

Dictamen n.º: **517/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.09.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 de septiembre de 2026, 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 D., Dña. y Dña., (en adelante, “*los reclamantes*”), por los daños y perjuicios sufridos a raíz del fallecimiento de su progenitora, Dña., que atribuyen a una infección nosocomial sufrida en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 4 de julio de 2024, se registra telemáticamente por un abogado un formulario de reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, al que se adjunta escrito, firmado por los reclamantes, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a una infección nosocomial sufrida en el Hospital Universitario Infanta Leonor (en adelante, HUIL).

La reclamación refiere que su familiar sufrió, el 10 de enero de 2024, una caída, por la que acudió al Servicio de Urgencias del HUIL por

presentar dolor en región distal del fémur y rodilla derecha, siendo diagnosticada de una fractura supracondílea de fémur derecho, por lo que fue intervenida quirúrgicamente el día 12 de igual mes, mediante abordaje sobre fémur distal, para realizar reducción abierta, siendo dada de alta el 24 de enero de 2024.

Se indica seguidamente que, el 29 de enero de 2024, la paciente tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del HUIL debido a que presentaba signos que hacían sospechar una infección de la herida quirúrgica, como aumento del perímetro del muslo derecho en comparación con izquierdo, calor en la zona y aumento del dolor, que no cedía con analgesia. Una vez realizada la exploración física, comprobaron que la herida tenía supuración de material hemático oscuro, leve tumefacción, dolor, aumento del perímetro y dudosa zona de fluctuación a nivel distal correspondiente a hematoma.

Los reclamantes reprochan que, a pesar de la persistencia de supuración tras dos semanas de cirugía, se procedió al alta domiciliar de la paciente, con seguimiento por Traumatología y tratamiento con Paracetamol y Nolotil.

Posteriormente, debido a que su evolución clínica resultó muy desfavorable, decidieron programar intervención quirúrgica, para revisión de la herida, desbridamiento, toma de muestras de la placa y lavado, que se efectuó el 15 de febrero de 2024. Indican que, a pesar de tener claro que la infección se asentaba en la placa insertada en la intervención quirúrgica, decidieron retener los implantes, debido a que la fractura no había consolidado todavía.

Tras el desbridamiento y lavado de la herida, la evolución no fue buena. Así, el 26 de febrero de 2024, se constató un aumento del drenaje de la herida quirúrgica, por lo que decidieron reintervenir quirúrgicamente el día 29 de igual mes para realizar nuevo desbridamiento, intervención en la que se constató que la fractura

seguía sin presentar signos de consolidación, pero se decidió mantener el material de osteosíntesis aun sabiendo que era el foco de la infección.

Señalan a continuación que, para el 18 de marzo de 2024, a criterio de los facultativos actuantes, *no había mucho que hacer*, asumiendo que la infección ya no era curable debido a que estaba en el material que no podía ser extraído por la debilidad de la paciente, decidiendo que mantendrían las curas y antibiótico oral paliativo a la espera de evolución, indicando al respecto la reclamación que la paciente falleció el 16 de abril de 2024 a causa de un fallo multiorgánico derivado de la infección nosocomial.

Sobre la base de lo señalado, indican los reclamantes que su familiar sufrió una infección nosocomial a consecuencia de una intervención quirúrgica, por lo que, a su entender, se invierte la carga de prueba y debe ser el centro hospitalario quien acredite que se siguieron todas las medidas de seguridad para evitar esta infección con resultado de grandes padecimientos hasta el fallecimiento.

Se interesa una indemnización por un importe de 94.144,02 euros, con el desglose individual que es de observar.

Se adjunta a la reclamación diversa documentación; así, copia del libro de familia, del que resultan los vínculos de parentesco alegados en la reclamación interpuesta, certificado literal de inscripción de defunción de su familiar, y diversa documentación médica referida a la asistencia prestada a la paciente objeto de la reclamación que nos ocupa.

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

La paciente, nacida en 1938, presentaba como antecedentes médicos más relevantes los referidos a hipertensión arterial, colecistectomía en el año 1996, artrosis, infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición en seguimiento por Urología, herpes zoster facial sin signos de complicación.

Con fecha 10 de enero de 2024, acude a Urgencias del HUIL por presentar por dolor en región distal del fémur derecho y en rodilla derecha tras caída accidental esa mañana. Tras la oportuna exploración física y la realización de sendas radiografías de fémur, pelvis y cadera se concluye en un diagnóstico de fractura de fémur tercio medio distal derecho. Como plan de actuación consta en la historia clínica *“Plan: - curso ingreso. - preoperatorio. - pic anestesia y geriatría. - pauta analgesia. - entrego consentimientos. - pongo tracción tranesquelética. - informo a paciente y familia. Riesgos, cirugía, pronóstico”*.

Consta interconsulta al Servicio de Alergología conforme a la cual, dados los antecedentes de la paciente, *“se prohíbe la administración de antibióticos betalactámicos, así como heparinas de bajo peso molecular hasta completar estudio alergológico. Puede administrarse como antitrombótico Fondaparinux”*.

Fechada el 12 de enero de 2024, figura anotación de Anestesia Quirófano recogiendo *“profilaxis ATB: Teicoplanina 800mg (12:15)”*. En dicha fecha es intervenida quirúrgicamente de la fractura padecida, constando al respecto de la citada intervención *“abordaje lateral sobre fémur distal para reducción abierta, manteniendo tracción tranesquelética para reducción. Colocación de dos cerclajes con sistema supercable a nivel proximal y distal de foco de fractura conminuto, estos se mantienen y solo se tensan tras enclavado endomedular dada la conminución del foco de fractura. Enclavado anterógrado con clavo gamma largo de 320 mm, con bloqueo distal estático de 45 mm y tornillo cefálico estático de 80mm. Se suplementa fijación con placa lateral VA de*

14 orificios, con implantación de tornillos distales de 5mm bloqueados a placa y proximales monocorticales también bloqueados. Control con escopia de la reducción y cierre por planos, sin dejar drenajes. Tras el procedimiento, se retira tracción transtibial”.

El 22 de enero de 2024, figura el alta hospitalaria de la paciente que según se indica es trasladada a una residencia.

Con fecha 29 de enero de 2024, la paciente acude a Urgencias del HUIL derivada desde la residencia por sospecha de infección de herida quirúrgica. Se recoge que la paciente y los familiares refieren aumento de perímetro de muslo derecho en comparación con izquierdo, calor en la zona y aumento de dolor. No presenta fiebre ni sensación distérmica. No supuración, ni otra sintomatología. Figura que *“inician amoxicilina-ac clavulánico en residencia hace 24 horas”.*

En la exploración física se advierte *“herida quirúrgica no supurativa, eritema pericicatricial en último tercio distal de cicatriz, doloroso a la palpación, aumento de perímetro en comparación a contralateral, dudosa zona de fluctuación a nivel distal. No transferencias ni bipedestación”.*

Figura en la historia clínica que *“se ha estado realizando curas programadas diarias en su residencia. AS con leve elevación de RFA. Actualmente, no existen signos concretos que indiquen una infección de la herida quirúrgica, sin embargo, la persistencia de supuración tras 2 semanas de cirugía, indica evolución tórpida de la misma que requiere un seguimiento estrecho. Se decide junto a los Dr., seguimiento estrecho en consulta de curas de traumatología y valoración por su cirujano”.*

Como plan de actuación se recoge *“observación en domicilio. Ante inicio de mayor supuración, fiebre, eritema, aumento de temperatura perilesional, acudirá de nuevo a urgencias para valoración. Informo a la paciente y a sus familiares. Cito en consulta de enfermería el día 2/2/24*

para observar evolución del manchado y valoración por su cirujano. Dejo cita pedida y ambulancia programada. De momento, NO DAR ATB (en caso de confirmarse la infección podría falsear los cultivos de muestras en quirófano)".

Fechado el 2 de febrero de 2024, figura comentario de Enfermería en el que se hace constar "herida quirúrgica con salida de exudado hemático oscuro, no purulento, abundante a la expresión, varios puntos fistulizados por donde sale el exudado, no eritematosa, no aumento de temperatura, la herida distal con hematoma, no fiebre. Herida quirúrgica de evolución tórpida tras I.

Se coloca terapia de presión negativa PICO con apósito de 15x30 con alginato previo. Se explica a los familiares el funcionamiento y lo entienden. La paciente está en una residencia. Doy nota impresa para no tocar el apósito, manchará pero no retirar ni mojar".

El 5 de febrero de 2024, figura igual comentario, conforme al cual "trae la maquina Pico que se ha desconectado el sábado en la residencia del apósito. Trae el apósito saturado en la mitad distal con alginato 2 capas también saturadas.

(...)

MID: herida quirúrgica con salida de exudado hemático espontaneo abundante a la expresión, sangre muy liquida, no coagulada, varios puntos fistulizados, sale sangre abundante por el más distal, no eritematosa, no aumento de temperatura, la herida distal con hematoma, no fiebre.

Se avisa al Dr. para valoración el sangrado.

Herida quirúrgica de evolución tórpida tras I.

Se cambia apósito PICO de 15x30 con alginato previo y dejo maquina hasta el jueves, se coloca también 1 compresa+ vendaje para hacer compresión en la parte distal donde sangrado”.

El 8 de febrero de 2024, figura nueva cura por Enfermería. Se recoge que trae el apósito sin saturar, manchado más denso en el tercio distal. No aumento de temperatura, ni fiebre. Se indica que “se avisa al Dr.

(...)

Se cambia apósito PICO de 15x30 con alginato previo y PICO + vendaje para hacer compresión en la parte distal donde sangrado”.

En cura del 13 de febrero de 2024, se consigna “herida quirúrgica con salida de exudado seroso espeso abundante a la presión, varios puntos fistulizados por los que sale el exudado, no aumento de temperatura, no fiebre.

Valorado por el Dr.

Se cambia apósito PICO de 15x30 con alginato previo y maquina”.

Se solicita analítica de control con reactantes, al tiempo que se indica que “se presentará caso mañana en sesión clínica para valorar desbridamiento toma de muestras, reteniendo implantes”. Al respecto del cual, en anotación del 14 de febrero de 2024, se indica que, presentado el caso en sesión clínica colegiada, se decide tratamiento quirúrgico.

Intervención que se realiza el día 15 de febrero de 2024, constando en la historia clínica “presenta área dehiscente ya conocida en tercio distal de la incisión previa, drenaje de material seroso. Desbridamiento de herida y fistulectomía, disección de tejido celular subcutáneo y desbridamiento de las áreas de aspecto más friable. Se expone fascia

lata, tomando muestras de la misma, apreciando área dehiscente que comunica con colección de material seropurulento más profundo, del que se toman muestras microbiológicas para cultivo. Se realizan tomas de pseudomembrana periplaca así como foco de fractura, del que no se aprecia consolidación completa, por lo que se decide retener implantes. Se realiza desbridamiento de los tejidos muscular, graso, fascial, de per aspecto hasta llegar a tejido sangrante.

Lavado abundante con más de 12 l de SSF a presión. Se realiza cierre por planos, dejando dos drenajes respectivamente, en foco de fractura y prefascial.

Cierre de resto de planos y cierre sin tensión de la piel con Prolene 0

Toma de 7 muestras microbiológicas.

Administración Atb teicoplanina”.

En interconsulta a Medicina Interna, fechada el 16 de febrero de 2024, se recoge “posible infección asociada a material de osteosíntesis.

PLAN

Ajusto antibióticos.

Solicito control analítico para el domingo con niveles de vancomicina.

PTES CULTIVOS”.

En comentario de Enfermería del 18 de febrero de 2024, consta “PICO funcionando, a final del turno apósito manchado”.

Conforme a nota de Microbiología de 20 de febrero de 2024, “se aíslan bacilos gramnegativos en todos los cultivos quirúrgicos (en tejido fascial, tejido óseo, interfaz placa hueso y líquido articular).

Se trata de 2 Enterobacterias diferentes (una de ellas Proteus mirabilis) con antibiogramas en proceso. Por el momento no se aíslan bacterias grampositivas". A la vista de ello, figura anotación de Medicina Interna en la que se recoge "de momento, mantengo el tratamiento antibiótico hasta ID y antibiograma".

En anotación de Medicina de 23 de febrero de 2024, se refiere "*Me informan desde Microbiología de novedades relevantes. Crecimiento de:*

P. mirabilis, multisensible.

K. oxytoca, BLEE (AZT-R por tanto).

K. pneumoniae con cribado de carbapenemasa OXA-48 positivo". Se indica igualmente que "dos de los microorganismos aislados son sensibles a tigeciclina, que de momento es la única opción frente a la EPC, hasta que se pueda descartar alergia a betalactámicos (si pudiera emplearse ceftazidima/avibactam sería la mejor opción para tratar todo). El Proteus, sensible cotrimoxazol y levofloxacino.

Por tanto, de momento, pauto tigeciclina y cotrimoxazol y suspendo todo lo demás. Es una glicilciclina (los efectos adversos son superponible o similares a los de una tetraciclina). Y de lo dicho de la vancomicina en la nota anterior, obviamente nada".

Por el Servicio de Medicina Preventiva en anotación de 26 de febrero de 2024 se hace constar "*paciente de 86 años con antecedentes de infección por K pneumoniae EPC OXA-48 en muestra de prótesis 15/02/2024.*

INDICADO AISLAMIENTO DE CONTACTO

- *Habitación individual señalizada con cartel de aislamiento de contacto o compartida con otra EPC.*

- *Extremar HIGIENE DE MANOS con solución hidroalcohólica en los 5 momentos de la OMS (antes del paciente, antes de tarea aséptica, después de exposición a fluidos, después del paciente y después del entorno del paciente).*

- *Uso de bata y guantes según indicaciones de aislamientos de contacto.*

Vigilancia estado portador:

Solicito estudio de portador: frotis rectal (x2)".

Con igual fecha figura en la historia clínica, anotación de presentación del caso en sesión clínica del día siguiente para valorar nueva cirugía "*otro dair vs retirada de todo el material*".

El 29 de febrero de 2024, se procede con nueva intervención quirúrgica de la paciente, reflejándose en la historia clínica que se procede a la "*limpieza y desbridamiento de infección de material de síntesis placa de fémur derecho. Sistema de lavado a presión SSF con Betadine*".

El 1 de marzo de 2024, el Servicio de Alergia señala que está indicado Ceftazidima-Avibactam por patógeno multirresistente. En comentario de evolución de igual fecha se hace constar "*en el momento actual, evolución de herida determinará la actitud quirúrgica a seguir. Explico a familiares situación de fragilidad, teniendo en cuenta situación clínica. Teniendo en cuenta esto, por el momento considero poco probable exponer a la paciente de la agresión que supone retirada de material, desbridamiento y fresado del canal*".

El 8 de marzo de 2024, figura anotación de Medicina Interna en la que se recoge que "*en esta paciente, por los aislamientos que tiene, no tiene indicación de tratamiento supresivo (contraindicado cuando hay*

microorganismos multirresistentes), la duración de esta terapia, por lo tanto, tendrá que ser definida, aunque se puede plantear una terapia más larga de lo habitual (más allá de 2 meses). En cualquier caso, el riesgo de fracaso terapéutico es elevado”.

En comentario de evolución, fechado el 14 de marzo de 2024, se indica *“informo a familia de la gravedad de la situación actual, al presentarse esta evolución antes de una desescalada tto ATB. De optar por retirada de material en su totalidad, el riesgo quirúrgico dada la reserva funcional de la paciente, sumado a la agresión quirúrgica sería muy elevado”.* Apreciación en la que se incide en anotación del día siguiente, en la que consta igualmente que *“se expone la posibilidad de optar por la opción menos agresiva, que pasaría por emplear antibiótico oral de forma paliativa, aceptando la no curación de la infección, con el riesgo futuro de una estabilización clínica.*

No obstante, se cita al resto de familiares para toma de una decisión consensuada con equipo médico”.

En relación con ésta última previsión, figura anotación del día 18 de marzo de 2024, en la que se recoge *“nos reunimos la Dra. y yo con los tres hijos de la enferma para responder sus dudas e interrogantes. Expongo que a mi juicio clínico no es posible plantear un escenario de curación fundamentalmente por un estado clínico que no supere una agresión quirúrgica extrema como es la retirada del material de osteosíntesis y fresado del canal medular además del alto riesgo de nuevas fracturas en el fémur que empeoren los cuidados básicos.*

Planteo un escenario de control sintomático. La actual síntesis es suficiente como para permitir apoyo. El drenaje de la herida puede persistir o aparecer en fases. Explícitamente comento que en esta propuesta el final previsible es hacia exitus secundario a fracaso

multiorgánico/septicemia". Según se indica se acuerda una actitud expectante en función de la evolución en el corto plazo.

Por el Servicio de Geriátría se refleja en anotación del 1 de abril de 2024 que *"informo a familiares, expongo situación global de (...), actualmente estamos tratando los problemas que están saliendo, pero el pronóstico a corto-medio plazo es malo"*. En anotación de dicho servicio del día siguiente, tras referir una conversación con la hija de la paciente, se recoge *"me indica su preocupación respecto a sufrimiento de su madre y que quiere que esta sea la prioridad, con lo que estoy de acuerdo. Se va adaptando el tratamiento a priorizar cuidados de la paciente y confort. Ajusto tratamiento"*.

El 11 de abril de 2024 se recoge que la paciente presenta *"situación de coma, Glasgow 3/15. Sin respuesta a estímulos"*. El 16 de abril de 2024 se produce el fallecimiento de la paciente.

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 notificado al abogado actuante el 11 de julio de 2024, se informa a los interesados de la admisión a trámite de la reclamación interpuesta, la normativa legal de aplicación, el plazo de resolución expresa y los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución expresa.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, constan incorporados al expediente tramitado los informes de los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada al familiar de los reclamantes.

Fechado el 19 de julio de 2024, figura informe del Servicio de Traumatología, en el que se expone la asistencia prestada desde dicho servicio a la paciente, señalando, a modo de conclusión, que “... A lo largo de la reclamación se pretende establecer una relación de causalidad entre la infección nosocomial que tiene como efecto el desgraciado fallecimiento de la paciente. No puede admitirse esa relación causa-efecto pues la causa surge ante una fractura grave por fragilidad en un paciente anciano con deterioro cognitivo y patología previa que condiciona un proceso postoperatorio incierto y desafiante.

Atribuir como causa del fallecimiento el desarrollo de una infección posquirúrgica es inadecuado pues en la literatura está descrito el tratamiento supresivo crónico como terapia en pacientes de similares características que Dña... que pueden realizar una vida similar a la previa con alteraciones ocasionales de la herida.

No existe la ausencia de riesgo de infección en ninguna intervención quirúrgica. Influyen múltiples factores siendo uno de los principales las características del huésped y en el caso de Dña... concurren al menos seis de ellas: edad avanzada, deterioro cognitivo severo que puede conllevar higiene personal ineficiente, exposición prolongada a antibióticos y selección de cepas resistentes a antibióticos, enfermedad renal crónica e inmunosupresión (Zoster facial en diciembre 2023).

DECIMOSEXTA- Dña. estuvo un periodo en una residencia. Los residentes en estas instituciones están en un entorno con múltiples factores de riesgo de infección debido a su edad avanzada, comorbilidades, y la naturaleza del cuidado en grupo.

Sin poner en duda la diligencia de los cuidados prestados en la residencia no es menos cierto que la dependencia de los residentes para el cuidado personal y la higiene, y la variabilidad en la adherencia a las prácticas de higiene por parte del personal, pueden influir en el riesgo de

infección, constando en el historial de la paciente que recibió cuidados diarios de la herida y se desconoce en qué medida ello ha podido aportar al desarrollo de la evolución tórpida de la herida quirúrgica”.

Con igual fecha figura el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Señala que, «en cuanto las medidas de prevención de la infección mantenidas con (.....) durante su primer ingreso (entre el 10 y el 22 de enero 2024), así como en las posteriores visitas a urgencias y consultas externas y en su segundo ingreso (entre el 15 de febrero y el 16 de abril 2024), especificar que:

1. *Bioseguridad ambiental. Los muestreos microbiológicos del aire de los quirófanos de Traumatología estaban realizados conforme al protocolo “PNT-MP-09: CONTROL DE BIOSEGURIDAD AMBIENTAL”, con una frecuencia mensual, y confirmaban unas condiciones de bioseguridad ambiental óptimas para el desarrollo de la actividad quirúrgica el día 12 de enero de 2024.*

2. *Esterilización del instrumental quirúrgico. Los procesos de esterilización llevan incorporados unos controles de calidad físicos, químicos y biológicos. No se había notificado ninguna incidencia desde la Central de Esterilización o desde el Bloque quirúrgico al Servicio de Medicina Preventiva sobre la esterilización del material quirúrgico traumatológico en esas fechas.*

3. *Limpieza y desinfección de las superficies. La limpieza del bloque quirúrgico se realiza conforme al protocolo “Manual de Procedimientos del Servicio de Limpieza, Edición 4”. Tampoco se había notificado ninguna incidencia desde Bloque Quirúrgico o desde la Comisión de Limpieza del Hospital al Servicio de Medicina Preventiva sobre deficiencias en la limpieza y desinfección en el bloque quirúrgico en esas fechas.*

4. *Preparación prequirúrgica de la piel. La preparación pre-quirúrgica de la piel (lavado con jabón antiséptico, correcta eliminación del vello y*

antisepsia de la piel) se realiza según el protocolo: PNT-HUIL-06: Protocolo de Preparación de piel para procedimiento quirúrgico. Tal y como consta en el listado de verificación quirúrgica de la cirugía del 12/01/24 la eliminación del vello se hizo correctamente (no procedía su eliminación). En cuanto a la antisepsia preoperatoria de la piel, se realizó correctamente con clorhexidina al 2% alcohólica tal y como consta en el listado de verificación quirúrgica de la cirugía del 12/01/24. Los antisépticos a utilizar para la preparación del campo quirúrgico están especificados en el Anexo 1 del “PNT-MP-07: USO DE ANTISÉPTICOS” (en este caso, cirugía sobre piel intacta, la indicación es clorhexidina al 2% alcohólica).

5. Profilaxis antibiótica. La profilaxis antibiótica perioperatoria se había realizado correctamente, tal y como consta en el listado de verificación quirúrgica de la paciente, con Teicoplanina 800 mg por la sospecha de alergia a betalactámicos que figuraba en su historia. La profilaxis antibiótica para este tipo de cirugías está especificada en el protocolo “PNT-CI-04 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA EN ADULTOS”.

6. Higiene prequirúrgica de manos. La correcta higiene de manos prequirúrgica es una práctica habitual en el bloque quirúrgico del hospital. La higiene de manos prequirúrgica está recogida en el “PGMP- 02: HIGIENE DE MANOS”.

7. Mantenimiento de la asepsia en la manipulación y cura de la herida quirúrgica. Las curas de las heridas quirúrgicas, tanto en planta de hospitalización como en urgencias y en consultas externas del Hospital Universitario Infanta Leonor, se realizan siempre con técnica estéril. Según consta en el informe de alta de la Urgencia del 29/01/24 “se ha estado realizando curas programadas diarias en su residencia”, se desconoce cómo se han llevado a cabo las curas diarias de la herida quirúrgica en la residencia.

8. *Precauciones estándar. El mantenimiento de las precauciones estándar está recogido en el PNT-MP-01: PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y BASADAS EN LA TRANSMISIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES y es un protocolo universal de uso en todos los niveles de asistencia del Hospital Universitario Infanta Leonor, dentro y fuera del quirófano».*

Se concluye, por tanto, en que no se han identificado fallos en cuanto a las medidas preventivas aplicables, antes, durante y después de la intervención quirúrgica realizada el 12 de enero de 2024 a la paciente.

Constan en el expediente, el manual de procedimientos del servicio de limpieza, protocolo de control de la bioseguridad ambiental, protocolo de preparación de la piel para procedimiento quirúrgico, protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía en adultos, protocolo de procedimiento de uso de antisépticos, protocolo de higiene de manos y protocolo del procedimiento sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Figura igualmente informe del Servicio de Rehabilitación, de 16 de julio de 2024, en el que se limita a dar cuenta de la actuación realizada en relación con la paciente.

El 9 de octubre de 2025 se emite informe por la Inspección Médica, en el que se concluye que la asistencia prestada a la paciente fue correcta, de acuerdo a la *lex artis ad hoc*.

El 17 de diciembre de 2025 la Inspección Médica emite informe ampliatorio, a solicitud de la instrucción, que le interesó su pronunciamiento sobre dos cuestiones, a saber: la pertinencia o no de retirar el material de osteosíntesis y el posible retraso en el tratamiento quirúrgico de la infección. Al respecto de estas cuestiones, la Inspección

confirma, igualmente, la corrección de la asistencia prestada a la paciente.

El 16 de febrero de 2026 se notifica a los reclamantes el oportuno trámite de audiencia. Con fecha 6 de marzo de 2026, se formulan alegaciones, en las que los reclamantes vienen a reiterarse en los términos de su escrito inicial, tratando igualmente de desvirtuar las conclusiones alcanzadas por la Inspección Médica.

Fechada el 30 de junio de 2026, figura la oportuna propuesta de resolución de la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, en la que se interesa desestimar la reclamación interpuesta.

CUARTO.- El 14 de julio de 2026, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 480/26 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

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 de conformidad con su artículo 1.1, 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 (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación, los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en su condición de hijos de la paciente, cuyo fallecimiento, atribuido a una incorrecta asistencia médica, les genera un indudable daño moral legitimador de la reclamación interpuesta.

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

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 responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 4 de julio de 2024, constando en las actuaciones que el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 16 de abril de

2024, por lo que atendiendo a estas fechas cabe considerar que está formulada dentro del plazo de un año que marca el texto 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 al reclamante objeto de reproche.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HUIL y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes que hicieron uso del trámite concedido en los términos expuestos.

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

En suma, pues, de 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 ad hoc.*

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 y de 10 de abril de 2003).

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, los reclamantes vienen a censurar la asistencia que le fue prestada a su progenitora, entendiendo que, por una mala praxis médica, se le produjo la infección bacteriana objeto de reclamación.

Así las cosas, procede analizar los reproches de los reclamantes partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama. En este sentido se ha pronunciado, entre

otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como recuerda, 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”*.

Ahora bien, en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, esta Comisión Jurídica Asesora ha señalado que, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección.

Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión, *“dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración”* (así nuestro Dictamen 348/16, de 28 de julio y 388/19, de 10 de octubre, entre otros muchos).

Además, es criterio de esta Comisión Jurídica Asesora que una infección nosocomial/hospitalaria no hace surgir sin más la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que, como reconoce la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, de 17 de febrero de 2020 (rec. 508/2018) *“la responsabilidad patrimonial por la infección*

nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”, en igual línea, más recientemente cabría traer a colación, la Sentencia de 27 de marzo de 2025, (rec. 160/2023), de igual Sala y Sección, conforme a la cual “es cierto que, en los casos de infecciones nosocomiales, opera el principio de inversión de la carga de la prueba que obliga a la Administración demandada a probar que se adoptaron las medidas de asepsia indicadas pero, una vez se acredita este extremo, resulta evidente que no puede declararse la responsabilidad de la Administración pues ésta ha actuado conforme al estándar de normalidad no siendo exigible, conforme a la jurisprudencia del mismo Tribunal Supremo, ir más allá de las limitaciones inherentes a la provisión de los servicios sanitarios”.

Sobre la base de lo expuesto, y frente a lo señalado por los reclamantes, los informes emitidos en el curso del procedimiento descartan que se produjera mala praxis denunciada por los interesados. Esta es la conclusión que alcanza el informe de la Inspección Sanitaria, al que esta Comisión Jurídica Asesora otorga especial relevancia, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones, así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de abril de 2026, (rec. 1032/2024) de la Sala y Sección antes mencionada, conforme al cual *“sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye, a su vez, un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los Médicos Inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, dependiendo también de que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes”.*

La Inspección Médica señala, en el primero de sus informes, que *“el tratamiento antibiótico fue valorado y administrado desde el inicio, tanto en el preoperatorio como durante el acto quirúrgico y el postoperatorio. Se*

tomaron muestras microbiológicas y se pautó el tratamiento antibiótico conforme a los resultados, sin demoras. Desde el principio se aplicó profilaxis antibiótica de acuerdo con los protocolos establecidos, utilizando teicoplanina 800 mg por sospecha de alergia a betalactámicos.

El informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Infanta Leonor, de fecha 19/07/2024, confirma que no se detectaron fallos en la bioseguridad ambiental, esterilización del material quirúrgico, limpieza y desinfección del quirófano, ni en la preparación de la piel de la paciente. También se siguieron los protocolos de higiene de manos y de asepsia en la manipulación y cura de la herida quirúrgica. En resumen, no se identificaron deficiencias en las medidas preventivas aplicables antes, durante o después de la intervención quirúrgica realizada el 12 de enero de 2024”.

Indica, efectivamente, el referido informe del Servicio de Medicina Preventiva que: los muestreos microbiológicos del aire de los quirófanos de Traumatología confirmaban unas condiciones de bioseguridad ambiental óptimas para el desarrollo de la intervención quirúrgica el día 12 de enero de 2024, y no se había notificado ninguna incidencia desde la Central de Esterilización o desde el Bloque quirúrgico al Servicio de Medicina Preventiva sobre la esterilización del material quirúrgico traumatológico en esas fechas ni ninguna incidencia desde Bloque Quirúrgico o desde la Comisión de Limpieza del Hospital al Servicio de Medicina Preventiva sobre deficiencias en la limpieza y desinfección en el bloque quirúrgico en esas fechas.

Así las cosas, atendiendo a lo expuesto por la Inspección sobre la base de lo previamente informado por Medicina Preventiva y considerando lo señalado en los pronunciamientos judiciales anteriormente transcritos, no procedería apreciar una irregularidad asistencial al constar el seguimiento hospitalario de los protocolos de asepsia anteriormente citados.

Descartada la infracción asistencial denunciada, no parece, a la luz de lo informado por la Inspección en su informe ampliatorio, que pueda entenderse vulnerada la *lex artis* en la actuación dispuesta por los servicios médicos del HUIL para el tratamiento de la infección padecida, en lo que atañe a los aspectos referidos en la reclamación sobre la no retirada del material de osteosíntesis y sobre un eventual retraso en el abordaje quirúrgico de la infección.

Al respecto de la primera de las cuestiones apuntadas, no se aprecia por la Inspección Médica infracción asistencial alguna, señalando que *“en infecciones tempranas (<4 semanas) y con implantes estables, la estrategia DAIR (desbridamiento, antibióticos y retención del implante) es el tratamiento recomendado por guías internacionales, porque retirar el material en esta fase supondría pérdida de estabilidad y fracaso mecánico”*, concluyendo que *“la decisión de retener el material fue adecuada y conforme a la lex artis, dado que la retirada habría implicado una cirugía mucho más agresiva, con riesgo vital elevado y pérdida funcional irreversible”*.

Se descarta igualmente el pretendido retraso terapéutico, apreciando la inspectora actuante que *“el intervalo hasta el primer DAIR se explica por ausencia de criterios clínicos iniciales y necesidad de minimizar riesgos en paciente anciana y frágil”*, precisando al respecto que *“no había criterios claros de infección profunda en los primeros controles (sin fiebre, sin elevación significativa de parámetros inflamatorios), se optó por medidas conservadoras iniciales (curas + vacío) para evitar cirugía innecesaria en paciente frágil, la indicación quirúrgica se tomó en sesión colegiada cuando hubo evidencia de comunicación con colección profunda y riesgo de infección establecida”*.

Expuesta la controversia que nos ocupa, no sería ocioso traer a colación lo señalado en la Sentencia de 6 de marzo de 2026, de la referida Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del

Tribunal Superior de Justicia de Madrid (rec. 1253/2024), al indicar que *“la demanda, las alegaciones complementarias y las conclusiones de la parte actora vienen a exigir la responsabilidad patrimonial con independencia de que la asistencia sanitaria se haya dispensado de conformidad con la lex artis y por el mero hecho de haber adquirido una infección nosocomial, lo que no se compadecen con la doctrina jurisprudencial a que se ha hecho referencia en precedentes fundamentos jurídicos, por cuanto que en el caso de autos se adoptaron las medidas profilácticas contempladas en los Protocolos para evitar infecciones nosocomiales, y se diagnosticó y se trató la infección adquirida, y sus consecuencias, adecuada, rápida y continuadamente, utilizando todos los medios disponibles según el estado de la ciencia y sin incurrir en deficiencias o errores técnicos en su aplicación, de manera que no puede apreciarse vulneración de la lex artis ni considerarse antijurídico el daño padecido por el paciente”*.

Así las cosas, cabe descartar la infracción asistencial denunciada, no obstante no haberse podido evitar el lamentable fallecimiento de la paciente.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 1 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 517/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid