitido por la instructora del expediente, que acusa recibo de la comunicación.

Consta en el expediente (folio 243) un escrito de 25 de marzo de 2024 de la aseguradora del SERMAS, en el que se refleja que la negociación ha fracasado dada la imposibilidad de acercamiento de posturas sobre la valoración del daño.

Se ha emitido un informe de valoración del daño corporal a instancias del SERMAS, por una licenciada en Medicina y Cirugía, fechado el 1 de diciembre de 2023, que se pronuncia únicamente sobre dicha valoración, sin evaluación de la praxis médica, atendiendo para ello al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Este informe contempla una valoración del daño por un importe total de 26.075,06 euros, con el desglose que veremos posteriormente.

El 29 de abril de 2024, se notifica a la representante de la reclamante el preceptivo trámite de audiencia. Con fecha 23 de mayo de 2024, se registra el escrito de alegaciones, en el que con base al informe de la Inspección se pone de manifiesto que por el SERMAS se ha reconocido el nexo causal entre el tratamiento administrado y el daño sufrido.

Se adjunta un informe pericial fechado el 6 de febrero de 2024, de un facultativo especialista en Oftalmología, en base al cual valora el daño producido en la cantidad de 97.795,30 €, por los conceptos y cantidades que pondremos de manifiesto en la consideración jurídica quinta.

Finalmente, el 25 de junio de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa estimar parcialmente la reclamación interpuesta, reconociendo a la reclamante una indemnización por importe de 26.075,06 euros.

**CUARTO.**- El 4 de julio de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 485/24 a la letrada vocal D<sup>a</sup>. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento de este dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.**- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la

consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.**- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser la persona directamente afectada por la actuación médica que se reprocha.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria controvertida fue dispensada por el HULP, centro integrado en la red sanitaria de esta Administración autonómica.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En el presente caso, la reclamación se presentó el 28 de diciembre de 2022, constando en las actuaciones que la inyección ocular que determinó la endoftalmitis de la reclamante se puso el 13 de diciembre de 2022, de manera que, en cualquier caso, la reclamación está formulada dentro del plazo legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada a la reclamante, objeto de controversia.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente en el HULP, habiéndose emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia conforme al artículo 82 de la LPAC, a la reclamante.

Finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En suma, pues, todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a)

unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad*

*hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo “*El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis.*

*En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es 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 este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).*

*En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 ).*

*En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la *lex artis* o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.*

*A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.*

*En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”.*

**CUARTA.**- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante alega que la endoftalmitis sufrida deriva de una incorrecta actuación médica por parte del HULP, porque no se respetaron las medidas de asepsia necesarias en el proceso de la inyección ocular.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales actuantes, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración

corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

Al respecto de dicha acreditación, ya hemos señalado que en el informe elaborado por la Inspección Sanitaria se concluye en que la asistencia prestada a la reclamante fue incorrecta.

En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en las Sentencias de 11 de mayo de 2021 (recurso 33/2019), de 7 de octubre de 2021 (recurso 173/2020) o de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

Para alcanzar la conclusión apuntada de incorrección de la asistencia médica dispensada a la reclamante, el informe de la Inspección señala que este caso no fue aislado, sino unido al que han presentado un grupo de pacientes, en los que se han mostrado diversos cuadros de endoftalmitis aguda aparecida al poco tiempo (horas / días) tras el acto previo común a todos ellos, consistente en que se les había realizado inyección intravítrea del mismo compuesto, en el mismo día y servicio, y que eran inyecciones preparadas de un mismo vial.

Continúa señalando la Inspección que *“en este caso (y brote), se ha procedido por las unidades técnicas pertinentes (sobre todo, desde el Servicio de Medicina Preventiva), a investigar dicho brote para esclarecer en lo posible el origen del mismo (y, entre otras actuaciones, revisar y tomar medidas pertinentes). Es muy relevante al caso el estudio microbiológico realizado, cuya conclusión se trae aquí:*

*Reseña el informe de Microbiología: con fecha 15/12/2022 se aisló en una muestra de humor acuoso de la paciente (...) un cultivo puro de Staphylococcus epidermidis. Esta cepa se ha comparado mediante estudio molecular por secuenciación masiva con otras cepas aisladas de humores acuosos/vítreos de otros pacientes obteniéndose un patrón muy similar entre todos ellos. Estos resultados indican una posible fuente común exógena de contaminación como origen de la infección”.*

Y expone, en el mismo sentido, el Servicio de Medicina Preventiva al respecto: *“en esta paciente se realizó cultivo de humor vítreo creciendo Staphylococcus epidermidis, como en la mayoría de los pacientes afectados. El Servicio de Microbiología confirmó que todos los Ss. epidermidis presentan una estrecha relación filogenética entre ellos, lo que es compatible con un brote debido a un único clon.*

*Por tanto, la endoftalmitis, siendo por supuesto exógena, tiene como causa un estafilococo (muy común), pero aquí de un único clon, de una fuente que se considera la misma.*

*Ya se han descrito al detalle los estudios hechos y que no se puede llegar a poder establecer ahora, la fuente de tal contaminación. No obstante, los Servicios técnicos informan así de las posibles fuentes: (...) La infección que ha sufrido esta paciente podría estar relacionada tanto con la contaminación del vial o durante el proceso.*

*Y en términos de la Comisión de Seguridad del Paciente, las posibles causas: (...) En todo caso, resulta transmisión intrahospitalaria a la paciente, por causa tenida por evitable. A la paciente, no se le pueden atribuir posibles actos de contaminación”.*

Al respecto de estas posibles causas de la infección sufrida, y por lo que atañe a la eventual contaminación del vial en el laboratorio de origen, que en principio situaría la responsabilidad por lo acaecido extramuros de la Administración, sería de considerar lo señalado en el informe del Servicio de Farmacia, al indicar que “ese mismo lote, como se observa, se utilizó desde el 31 de octubre. No se registró complicación alguna con ninguno de ellos. Dos jeringas sobrantes de ese mismo lote, aunque en diferente día de preparación al del incidente, fueron analizadas por el servicio de microbiología y no se encontró contaminación.

*Ante la falta de evidencia con un problema en el lote, no se consideró comunicarlo al laboratorio”.*

Así las cosas, este órgano consultivo ha de estar a la conclusión alcanzada por la Inspección Médica, al apreciar “que la asistencia NO puede considerarse completamente CORRECTA en este caso: (...) porque se ha traspasado el alcance personal de este muy grave efecto adverso (se ha presentado un brote) y por considerarse que ha ocurrido la endoftalmítis por transmisión intrahospitalaria originada en causa tenida por evitable, debida a un muy presumible fallo de asepsia/antisepsia en

*alguno de los pasos seguidos antes/ durante la aplicación de la inyección intraocular”.*

Cabe considerar, por tanto, que se ha producido un déficit asistencial en la atención sanitaria prestada a la reclamante, que se ha traducido en la lesión ocular sufrida, objeto de la presente reclamación.

**QUINTA.-** Procede pronunciarse a continuación, sobre la concreta valoración de los daños solicitados. Para ello, ha de tenerse en cuenta que la aplicación del baremo establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, es meramente orientativa como ha reconocido esta Comisión en diversos dictámenes (por todos, el Dictamen 101/17, de 9 de marzo).

La propuesta de resolución, sobre la base del informe de valoración del daño corporal elaborado a su instancia, reconoce una indemnización por importe de 26.075,06 euros, con el desglose:

- Lesiones temporales: desde el día de la inyección el 13 de diciembre de 2022, hasta la fecha de la última revisión en Oftalmología, el 7 de marzo de 2023. Total 84 días, de los cuales el 15 de diciembre de 2022 se considera grave y el resto moderado. Correspondiendo un total de 4.816,60 euros.

- Cirugías: una cirugía el 15 de diciembre de 2022, de vitrectomía mecánica, que se encuentra en el Grado VI de la clasificación.

-Secuelas: pasó de una MAVC de 0.32 en OD y 1.0 en OI, a 0.04 en OD y 0.8 en OI. Según la tabla, pasó de 7 a 25 puntos. 21.258,46 €.

-Por último, en cuanto a la posible pérdida de la calidad de vida, valorando las actividades que realizaba previamente la paciente y que, se hayan podido verse afectadas por la lesión, se considera que *“no se han visto afectadas ninguna de las actividades esenciales”*, con lo que estaríamos ante una *“pérdida de calidad de vida leve”*: 1.645,52 €. No obstante, lo anterior, de acreditar la paciente que particularmente en su caso se ha visto afectada alguna actividad específica, se podría valorar.

Por su parte, la reclamante solicita, sobre la base del informe de valoración del daño corporal aportado con el escrito de alegaciones, una indemnización por importe total de 97.795,30 €, sin especificar cuál es la cuantía concreta para cada concepto.

En síntesis, considera que el tiempo de estabilización de la lesión ocular del ojo derecho de doña (...) desde el día de la inyección intravítrea el 13 de diciembre de 2022 hasta el 8 de enero de 2024, fecha de la estabilización de la lesión corneal, ya que *“hasta esta fecha la paciente tenía el ojo rojo y la inflamación estaba activa”*, lo que hacen un total de 391 días, de los que el perito considera: 90 días de perjuicio personal moderado, que son los días que según el Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal editado por el INSS y el Ministerio de Trabajo asignan a la cirugía de retina, y 301 días de perjuicio personal básico, que son el resto de días hasta tener estabilizada la patología de la córnea.

En cuanto a las secuelas, considera que por presentar una disminución de la agudeza visual del ojo derecho, por estar viendo 0,032 y teniendo una agudeza visual en ojo izquierdo de 0,5, aplica el código 02003 y asigna 28 puntos de secuela.

Por presentar molestias oculares de sensación de cuerpo extraño, irritabilidad que le obligan a usar constantemente lente de contacto,

aplica el código 02027 de manifestaciones hiperestésicas y asigna 5 puntos de secuelas.

Que se le realizó una vitrectomía en el ojo derecho, cirugía que pertenece al Grupo VI con código 1821.

Por último, refiere en la paciente un perjuicio moral por pérdida de calidad de vida moderada por doble razón: porque tiene una secuela física que supera ampliamente los 6 puntos y que secundariamente ha hecho que perdiera la capacidad de ver en tres dimensiones, lo que conlleva una mala medición de las distancias, que tienen repercusión en las actividades de la vida diaria.

Considerando una y otra valoración y las bases que las sustentan, esta Comisión Jurídica Asesora entiende que ha de estarse a la valoración ofrecida por la Administración Sanitaria sobre la base de la pericial del daño antes referida.

En primer lugar, hay que poner de manifiesto que el informe al que se remite la Administración no solo especifica los conceptos, sino que asigna a cada uno de ellos la cantidad procedente. Sin embargo, la reclamante (folio 261 del expediente) transcribe los conceptos asignados en el dictamen de valoración, pero no los cuantifica en concreto, y se limita a solicitar un total de 97.795,30 €; de forma y manera que este órgano consultivo no puede saber de dónde se obtiene esta cantidad.

En segundo lugar y por lo que al aspecto temporal de las lesiones se refiere, la ofrecida por la Administración se corresponde con la clínica de la paciente, al considerar desde la fecha de la inyección, 13 de diciembre de 2023, hasta la última revisión en Oftalmología de 7 de marzo de 2023, lo que hace un total de 84 días, de los cuales uno (el 15 de diciembre de 2022) se considera grave y el resto moderado. Correspondiendo un total de 4.816,60 euros.

Frente a ello, el informe pericial aportado por la reclamante alega un periodo total de 391 días, periodo éste muy largo, que lo lleva hasta el día 8 de enero de 2024 (esto es un mes antes de la emisión de dicho informe). Sin embargo, la fecha de estabilización de las secuelas, que según él es ese día en que *“tenía estabilizada su patología de la córnea”*, no se ha acreditado, ya que no figura en la historia clínica ni la irritación del ojo referida por el perito ni que hubiera una revisión posterior a la de 7 de marzo de 2023 (el informe pericial no adjunta más documentación médica que lo justifique).

La otra discrepancia radica en lo referido a las secuelas, considerando la Administración valorándolas en 8 puntos.

Al respecto, es lo cierto que, atendiendo al informe del Servicio de Oftalmología, *“el día 7 de marzo de 2023, la MAVC era de cuenta dedos a 1 metro (0.04) en OD y 0.8 en OI. En la exploración del polo anterior existía descompensación corneal con edema en OD y lente de contacto in situ. manteniéndose el tratamiento”*.

Se ignora la evolución posterior de la paciente sin que conste prueba documental clínica en la que se sustente la concurrencia de las secuelas alegadas por la reclamante.

Por lo demás, la clasificación de la única cirugía como perteneciente al Grupo IV, es igual en ambos informes. Le corresponderían 1.371,26 euros.

Es de advertir que en el informe de valoración del daño emitido a instancias del SERMAS hay una omisión, pues después de señalar este concepto por la cirugía de grado IV (folio 246), sin embargo, en la suma de las cuantías correspondientes a cada concepto, por error, se omite la de la cirugía (folio 248), que sería según el grado indicado 1.371,26 euros.

Por tanto, es de advertir que en la propuesta final ha de añadirse esta cantidad omitida, en el informe de valoración en el que sí se contiene el concepto.

En cuanto a la pérdida de la calidad de vida, la propuesta la califica como leve y el informe de parte, de moderada, al alegar que no puede ver bien en las tres dimensiones, lo que dificultaría aspectos de la vida diaria; circunstancia ésta que debe acreditarse y no se ha hecho.

En definitiva, por todo lo expuesto correspondería a la interesada una indemnización por importe de 27.446,32 €, resultante de sumar a la cantidad que se propone (26.075,06 €), la cantidad omitida de 1.371,26 € por la cirugía realizada.

Esta cantidad deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento, conforme a lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la reclamante una indemnización por importe total de 27.446,32 € (26.075,06 + 1.371,26), que deberá actualizarse a la fecha que se ponga a fin del procedimiento.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 30 de julio de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 484/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid