

Dictamen n°: **119/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.03.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de marzo de 2023, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a mala praxis en la realización de una infiltración de corticoides y anestésico en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 15 de enero de 2019 la representación legal de la reclamante presenta un escrito en una oficina de Correos, dirigido al Servicio Madrileño de Salud, solicitando una indemnización por la atención médica que le fue prestada a su representada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles. Posteriormente, y a requerimiento de la Administración, presenta su solicitud de modo telemático en el registro de la Consejería de Sanidad el 12 de febrero de 2019.

El escrito relata que el 28 de julio de 2017 la reclamante acudió al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, donde fue atendida por el Servicio de Traumatología ante sus dolencias en la rodilla derecha, al presentar una gonalgia derecha de larga evolución.

Según afirma, los facultativos le realizaron a la paciente pruebas médicas de radiología y resonancia magnética, cuyo resultado objetivó una severa gonartrosis tricompartmental de predominio en compartimento femoropatelar, condropatía generalizada grado IV, rotura degenerativa compleja de menisco izquierdo y moderado derrame articular. La reclamante refiere que, ante esta situación, le realizaron una infiltración de corticoide y anestésico, bajo medidas de asepsia que ella desconoce, por no figurar detalladas en ningún informe médico, y sin haberle proporcionado, con carácter previo, *“el formulario de consentimiento informado que requiere este tipo de intervención, conforme lo establece la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), en cuya página web se prevé un modelo de formulario de consentimiento informado para infiltraciones”*.

La reclamación continúa señalando que el 29 de julio de 2017 la paciente tuvo que ser asistida en su domicilio y, posteriormente, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, al que acudió por haberse agravado el dolor que sentía en su rodilla derecha desde la infiltración de corticoides y anestésicos que le realizaron el día anterior. Según expone, el personal médico que atendió a la paciente objetivó una gonalgia y le pautó inmovilización de la rodilla derecha con vendaje y medicación.

El escrito señala que el 31 de julio de 2017 la paciente visitó nuevamente el citado Servicio de Urgencias por persistencia del dolor en la rodilla derecha y por haber presentado fiebre el día anterior, siendo diagnosticada ese mismo día de una artritis séptica de rodilla derecha y debiendo ingresar para cirugía urgente.

La reclamante afirma que en dicha fecha se le realizó una sinovectomía amplia y lavado artroscópico, en vista de la gran infección que presentaba en su rodilla derecha.

El relato continúa señalando que el 31 de agosto de 2017 la paciente acudió nuevamente al citado hospital, por presentar infección urinaria, anemia y diarrea, de modo que fue atendida por el personal médico que, tras valorar la situación, le diagnosticó una artritis séptica de rodilla, procediendo a realizarle un lavado artroscópico a fin de erradicar la infección, siendo dada de alta hospitalaria el 15 de septiembre de 2017.

La reclamante manifiesta que, tras esta situación, tuvo que acudir de nuevo al centro hospitalario para revisión el 22 de septiembre de 2017, cuando se le explora y se le da nueva cita para noviembre de 2017, aunque el 29 de septiembre de 2017 se vio obligada a ir al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por presentar diarrea durante cuatro días y sangre en las heces, siendo diagnosticada de diarrea infecciosa.

El escrito refiere que el 6 de octubre de 2017 la paciente volvió a acudir al hospital por presentar dolor en la rodilla, observando los médicos que presentaba cierto componente de derrame articular. La reclamante afirma que, durante la exploración, no fue capaz de extender completamente la pierna, refiriendo gran dolor, por lo que fue remitida al Servicio de Rehabilitación, realizando rehabilitación durante los meses siguientes, aquejada de un gran dolor en la rodilla, que le limitaba enormemente para andar.

Según el escrito remitido, el 15 de enero de 2018 acudió al Servicio de Traumatología con la ayuda de una muleta, ante la gonartrosis que presentaba en la rodilla derecha, al persistir el dolor al andar, a pesar de asistir a fisioterapia y magnetoterapia. La reclamante señala que,

durante la consulta, el facultativo le recomendó realizar ejercicios y disminuir de peso, pautándole medicamentos y fisioterapia.

La reclamación expone los siguientes reproches:

1) No consta reflejado en ninguna documentación médica en qué consistieron las medidas de asepsia que se llevaron a cabo en el momento de la infiltración.

2) La infiltración se realizó sin proporcionar previamente a la paciente un formulario de consentimiento informado, de modo que los facultativos no informaron a la paciente de las consecuencias que esta intervención le podría ocasionar, no siendo aquella consciente del riesgo de infección que esta técnica invasora podría conllevar. En particular, no proporcionaron el formulario de consentimiento informado exigido por el SECOT en intervenciones de infiltración, en el que sí figura la infección como una posible complicación.

En consecuencia, según la reclamante, al no contar con esta información, no pudo otorgar su consentimiento conforme a las exigencias de la normativa española, en la que se establece que el consentimiento informado deberá ser escrito cuando sea necesario realizar un procedimiento terapéutico invasor que suponga riesgos o inconvenientes con posible repercusión negativa para la salud de la paciente, como es el caso de la infiltración.

3) Tampoco le consta a la reclamante que se hayan recogido en algún informe médico las constantes que presentaba la paciente, cuyo resultado hubiese podido orientar a los facultativos hacia la complicación, solicitando una analítica para determinar si padecía la infección que, más tarde, objetivaron.

La reclamación concluye que nos encontramos ante un caso de mala praxis médica, en el que se ha vulnerado la *lex artis ad hoc* y en el

que la paciente ha sufrido importantes daños que en ningún caso tuvo el deber de soportar.

La reclamante no determina inicialmente el importe solicitado, si bien, posteriormente, aporta informe pericial de valoración del daño corporal, que cifra la indemnización en la suma de 46.919,09 €, con el siguiente desglose:

Perjuicio personal particular (18 meses)

Graves: 48 días: 3.725,28€

Moderados: 492 días: 26.474,52€

Procedimientos quirúrgicos (2): 1º Lavado artroscópico: 600€ 2º

Lavado artroscópico 600 €:1.200€

Secuelas artrosis secundaria a artritis séptica: 15 puntos:
15.519,29€.

Con la reclamación se adjunta diversa documentación médica, copia del D.N.I. de la reclamante y documento privado, de fecha 15 de enero de 2018, en el que autoriza a su representante para la presentación del escrito.

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

Se trata de una paciente, nacida en 1963, con antecedentes de artroscopia en la rodilla derecha por artrosis e hipotiroidismo. Acude el 28 de julio de 2017 al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por una gonalgia derecha de larga evolución. En ese momento, sin tratamiento. Asocia chasquidos. Pendiente de fisioterapia en su centro de salud.

En la exploración física, se aprecia obesidad, derrame +, cepillo -, dolor en compartimento medial, movilidad conservada, estable. Se

realiza resonancia magnética de rodilla derecha de forma basal en las secuencias habituales, y se compara con estudio de radiografía previo disponible del 18 de mayo de 2017.

El estudio muestra severos cambios artrósicos, muy llamativos en el compartimento femoropatelar, con disminución del espacio articular, prominentes osteofitos marginales en los márgenes de la rótula, cóndilos femorales y platillo tibial y adelgazamiento e irregularidad del cartilago hialino, con extensas zonas de denudación condral en ambas facetas rotulianas, tróclea femoral y superficie de carga del cóndilo y platillo femoral internos (condropatía grado IV).

En este contexto, se encuentra marcadamente extruido con alteración de su morfología y señal normal, independizando una extensa línea de rotura oblicua y otra radial confluyente en el cuerno posterior, compatible con rotura degenerativa. Derrame articular en cuantía moderada. Pequeño quiste de Baker no complicado. Tendones cuadricipital y rotuliano dentro de la normalidad. El diagnóstico es de severa gonartrosis tricompartmental de predominio en compartimento femoropatelar. Condropatía generalizada grado IV. Rotura degenerativa compleja del menisco interno. Moderado derrame articular.

Bajo medidas de asepsia y consentimiento verbal, se infiltra la rodilla con trigón, ácido hialurónico y mepivacaína. Se pauta revisión en 2 meses.

El 29 de julio de 2017 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Rey Juan Carlos por empeoramiento del dolor en la rodilla desde la infiltración, realizada 24 horas antes. La exploración física objetiva rodilla globulosa, dolor generalizado con la palpación y la movilización Dolor de cuádriceps y leve empastamiento. Balance articular muy limitado por el dolor sobre todo en flexión. Imposible explorar meniscos. Se explica a la paciente que es normal el

empeoramiento tras la infiltración y el juicio clínico es de gonalgia, pautando como tratamiento inmovilización con vendaje durante 1 semana, así como analgésicos para el dolor y control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 31 de julio de 2017, la paciente es ingresada, derivada desde Urgencias, en Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por dolor intenso y edema de rodilla, realizándose lavado artroscópico de rodilla, detectándose abundante sinovitis con líquido purulento franco y con condropatía avanzada en todos los compartimentos de rodilla. Se inicia antibioterapia empírica con Vancomicina, que se modifica a las 48 horas por ciprofloxacino y clindamicina, tras confirmar el aislamiento de *Streptococo pyogenes* en el material purulento de la rodilla, mientras se realiza estudio de teórica alergia a penicilinas. Los hemocultivos son negativos.

El juicio clínico es artritis séptica de rodilla y celulitis secundaria por *Streptococo pyogenes* tras infiltración en la rodilla derecha.

Mala evolución clínica en los días posteriores, con edema y eritema de la rodilla persistente y el desarrollo de manifiesta celulitis con afectación de todo el miembro inferior derecho desde el tercio inferior del muslo hasta el pie. Se canaliza acceso venoso central y, tras confirmar la ausencia de alergia a penicilina, se inicia tratamiento con penicilina G y clindamicina intravenosa. En las semanas posteriores, buena pero lentísima evolución clínica de la artritis y celulitis, realizándose varias ecografías que descartan la presencia de colecciones en tejido celular drenables pero con derrame articular en receso suprarrotuliano con engrosamiento sinovial. Se decide mantener actitud conservadora con mejoría en los días posteriores y, tras dos semanas de antibioterapia iv y el descenso progresivo de la PCR, se decide el paso a vía oral a levofloxacino a dosis altas.

Tras 4 semanas de antibioterapia total, se objetiva mejoría sobre todo de la celulitis, pero persistencia de edema en la rodilla y dolor en cara lateral externa con PCR estancada entre 5-6, por lo que se repite la ecografía articular con distensión del receso suprarrotuliano con severo engrosamiento sinovial difuso a este nivel, y en margen anterior del espacio intercondíleo, en relación con llamativo componente de sinovitis siendo el componente líquido del derrame mínimo.

El 30 de agosto de 2017 se lleva a cabo nuevo lavado y sinovectomía con cultivo del líquido y de las biopsias de la sinovial negativas. Mejoría de la PCR en los días posteriores, situándose al alta en 1.93. Persistencia del eritema y el aumento de temperatura en la rodilla, que se vigilará de forma ambulante. Se decide prolongar la antibioterapia una semana más.

Además de lo descrito, la paciente ha presentado una infección del tracto urinario por *Klebsiella BLEE* tratada con fosfomicina y posteriormente con meropenem por persistencia sintomática. Se ha realizado eco renal por dolor en fosa renal derecha sin evidencia de litiasis.

En las 48 horas previas al alta, deposiciones diarreicas con toxina negativa, pero que han mejorado con ultralevura y metronidazol.

El juicio clínico es artritis séptica de rodilla y celulitis secundaria por *Streptococo pyogenes*, tras infiltración en la rodilla derecha.

- Infección urinaria por *Klebsiella BLEE*.
- Anemia de trastorno crónico en el contexto de la infección.
- Diarrea por disbacteriosis intestinal.

El 22 de septiembre de 2017 la paciente acude a revisión en Medicina Interna (Infecciosas), tras ingreso prolongado por artritis séptica de rodilla derecha tras artrocentesis. La analítica bien.

Hemoglobina 11.9. Reticulocitos normales. PCR normal. Rodilla sin datos de inflamación ni celulitis. Resuelta la diarrea.

PLAN:

- Retirar levofloxacino, ultralevura.
- Se cita en noviembre con analítica.
- Ferrogradumet, 1 comprimido cada 24 horas.

El 28 de septiembre de 2017 la paciente acude a Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por presentar diarrea de 4 días de evolución, sin productos patológicos hasta esa mañana, y sangre con las heces en probable relación con hemorroides. La paciente refiere sensación nauseosa sin vómitos y dolor abdominal difuso, coincidente con el inicio de feroterapia; afebril. Con la toma de antibióticos previos al inicio del cuadro, se hace estudio de Clostridium que descarta dicha infección. En analítica, no se objetiva repercusión en función renal y, tras comprobar adecuada tolerancia oral, se decide alta con cambio de principio activo de sulfato ferroso. El juicio clínico es de diarrea infecciosa/iatrogénica por sulfato ferroso.

Con fecha 6 de octubre de 2017, la reclamante acude a revisión de Traumatología. En ese momento, presenta dolor que precisa descarga con 2 bastones ingleses en carga parcial. Sin signos externos de recidiva, persiste cierto componente de derrame articular. Mantiene extensión contra gravedad, pero presenta dificultad para la extensión completa contra gravedad. Flexión completa. Pendiente de valoración ese día por Rehabilitación. Valorada por Infecciosas, se ha retirado antibioterapia y seguirá en noviembre con analítica. Se pauta control en 3 meses con telerradiografía y radiografía en carga.

El mismo día, la paciente acude a revisión de Rehabilitación. Refiere mucha limitación para andar con dolor al levantarse; ya se le

han retirado los antibióticos y no se le realizan curas. Cirugía Ortopédica y Traumatología le ha dado cita para revisión en tres meses. En la exploración, se objetiva en la marcha que claudica con la pierna izquierda, realiza arrastre de la pierna que corrige realizando flexión de rodilla bilateral. Flexión completa extensión en activo -30° . Aun cuando se le pide extensión sentada, consigue -20° . Paciente con labilidad emocional durante toda la exploración.

PLAN: continuar con reeducación de marcha y escaleras con aumento de la flexión de cadera, conveniente ejercicios de fortalecimiento de glúteos. Cuádriceps en sedestación con ayuda de ambas piernas, terapia con espejo para evitar compensatorios. Revisión según cita.

De nuevo en Rehabilitación el 20 de octubre de 2017, la paciente acude muy negativa, pero deambula con un bastón y tiene mejor patrón de marcha. En la exploración, se aprecia que deambula con leve bloqueo del pie derecho, que corrige si se le pide. Flexión completa, extensión en activo -15° . Ha mejorado la fuerza del cuádriceps y es capaz de realizar marcha con flexión de rodilla.

PLAN: continuar mejorando la fuerza del cuádriceps. Se aprecia una buena evolución, y en la próxima revisión será alta.

La paciente acude a revisión de Rehabilitación el 3 de noviembre de 2017. Buena evolución tras realizar 57 sesiones. Persiste dolor nocturno. Realiza marcha sin bastones, con buen apoyo monopodal. Extensión de rodilla 0° , flexión de rodilla 120° . Se sugiere continuar con ejercicios en el domicilio. Se da el alta con seguimiento por Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El 5 de diciembre de 2017 acude a revisión al Servicio de Medicina Interna. 12.6 gr de hemoglobina. Ferritina normal. IST 9.37. AA normal. Perfil hepático normal. Chol 210 LDL 120. PCR normal. Lleva

dos meses sin antibiótico. Sin datos de infección en la exploración. Camina mucho mejor, pero todavía con muleta. Se pauta nueva revisión en 6 meses con analítica y, si todo está bien, se dará el alta. Se prescribe hierro a meses alternos.

El diagnóstico es de artritis séptica de rodilla y celulitis secundaria por *Streptococo pyogenes*, tras infiltración de rodilla derecha. Infección urinaria por *Klebsiella BLEE*. Anemia de trastorno crónico en el contexto de la infección. Diarrea por disbacteriosis intestinal.

En revisión de Traumatología el 15 de enero de 2018, sin hidrartros, sin signos inflamatorios. Movilidad 0-95°. La paciente está estable, sigue con dolor y utiliza una muleta. Va a fisioterapia y magnetoterapia y nota que le ayuda. Se recomiendan ejercicios de potenciación muscular, bicicleta estática y disminuir peso. Se pauta condrosulf, 1 mes y, si mejora, ampliar a 3 meses. Revisión en 3 meses.

La paciente acude a revisión de Traumatología el 16 de abril de 2018. Sigue con dolor en la rodilla y región trocantérea. Dolor al subir y bajar escaleras. Toma paracetamol y AINE si hay dolor pero, en ocasiones, no lo toma. Camina con una muleta. Quiere incorporarse al trabajo como limpiadora, pero es consciente que actualmente no puede. Se objetiva rodilla sin hidrartros. Flexión 95°. Estable. Se recomienda adelgazar y ejercicios. Revisión en 3 meses

Acude a revisión de Medicina Interna el 14 de junio de 2018. Clínicamente regular. Continúa con dolor y dificultad para la movilización. Necesita de una muleta para trasladarse. El dolor se extiende hacia la cadera ipsilateral y en la zona posterior de la rodilla y del gemelo.

Analítica con VSG 56 y PCR 5.8. No hay datos infecciosos locales ni líquido libre. El juicio clínico es de artritis séptica de rodilla y

celulitis secundaria por Streptococo pyogenes, tras infiltración de rodilla derecha. 10 meses de evolución sin datos de recidiva, pero mucha secuela funcional. De momento, no hay intención de volver a poner la prótesis, de cara a la seguridad del procedimiento. No se da el alta y se pauta alta y revisión en 6 meses con analítica. Si hay empeoramiento clínico, acudir de nuevo a Urgencias.

El 23 de julio de 2018, en revisión de Traumatología, la paciente sigue con dolor. No ha podido adelgazar. Camina con una muleta; refiere que tuvo un accidente laboral en 2016 con fractura vertebral y, posteriormente, notó *"un parón en la rodilla"* que relaciona con ello, acudiendo a su médico y a Urgencias.

En la exploración, sin hidrartros ni signos inflamatorios. Movilidad 0-100°. Estable. Se recomienda seguir ejercicios en bicicleta o en agua y adelgazar. Se explica el riesgo de mal resultado de implante de prótesis en ese momento, por infección previa, edad y peso de la paciente. Además, el implante no asegura reincorporarse a la actividad laboral, que actualmente tampoco puede. Revisión en 3 meses.

El 25 de octubre de 2018 la paciente acude a consulta de Traumatología. Sigue con dolor en la rodilla derecha y comienza en la izquierda también. Nota rigidez en la rodilla. Ha adelgazado 3-4 Kg. Toma analgesia habitual con Tramadol y paracetamol. Utiliza 2 muletas y en casa una, pero tiene dificultad para subir escaleras. Hace fisioterapia. EC: 0-100°. Sin flogosis. Dolor, con predominio en la flexión de la rodilla. La radiografía en carga objetiva pinzamiento articular medial y osteofitos mediales. Se recomienda seguir adelgazando y ejercicios suaves sin carga.

Con fecha 14 de diciembre de 2018 acude a consulta de Medicina Interna para revisión a los 6 meses Se ha hecho analítica en su médico de Atención Primaria: sin anemia, PCR 8,33, la previa era de 5. Rodilla

dolorosa, pero sin datos de infección. Ha mejorado algo con la pérdida de peso. Vista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, sin datos de infección. Sin clínica por órganos y aparatos, sin síndrome constitucional. Sin otras articulaciones afectadas. Sin aftas y sin lesiones cutáneas, sin Raynaud, sin clínica sistémica. Sin fiebre ni sudoración, sin dolor de muelas ni cefalea habitual. Refiere reflujo a veces, ronca, algunas veces apnea. Sin somnolencia diurna.

Se reexplora a la paciente: auscultación rítmica sin soplos, sin adenopatías, murmullo vesicular conservado, sin lesiones cutáneas, sin artritis. Abdomen blando, globuloso, sin masas ni megalias.

El diagnóstico es de artritis séptica de rodilla y celulitis secundaria por *Streptococo pyogenes*, tras infiltración en la rodilla derecha. 16 meses de evolución sin datos de recidiva pero mucha secuela funcional. Permanece PCR elevada sin clínica sistémica. Recomendaciones: cita en 3 meses con analítica y proteinograma y reevaluar la elevación de la PCR.

Con fecha 19 de marzo de 2019, acude a consulta de Medicina Interna para revisión. PCR de 1. Ha perdido 3kg de peso con el endocrino y precisa paracetamol todavía, a veces Tramadol. La paciente ya va con una muleta solo. Sin datos de afectación articular, sin datos de enfermedad sistémica.

El diagnóstico es de artritis séptica de rodilla y celulitis secundaria por *Streptococo pyogenes*, tras infiltración de rodilla derecha. 16 meses de evolución sin datos de recidiva, pero mucha secuela funcional. Obesidad e hipercolesterolemia. Se recomienda continuar perdiendo peso.

Con fecha 6 de mayo de 2019 acude a revisión de Traumatología. Sigue con dolor en ambas rodillas. Dolor en región de la cadera

derecha. Dolor lumbar (tiene secuelas de fractura vertebral y hernia discal). Utiliza dos muletas para caminar. Ha logrado adelgazar algo pero sigue con dolor y toma Tramadol y paracetamol. Camina trayectos cortos y no puede subir escaleras, sube escalones con dificultad. Obesidad y disminución de la movilidad de las rodillas 0-95°. Sin hidrartros ni signos inflamatorios. La radiografía objetiva una gonartrosis severa bilateral. Se encuentra muy limitada. Se recomiendan revisiones.

TERCERO.- Presentada la reclamación, y antes de acordar la instrucción del procedimiento conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), mediante oficio de 31 de mayo de 2019 se requirió a la reclamante para que indicara el motivo por el que consideraba que la reclamación no se hallaba prescrita, así como se le informó de la normativa reguladora del procedimiento y del sentido del silencio administrativo. La reclamante cumplimentó el citado requerimiento por medio de escrito presentado el 20 de junio de 2019.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folios 173 a 1131).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, ha emitido informe el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el 29 de agosto de 2019, en el que, tras relatar cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, manifiesta que la infiltración se realizó bajo condiciones de asepsia adecuadas *pues “disponemos en el centro de un procedimiento de asepsia y antisepsia que aplicamos sistemáticamente en consultas (ANEXO 1). Todo el material disponible para infiltración en consultas es estéril, no existiendo material no estéril*

disponible a tal efecto”. De igual modo, el informe destaca que la legislación dispone que el consentimiento será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en caso de intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y terapéutico invasor y en procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, “que no era el caso, por tratarse de una infiltración, que es un procedimiento equivalente a cualquier inyección intramuscular o intravenosa, en cualquier caso, se dejó constancia detallada en la historia clínica de la información facilitada a la paciente y del consentimiento obtenido de la misma”. Por último, el informe concluye que “no existe una inequívoca relación de causa-efecto entre los síntomas que presenta actualmente la paciente y la artritis infecciosa que ha padecido. Actualmente, la paciente presenta dolor y rigidez de rodilla, dos síntomas cardinales de la artrosis de rodilla; que ya padecía en grado severo en toda la rodilla... Estos síntomas estarían presentes, sin duda, aunque no hubiese acontecido la infección. Pueden haber aumentado, pero esto es también la norma en la evolución espontánea de la artrosis, especularmente en pacientes obesos, como es el caso”.

Con el informe se acompaña un documento, elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva del centro sanitario, denominado “Uso adecuado de antisépticos”.

Por su parte, la Inspección Sanitaria, en informe de 17 de enero de 2020, tras la descripción de los hechos, el análisis de las actuaciones practicadas y la bibliografía consultada, hace suyas las consideraciones médicas del informe emitido por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y concluye que “en relación a la asistencia prestada a la paciente ... en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, se deduce que la atención que se le prestó está de acuerdo a “lex artis”, tanto en las

actuaciones diagnósticas como en los procedimientos terapéuticos que se emplearon”.

Tras la emisión del informe de la Inspección Sanitaria, y mediante escrito presentado el 2 de diciembre de 2020, la reclamante solicita el impulso del procedimiento y aporta informe pericial de valoración del daño corporal, elaborado por una licenciada en Medicina y Cirugía, doctora en Medicina Legal y Forense, que cifra los daños reclamados en la cantidad de 46.619,09 euros, en los términos anteriormente señalados.

Una vez instruido el procedimiento, y mediante sendos oficios de 13 de septiembre de 2021, se confirió trámite de audiencia tanto a la reclamante como al centro sanitario concertado. Este último, por escrito de su gerente de 15 de septiembre de 2021, se opone a la reclamación presentada y considera ajustada a la *“lex artis”* la asistencia sanitaria dispensada, remitiéndose al contenido del informe elaborado por el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital.

Por su parte, la representación legal de la reclamante presenta escrito de alegaciones el 11 de octubre de 2021, en el que señala que los facultativos del centro sanitario realizaron la infiltración sin las necesarias medidas de asepsia, de modo que la paciente sufrió una artritis séptica que provocó la inflamación de su rodilla derecha, al inocularse un germen (*Streptococo pyogenes*) en el momento de la infiltración, *“perjuicio que, únicamente, puede ser consecuencia de no realizarse una correcta limpieza de la zona de la piel que va a ser infiltrada o por estar contaminados los instrumentos utilizados...”*. Además, reitera que se realizó la infiltración sin previa firma del consentimiento informado, y concluye que de la actuación llevada a cabo por la Administración (ausencia de consentimiento informado y falta de asepsia en la intervención) se deriva un daño real para su

representada, que se traduce en una artritis séptica y celulitis secundaria a la infiltración en la rodilla derecha.

Finalmente, el 18 de marzo de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, se emite el Dictamen 259/22, de 4 de mayo, en el que se estima necesaria la retroacción del procedimiento para que se complete la historia clínica y se aporte por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos información de las medidas adoptadas para prevenir la infección nosocomial en la práctica médica realizada a la paciente, tanto por parte de los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, como del servicio al que corresponde la competencia en este ámbito, es decir, el Servicio de Medicina Preventiva. Además, se señala que ha de solicitarse informe del Servicio de Medicina Interna del hospital, involucrado en el proceso asistencial de la reclamante y, una vez recabada dicha información, dar traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe, así como conferir el trámite de audiencia a los interesados.

CUARTO.- Como consecuencia, y remitida la historia clínica solicitada, el 7 de julio de 2022 emite informe el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en el que señala *que “en relación a las medidas adoptadas en la consulta con fecha 28 de julio de 2017 para la infiltración realizada a Doña..., en la historia clínica queda reflejado que se solicitó consentimiento verbal para realizar dicha infiltración y se adoptaron todas las medidas de asepsia habituales, como son:*

- Desinfección cutánea con clorhexidina.

- *Uso de guantes estériles.*
- *Uso de gasas estériles.*
- *Uso de jeringa y aguja intramuscular estériles de un solo uso”.*

En idéntica fecha, el Servicio de Medicina Preventiva del centro hospitalario emite informe, refiriendo las medidas de asepsia que se toman en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos en el procedimiento de infiltración articular, y añadiendo que *“el Servicio de Medicina Preventiva comprobó con los servicios implicados en la técnica que se había procedido conforme a lo previsto en el punto 1 anterior...”*.

Con fecha 13 de julio de 2022 emite el informe solicitado el Servicio de Medicina Interna, en el que relata cronológicamente la atención dispensada a la paciente por el referido servicio, y concluye que *“los síntomas que la paciente pueda presentar en la rodilla tras la infección no pueden relacionarse exclusivamente con esta, sino que parecen más asociados a la patología que ya presentaba la enferma previamente”*.

Por último, y con fecha 14 de septiembre de 2022, emite informe ampliatorio la Inspección Sanitaria, concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por los servicios de Traumatología y Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles fue adecuada a la *lex artis*, si bien estima que *“ha habido un defecto de información, dado que, al ser la infiltración de rodilla una técnica invasiva, se debería haber realizado previo consentimiento informado escrito y firmado por la paciente”*.

Incorporados al expediente los anteriores informes, mediante oficio de 28 de septiembre de 2022 se confiere audiencia tanto al centro sanitario concertado como a la reclamante quien, por medio de su representación legal, presenta escrito el 3 de noviembre de 2022, en el que se ratifica en sus alegaciones anteriores y señala que, en cualquier

caso, la ampliación del informe de la Inspección Sanitaria confirma la existencia de mala praxis en la atención, desde el momento en que expresamente, en la conclusión del mismo, se reconoce que ha habido un defecto de información.

Además, la reclamante reitera que los facultativos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos realizaron la infiltración con corticoides y anestésico sin que conste efectivamente probado que se hubieran tomado las medidas de asepsia adecuadas, por cuanto no se consignan en la historia clínica, y sin previa información ni firma del documento de consentimiento informado, de modo que confirma su solicitud de indemnización en la cuantía de 46.919,09 euros.

Por su parte, el gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos remite escrito de 19 de octubre de 2022, en el que reitera su oposición a la reclamación presentada y considera ajustada a la *“lex artis”* la asistencia sanitaria dispensada, remitiéndose al contenido de los informes elaborados por los diferentes servicios del hospital. Además, y respecto del supuesto defecto de información que se señala en el informe ampliatorio de la Inspección Sanitaria, alude tanto a la constancia en la historia clínica del consentimiento verbal prestado por la paciente como a un supuesto informe, elaborado a instancias de la aseguradora del SERMAS, que no consta en el expediente y en el que, según indica, se afirma que es suficiente a tales efectos con recabar el citado consentimiento verbal.

Finalmente, el 8 de febrero de 2023 el viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial.

QUINTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta, que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 15 de febrero de 2023, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada en el Pleno de la Comisión en su sesión de 9 de marzo de 2023.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas según establece su artículo 1.1. (en adelante, LPAC).

La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), al ser la persona que ha recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

No obstante, se observa que actúa por medio de un representante, si bien no ha acreditado tal representación, al haberse aportado al procedimiento un documento privado. Como ha señalado esta Comisión en sus dictámenes 399/16 de 8 de septiembre, 430/16, de 29 de septiembre y 500/16, de 3 de noviembre, entre otros, si bien es cierto que en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito, y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado, y aun de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5 de la LPAC, al igual que establecía el artículo 32 de la LRJ-PAC es muy explícito al exigir la acreditación de la representación. Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo, tal como, por ejemplo, se indicó en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 abril de 2004 (Rec.109/2003), que confirmaba una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado.

Hecha la anterior puntualización y como quiera que la Administración ha procedido a tramitar el expediente por entender correctamente acreditada la representación conferida, esta Comisión, a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria cuestionada fue dispensada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, centro concertado con la Comunidad de Madrid. En este punto, cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En tal sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo, 107/18, de 8 de marzo, 446/20, de 13 de octubre, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 9ª). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

Por lo que se refiere al requisito temporal, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto, la propuesta de resolución remitida considera prescrita la reclamación, al situar el día inicial del cómputo bien en la fecha del 31 de julio de 2017, cuando se diagnostica a la paciente la artritis séptica en la rodilla derecha, pues considera que se trata de un daño permanente y el *dies a quo* para reclamar lo constituye el momento en el que la reclamante toma conocimiento del eventual daño a través del correspondiente diagnóstico, o bien, de modo más favorable para la reclamante, en el 15 de septiembre de 2017, pues, según afirma la propuesta “*cuando tras un segundo lavado artroscópico con cultivo del líquido y de las biopsias de la sinovial son negativas, y tras 4 semanas de antibioterapia total, se le da el alta*”.

No obstante, tiene declarado el Tribunal Supremo que, siendo la prescripción una institución no fundada en principios de estricta justicia, sino en el abandono o dejadez en el ejercicio del propio derecho y en el de seguridad jurídica, su aplicación por los tribunales no debe ser rigurosa, sino cautelosa y restrictiva (sentencias del Tribunal Supremo de 8 de octubre de 1982, 2 de febrero de 1984, 28 de diciembre de 1989, 3 de diciembre de 1993 y 20 de junio de 1994, entre otras muchas). De igual modo, el propio Tribunal Supremo, en la Sentencia de 4 de abril de 2019 (recurso 4399/2017) y en coherencia con la interpretación restrictiva de la prescripción, señala que el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción es el de la fecha de curación, o desde

la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado.

Pues bien, en el presente supuesto, la posición expuesta en la propuesta de resolución se ve contradicha tanto por el análisis de la historia clínica de la paciente como, especialmente, por la propia Dirección Médica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en el informe incorporado al expediente en su folio 1160. El citado *“informe de asistencias sanitarias prestadas a la paciente...”*, emitido el 21 de abril de 2021, en contestación a la solicitud de información por la Comisión de Seguimiento de Reclamaciones Patrimoniales del SERMAS sobre las asistencias prestadas en 2018 a la paciente y sobre si las mismas tienen relación con la infección que tuvo lugar tras la infiltración o no, expone las revisiones a que fue sometida la paciente para comprobar la ausencia de infección los días 17 de diciembre de 2017, 14 de junio de 2018, 14 de diciembre de 2018, es decir, cada seis meses, y la última de ellas, el 19 de marzo de 2019, en la que el informe hace constar: *“REVISIÓN 19 de marzo de 2019: Revisión por artritis séptica. 19 meses seguimiento sin datos de infección. Se da ALTA ante ausencia de infección”*. Idéntica mención se contiene en el informe ampliatorio del Servicio de Medicina Interna de 13 de julio de 2022.

En consecuencia, si el alta de la paciente en relación con la infección padecida tras la infiltración tuvo lugar el 19 de marzo de 2019, la reclamación, interpuesta el 15 de enero de 2019, ha sido formulada en plazo, sin perjuicio de considerar cuanto menos extraño que la representación legal de la reclamante, que recibió la autorización para presentar la reclamación en documento privado el 18 de enero de 2018, dejara transcurrir casi un año para proceder a su formulación.

TERCERA.- En cuanto al procedimiento, se observa que se recabó inicialmente el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y emitió informe la Inspección Sanitaria, con posterior audiencia a la reclamante y al centro hospitalario concertado y formulación de una propuesta de resolución.

Tras la retroacción acordada, se ha completado la historia clínica de la paciente y se ha aportado por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos información de las medidas adoptadas para prevenir la infección nosocomial en la práctica médica realizada a la paciente, tanto por parte de los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, como del servicio al que corresponde la competencia en este ámbito, es decir, el Servicio de Medicina Preventiva. Además, han emitido informe ampliatorio el Servicio de Medicina Interna del hospital y la propia Inspección Sanitaria, con nueva audiencia a los interesados y posterior propuesta de resolución, según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC.

En suma, pues 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.

CUARTA.- 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. Esta previsión ha sido desarrollada por la LRJSP en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la

conurrencia de varios requisitos, conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 19 de mayo de 2015, (recurso 4397/2010) ha señalado que *“(...) no resulta suficiente la*

existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

QUINTA.- En la reclamación que nos ocupa, la reclamante alega que no consta reflejado en ninguna documentación médica en qué consistieron las medidas de asepsia que se llevaron a cabo en el momento de la infiltración y que, además, dicha infiltración se realizó sin proporcionar previamente a la paciente un formulario de consentimiento informado, de modo que los facultativos no informaron a la paciente de las consecuencias que esta intervención le podría ocasionar, no siendo aquella consciente del riesgo de infección que esta técnica invasora podría conllevar. De igual modo, también reprocha que no se haya recogido en algún informe médico las constantes que presentaba la paciente, cuyo resultado hubiese podido orientar a los facultativos hacia la complicación, solicitando una analítica para determinar si la paciente padecía la infección que, más tarde, objetivaron.

Los citados reproches han de examinarse sobre la base del material probatorio contenido en el expediente.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, 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 la formula. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Pues bien, en este caso la reclamante ha incorporado al expediente en apoyo de sus afirmaciones un informe médico pericial, con argumentos contrapuestos a los recogidos tanto en los informes de los diferentes servicios del centro hospitalario como en el emitido por la Inspección Sanitaria. Alude la perito designada por la reclamante a un cuádruple criterio de causalidad para determinar la relación entre la infiltración articular y la infección, a saber: el cronológico, pues “*antes de haber transcurrido 24 horas desde que se realizó la infiltración intraarticular empeoró la sintomatología de...*”; el “*topográfico*”, ya que el lugar de aparición de los signos y síntomas, la rodilla derecha, coincide con la localización en que se realizó la infiltración intraarticular; el criterio de realidad científica, dado que es un hecho que las infecciones en articulaciones, sin infección previa, pueden producirse por un tratamiento invasivo como la infiltración y, por último, el que la perito denomina de “*realidad científica*”, al entender que la infección producida por inoculación de microorganismos durante la infiltración intraarticular es causa suficiente para provocar la infección de la articulación.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la

Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

En el presente caso, cabe destacar que el informe pericial de parte ha sido elaborado por una especialista en Medicina Legal y Forense, que no en Traumatología, como correspondería para analizar la evolución clínica del paciente, de modo que es preciso cuestionar sus conclusiones a la vista del contenido de los informes tanto del Servicio

de Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos como, especialmente, de la Inspección Sanitaria. Es más, tal y como hemos indicado en dictámenes como el 227/17, de 1 de junio o el 14/19, de 7 de enero, es preciso destacar que su argumentación ha de rechazarse por cuanto incurre en la falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*. En su Sentencia de 26 de noviembre de 2015 (recurso 776/2013) el Tribunal Superior de Justicia de Madrid afirma que: *“Si es verdad que una causa precede a un efecto, no siempre lo es que un hecho anterior sea la causa de otro posterior. Se conoce tal modo de argumentar como falacia post hoc ergo propter hoc. Aparte de esa relación temporal necesitaríamos un medio de prueba que nos dijera y nos convenciera de que la mejoría del recurrente se produjo precisamente por el abandono de la medicación y no por cualesquiera otras circunstancias”*.

Además, el informe no se pronuncia en relación con los reproches contenidos en el escrito de reclamación, es decir, tanto la falta de medidas de asepsia en el momento de la infiltración como la ausencia de información a la paciente mediante la entrega del correspondiente documento de consentimiento informado.

En este punto hemos de recordar que si bien la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial, como ya hemos visto, recae sobre quienes la reclaman según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, dicha carga probatoria se puede modular en virtud del principio de facilidad probatoria, y así, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante y requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad (sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre -recurso no 3071/03- de 2 de noviembre de 2007 -recurso no 9309/03- de 7 de julio de 2008 -recurso no 3800/04-, y de 27 de junio de 2008 -recurso no 3768/04-).

Desde esta perspectiva, esta Comisión Jurídica Asesora ha venido manteniendo que en los supuestos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del citado principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección (Dictámenes 546/19, de 19 de diciembre, 126/16, de 26 de mayo y 271/16, de 30 de junio, entre otros). En este caso, en la historia clínica, a pesar de lo manifestado por la reclamante, consta que la infiltración se realizó *“bajo medidas de asepsia”*, y los informes médicos que obran en el procedimiento, tras la retroacción acordada, detallan las medidas de asepsia empleadas, tanto en el caso particular por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, como, de modo general, en los procedimientos de infiltración realizados en el centro hospitalario. Tales medidas, según el Servicio de Medicina Preventiva, son: *“a. Higiene de manos con solución hidroalcohólica. b. Asepsia de la zona a infiltrar con el antiséptico indicado en el Protocolo (en adultos, la desinfección de piel intacta previa a realizar una punción, incluyéndose en este apartado las infiltraciones articulares, se realiza con clorhexidina alcohólica al 2%). c. Manipulación aséptica del material de infiltración y de la zona a infiltrar con guantes estériles d. Una vez finalizada la infiltración, retirada de guantes e higiene de manos con solución hidroalcohólica”*, y su empleo en este supuesto concreto fue objeto de comprobación por el citado Servicio de Medicina Preventiva, tal y como consta en su propio informe.

Como ya tuvo ocasión de pronunciarse esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 26/16, de 26 de mayo y en el Dictamen 164/18, de 12 abril, entre otros, hay un porcentaje de infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario que no se pueden evitar en el actual estado de la ciencia, por lo que resulta de aplicación el artículo 34.1 de la LRJSP, conforme al cual no son indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias que no hayan podido evitarse

según el estado actual de conocimientos de la ciencia al tiempo de producirse.

Por ello, aun cuando el contagio se haya producido en el hospital y por tanto podría tratarse de una infección nosocomial, no por ello es un daño antijurídico, al haber quedado acreditado que se adoptaron las medidas profilácticas adecuadas, como recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de mayo de 2013, y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de febrero de 2013 (recurso 1243/2009).

Por otro lado, en cuanto al supuesto retraso en el diagnóstico de la infección en atención a las constantes que presentaba la paciente, el Servicio de Medicina Interna refiere en su informe que *“se nos consultó por presentar una artritis séptica, motivo por el cual había ingresado en el Servicio de Traumatología de nuestro centro. Ante el diagnóstico de infección se había iniciado tratamiento antibiótico precozmente con vancomicina, dado que la paciente tenía antecedentes de posible alergia a cefalosporinas. En el cultivo de líquido articular creció un Streptococcus pyogenes, sensible a los antibióticos habituales, por lo que el tratamiento se modificó a las 48 horas por ciprofloxacino y clindamicina, solicitándose un estudio por el servicio de Alergología para confirmar el diagnóstico de alergia a antibióticos. También se hizo manejo quirúrgico con lavado artroscópico y sinovectomía amplia, y tratamiento rehabilitador”*.

En consecuencia, concluye la Inspección Sanitaria que *“la patología de artrosis tricompartmental, que presenta la paciente, es previa al proceso infeccioso que ocurrió tras la infiltración, y no puede afirmarse, como hace la perito en su informe “que la secuela sea una artrosis secundaria a artritis séptica, valorada en 15 puntos”, puesto que existe una demostración por pruebas radiológicas previas que la artrosis tricompartmental, estaba presente, previa a la infiltración y que fue el*

motivo de que esta se realizase....El seguimiento y tratamiento de la paciente de la complicación surgida fue exquisito y poniendo a su alcance todas las medidas posibles para su curación”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso 409/2017): “...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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”

SEXTA.- Por lo que respecta al reproche relativo a la ausencia del documento de consentimiento informado, debemos partir de que el consentimiento informado supone “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud” (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, (en adelante Ley 41/2002).

También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3 Ley 41/2002).

El incumplimiento de brindar información suficiente al paciente, y la consiguiente omisión del consentimiento informado, constituyen una mala praxis. Según ha señalado el Tribunal Constitucional (STC 37/2011, de 28 de marzo) “el consentimiento y la información se

manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación”.

Además, como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 31 de enero de 2019 (recurso 290/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, *“no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado, sino también descuidos parciales”.*

Así, aunque el consentimiento en el ámbito sanitario debe ser, fundamentalmente de tipo verbal, la Ley 41/2002 establece que, en los casos de intervenciones quirúrgicas, así como en procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y/o con riesgo, deberá prestarse de forma escrita (artículo 8.2).

En este caso, tal como se indicó al relatar la secuencia de hechos acreditados, a la vista de la historia clínica e informes que obran en este expediente, la reclamante fue sometida a una infiltración en la rodilla con trigón, ácido hialurónico y mepivacaína *“bajo medidas de asepsia y consentimiento verbal”*, de modo que no consta el documento de consentimiento informado para dicha actuación con la firma de la reclamante. Dicha omisión se ha hecho notar por la Inspección Sanitaria, que concluye de modo terminante en su informe refiriendo que *“... ha habido un defecto de información, dado que al ser la infiltración de rodilla una técnica invasiva, se debería haber realizado, previo consentimiento informado escrito y firmado por la paciente”*. En tal sentido se ha pronunciado también esta Comisión Jurídica Asesora en diversos dictámenes relativos a supuestos similares, como el Dictamen 220/18, de 17 de mayo o el Dictamen 33/22, de 25 de enero.

Así pues, esta Comisión considera procedente estimar la reclamación en el indicado punto de la infracción del derecho a la información de la reclamante, sin perjuicio de que la actuación sanitaria en sí misma considerada no sea reprochable desde el punto de vista médico.

En estos casos la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo, como hemos señalado reiteradamente [así nuestro Dictamen 165/18, de 12 de abril, en el que se citan las sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)]. En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (P.O. 1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, y señala que la cuantía debe fijarse *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

Por ello, esta Comisión, como en dictámenes anteriores, valora el daño ocasionado por la falta de información suficiente con carácter previo a la infiltración de corticoides y anestésico en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, en 4.500 euros, tomando en consideración que, según consta en la historia clínica, la paciente recibió información verbal sobre la intervención a realizar.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada y reconocer una indemnización de 4.500 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante.

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 9 de marzo de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 119/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid