

Dictamen n.º: **323/25**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **19.06.25**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 19 de junio de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Cristina, tras la realización de una infiltración.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** La interesada anteriormente citada, por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 24 de agosto de 2021, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Cristina.

La interesada relata que, el 27 de septiembre de 2019, fue sometida a una infiltración en el hombro izquierdo, para tratarle un dolor que presentaba, que le fue aplicada por el equipo de Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Tras la infiltración, permaneció molesta un par de días y al coger peso le provocaba bastante dolor.

Por todo ello, acudió el día 16 de octubre de 2019 a su centro de salud y le dieron la baja laboral, durante dos días; aunque añade que, al regresar a su domicilio se encontró peor, vomitó y comprobó que tenía fiebre, regresando al indicado centro de salud, donde consideraron que estaba incubando un virus y de ahí que presentara esa sintomatología.

Continúa relatando que, el día 23 de octubre de 2019, presentaba un dolor insoportable y acudió varias veces al ambulatorio y al hospital, dónde le practicaron diversas pruebas, y al ver el estado en el que se encontraba, el traumatólogo le comunicó que tenían que operarla con urgencia, debido a una infección en el hombro.

La operaron de madrugada y le dejaron un drenaje que le quitaron a los dos días y, el 29 de octubre le dieron el alta, regresando el siguiente 4 de noviembre de 2019, a la Enfermería del hospital donde le quitaron cinco grapas y le curaron la herida. No obstante, esa misma tarde le empezó a supurar y tras llamar a Urgencias y derivarla al 061 y luego nuevamente al hospital, la revisó el traumatólogo de guardia, le explicó que no había cirujano y que podía esperar hasta el día siguiente aunque, según refiere la interesada, en ese momento la enfermera le apretó la herida y comenzó a salir bastante pus.

Al día siguiente, acudió a la Enfermería de Traumatología y cuando el enfermero vio la herida la derivaron a Urgencias, le realizaron varias pruebas y le indicaron que tenían que volver a operarla, para limpiar la herida, como ocurrió, colocándole un drenaje que le quitaron a los dos días siguientes.

Indica que, el día 15 de noviembre de 2019, cuando se levantó para ir al baño, su marido le dijo que tenía el camisón manchado, pues la herida nuevamente supuraba y debieron de volver a intervenirla, colocándole dos drenajes en esa ocasión, durante tres días más.

El día 25 de noviembre de 2019, explica que, tuvieron que tratarla con hierro y aplicarle dos bolsas de sangre, porque tenía la hemoglobina baja, comenzando ese día la rehabilitación para recuperar movilidad y en dos ocasiones, la doctora rehabilitadora la derivó a Urgencias porque supuraba por un punto, que no se acababa de cerrar. Finalmente, el día 29 de noviembre de 2019, tras hacerle una ecografía, le dieron el alta, recibiendo pautas y prescribiéndole diversa medicación.

Refiere que, en febrero de 2020 la vio el traumatólogo, comentándole que le iba a quedar dolor y que "*tendría que vivir con él*", continuando de baja laboral hasta el día 22 de julio, cuando le recomendaron el alta (trabajaba en una cadena de montaje con polipasto), si bien le indicaron que sería necesario valorar su adaptación al puesto de trabajo, seguir con fisioterapia, ejercicios de cinesiterapia y tratamiento para el dolor.

A la vista de todo lo expuesto, considera deficiente la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Cristina, al entender que las secuelas que sufre son consecuencia de la artritis séptica que sufrió tras una infiltración en el espacio subacromial del hombro izquierdo, por parte de Servicio de Traumatología. Además, afirma que no le entregaron, ni firmó, el correspondiente documento de consentimiento informado para la infiltración.

Por todo ello, para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización de 96.776,48€.

El escrito de reclamación se acompaña de diversa documentación médica y de un informe pericial suscrito por un valorador del daño corporal, licenciado en Medicina y Cirugía en coherencia con su reclamación, que incluye la valoración del importe reclamado, conforme a las previsiones de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación - folios 1 al 47-.

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

La reclamante, con 41 años en el momento de los hechos y sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, en fecha 27 de septiembre de 2019, acudió a consultas de Traumatología con el resultado de una ecografía del hombro izquierdo previamente realizada, ante un episodio doloroso de la zona, que mostraba calcificaciones en el tendón supraespinoso, en relación con tendinopatía calcificante.

Se consideraba igualmente en el informe que, la paciente era una trabajadora manual zurda, con dolor en el hombro izquierdo. Se le practicó exploración sin denotar limitación de balance articular, pero con dolor en la cara anterior, por lo que se le planteó una infiltración en el hombro afectado, pautándole tras la misma, reposo durante 24h y frío local.

Según ha quedado establecido en el expediente y ha sido verificado por la propia dirección del hospital, no se le entregó, ni firmó el correspondiente documento de consentimiento informado para la indicada técnica terapéutica. Tampoco hay más datos en historia clínica remitida a esta Comisión Jurídica Asesora sobre el procedimiento.

Con posterioridad, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina, el 23 de octubre de 2019, por no presentar mejoría del dolor en el hombro, manifestando la paciente que había empeorado a los 10 días de la infiltración, con aparición de fiebre termometrada, auto-limitada.

Hasta ese momento, se anotó que la paciente había tomado tratamiento analgésico, sin mejoría. En cuanto a la exploración del hombro, presentaba una limitación severa de la movilidad, por lo que se le solicitó analítica y radiografía, para descartar complicaciones del procedimiento de la infiltración, que era el diagnóstico diferencial principal.

Se solicitó, además, tras una segunda exploración y sin hallazgo de patología ósea aguda, una ecografía de partes blandas y en dicha ecografía, se detectó líquido rodeando superiormente el tendón supraespinoso, compatible con una bursitis subdeltoidea y derrame articular en la zona medial y subescapular. También se observó una discreta sinovitis de la porción larga del bíceps, así como edema de partes blandas profundas periarticulares anteriores y tendinopatía crónica del supraespinoso.

A la vista de todo ello, se concluyó que existía indicación quirúrgica, proponiendo un lavado articular intraoperatorio, por posible artritis séptica y drenaje del líquido patológico. Se informó a la paciente, que firmó el documento de consentimiento informado de la intervención y de la anestesia.

La intervención transcurrió sin incidencias, tomando muestras del líquido articular, que fueron enviadas al laboratorio para cultivo y para un antibiograma. Se le aplicó tratamiento antibiótico intravenoso y se le pautó analgesia y antibioterapia de amplio espectro, a la espera de los resultados del laboratorio microbiológico.

Se observó una clara mejoría desde el segundo día de la intervención, retirando el drenaje de la herida.

Analíticamente, se constató un importante descenso de los reactantes de fase aguda, indicativos de infección.

El 29 de octubre de 2019, se obtuvo el resultado del cultivo y del antibiograma, con aislamiento de *S. Aureus*, *K. Pneumoniae*, y *E. Coli*, sensibles a las quinolonas los tres gérmenes; ajustando el tratamiento antibiótico y manteniendo el mismo durante 6 semanas, a completar tras el alta, cuando le restaban aún 5 semanas.

Fue finalmente dada de alta hospitalaria, en fecha 29 de octubre de 2019.

El 4 de noviembre de 2019, la paciente acudió a revisión en consulta de curas de Enfermería y, tras el lavado de la herida con suero y la retirada de las grapas, se le realizó una cura con betadine y apósito y, se le dieron indicaciones precisas para efectuar las siguientes en su domicilio, proporcionándole el material adecuado y citándola para revisión.

Acudió la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina al día siguiente –el 5 de noviembre de 2019–, ya que le supuraba la herida quirúrgica, según se anotó en la asistencia.

A la exploración se visualizó herida quirúrgica con *“escasa supuración aparentemente purulenta, sin eritema (enrojecimiento) ni otros datos de celulitis”*. Se drenó y se recogió muestra del exudado para analizarlo.

En esa misma fecha, se volvió a valorar en consultas externas, visualizando drenaje más franco de líquido purulento, ante lo cual se derivó a la paciente a Urgencias y se le pidió una ecografía urgente.

Al comprobar que la herida quirúrgica estaba infectada, principalmente por debajo del músculo deltoides, delimitando con la capa profunda por el pectoral y por la musculatura del manguito rotador y con probable infiltración en las capas musculares; se planteó valoración preoperatoria y tratamiento consistente en un nuevo lavado articular quirúrgico.

Se anotó que la paciente comprendía la intervención y firmó el documento de consentimiento informado.

Antes de pasar al quirófano, se realizó interconsulta a Medicina Interna para efectuar un correcto ajuste de la terapia antimicrobiana, debido al fracaso terapéutico de la anterior pauta, recomendando tratamiento consistente en cloxacilina y cefotaxima, hasta el resultado del nuevo cultivo.

En la intervención, se desarrolló el lavado quirúrgico sin incidencias descritas, drenando una gran cantidad de contenido purulento subcutáneo y subpectoral, así como componente purulento, en cantidad moderada, alojado en el espacio subacromial y subdeltoideo posterior e inferior. Los tejidos se describieron como no necróticos, ni friables.

Durante el postoperatorio se pautó analgesia, tratamiento antibiótico y fluidoterapia; colocando drenaje en la zona quirúrgica, con escaso contenido serohemático.

La paciente fue dada de alta a planta, para continuar vigilancia, tras constatar el buen control del dolor y la movilidad de los dedos del miembro superior izquierdo.

Se realizó interconsulta a Medicina Interna para establecer una pauta correcta del tratamiento antibiótico, manteniendo la cobertura antibiótica de los gérmenes filiados en el ingreso previo, durante al menos 7-10 días por vía parenteral, colocándole un acceso venoso (PIC) para aplicar el tratamiento descrito.

Consta que se efectuó un control estrecho del postoperatorio, con adecuada movilidad, coloración y sensibilidad distal del miembro intervenido y control del dolor.

Se le retiró finalmente el último drenaje, el día 11 de noviembre de 2019, siendo el sexto día del postoperatorio, tras constatar que no supuraba y sin producirse incidencias, permaneciendo la paciente afebril, con buen control del dolor y un adecuado aspecto de la herida quirúrgica.

Pese a todo, la paciente debió regresar a las Urgencias hospitalarias el día 15 de noviembre de 2019, al constatar menor movilidad del miembro superior izquierdo y mayor dolor. Se le practicó una ecografía urgente denotando una colección infecciosa heterogénea y un hematoma extenso adyacente a la cicatriz quirúrgica e inmediatamente inferior al tejido subcutáneo.

Ante tales circunstancias se decidió una nueva intervención quirúrgica, con lavado intraarticular, para el tratamiento directo del foco infeccioso, drenar la colección y tomar muestras. Se realizó dicha intervención el propio 15 de noviembre de 2019, constando el correspondiente documento de consentimiento informado.



La intervención se desarrolló sin incidencias, extrayendo una nueva muestra de cultivo, para la evaluación del eventual crecimiento de algún otro germen, fuera de los descritos en limpiezas previas. Se dejó un drenaje de redón de la herida quirúrgica y se pautó tratamiento analgésico y antibiótico postoperatorio intravenoso.

Consta un estrecho seguimiento de la paciente durante ese ingreso y la detección de anemia, inicialmente tratada con hierro y finalmente, necesitando la transfusión de 2 concentrados de hematíes, el día 23 de noviembre de 2019. La historia clínica no refiere otras incidencias significativas, resultando las constantes en rango normal y permaneciendo la paciente afebril en todo momento, con buen aspecto de la herida quirúrgica y sin drenaje patológico de la misma.

La reclamante inició tratamiento rehabilitador con ejercicios durante el ingreso, desde el decimoprimer día del postoperatorio –el 26 de noviembre de 2019- y con igual fecha se solicitó ecografía, ante la buena evolución, para valorar su posible alta hospitalaria y la continuación de la recuperación domiciliaria.

La ecografía fue realizada el 28 de noviembre de 2019, con reducción significativa de las colecciones anteriormente descritas, sobre todo en la zona subyacente a la herida quirúrgica; procediendo al alta hospitalaria el día siguiente, el 29 de noviembre de 2019.

La paciente fue revisada posteriormente en consultas externas de Traumatología y Rehabilitación, tras el alta hospitalaria.

El 22 de julio de 2020, a los 8 meses de la última cirugía, se anotó que la herida quirúrgica se encontraba cerrada completamente; aunque la paciente refería persistencia del dolor a

nivel de la cara anterior de hombro peri-cicatricial, emitiéndose diagnóstico clínico de síndrome residual doloroso, post artritis séptica, en el hombro izquierdo.

En dicha atención se pautó analgesia y se recomendó el alta laboral, por el especialista, según informe evolutivo.

En consulta de Traumatología del 17 de febrero de 2021, la paciente volvió a expresar empeoramiento del dolor, ante lo que se le solicitó una ecografía, sin hallazgos relevantes.

Se ofreció a la paciente, someterla a tratamiento con una nueva infiltración, que rechazó, por no implicar la posibilidad de mejoría terapéutica y, dado el dolor residual, sin hallazgos patológico adicionales, se cursó el alta de las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

**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), comunicándose a la interesada el día 9 de septiembre de 2021, con indicación del sentido desestimatorio del eventual silencio, transcurrido seis meses sin resolución expresa -folios 47 al 49-.

El día siguiente, 10 de septiembre de 2021, se notificó el siniestro a la aseguradora del SERMAS.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del centro hospitalario contra el que dirige la interesada su reclamación de responsabilidad patrimonial, el Hospital Universitario Infanta Cristina (folios 38 a 163 del expediente), correspondiente a las asistencias dispensadas desde el día 24 de octubre de 2019. En la misma no consta información clínica alguna

sobre el acto de la infiltración del día 27 de septiembre de 2019, ni tampoco referencia a las asistencias en Atención Primaria, que relata la interesada en su reclamación.

No obstante, entre la documentación remitida -folios 72 al 86-, constan los documentos de consentimiento informado para la limpieza articular del hombro izquierdo de la paciente y las de las correspondientes técnicas anestésicas, de fechas 27 de octubre, 5 y 15 de noviembre de 2019, así como el de la transfusión del 23 de noviembre de 2019.

Posteriormente, se ha emitido informe por el responsable del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina, firmado el 24 de septiembre de 2021, explicando que las infiltraciones subacromiales de medicación corticoidea son una técnica habitual en Traumatología, poco invasiva y con muy pocos riesgos asociados a su uso. Los riesgos conocidos afectan a pacientes con hipertensión controlada o glucemia difícil de ajustar, que no se daban en este caso.

En cuanto a su indicación y desarrollo en este caso, el informe explica: *“La paciente fue vista en consulta 27 de septiembre de 2019, con el diagnóstico de síndrome subacromial hombro izquierdo por tendinitis calcificante en ecografía. El tratamiento inicial en esta patología consiste en rehabilitación, si hay déficit funcional o infiltración subacromial de medicación corticoidea, si predomina la sintomatología dolorosa. En este caso se optó por este segundo tratamiento, dado que la movilidad estaba conservada y el síntoma principal era el dolor de origen subacromial.*

*Por regla general la infiltración subacromial es un procedimiento rutinario a realizar en consulta, sin necesidad de preparación especial más allá de descartar alergia a la medicación a infiltrar en el espacio*

*subacromial - es importante diferenciar la infiltración subacromial de la infiltración intraarticular, dado que el espacio subacromial está accesible bajo el hueso acromial de la escápula.*

*Le técnica de infiltración subacromial se lleva a cabo tras información oral dados los escasos riesgos asociados al pinchazo y a la propia medicación, que suele producir en paciente con hipertensión mal controlada o glucemia difícil de ajustar alteraciones de las mismas. No era el caso de la paciente objeto de reclamación, en la que no constaban ninguna de las anteriores patologías. Como efecto colateral está descrito el enrojecimiento facial”.*

Se explican las medidas de asepsia aplicadas durante su práctica, señalando que, de forma rutinaria se aplican cuidados de asepsia con guantes estériles y desinfección de la zona a infiltrar, con tintura de clorhexidina; aunque como en todo pinchazo de profundidad, existe riesgo de infección del trayecto de la inyección, estando descritas flebitis por accesos venosos periféricos, abscesos en musculatura glútea por inyecciones intramusculares o bacteriemias por accesos venosos centrales, a pesar de la asepsia y de la preparación adecuada, que es lo que ha ocurrido en este caso.

Seguidamente se detallan los procedimientos empleados para la resolución de la infección y se valora su continuidad y acomodo a la buena praxis médica, indicando que, ese servicio ha actuado con la máxima atención y dedicación, una vez debutaron los síntomas de la infección, hasta la finalización del proceso traumatológico -folios 165 y 166-.

Consta a continuación una solicitud efectuada por la Inspección Médica, de fecha 6 de junio de 2022, referida al documento de consentimiento informado para la realización de la infiltración, que centra la reclamación de la paciente -folio 168- y su contestación por parte del director gerente del Hospital Universitario Infanta Cristina,

que confirma la inexistencia del indicado documento de consentimiento informado para la realización de la infiltración en el hombro de la paciente -folio 169-.

El 20 de mayo de 2024, se emitió un primer informe por la Inspección Sanitaria que, analiza la historia clínica de la reclamante y el informe emitido en el curso del procedimiento, formula las oportunas consideraciones médicas y la valoración sobre las infiltraciones corticoideas y la artritis séptica que se produjo y concluye que, el riesgo materializado no determina *per se* mala praxis en la infiltración, resultando el seguimiento efectuado completamente adecuado. Pese a todo, establece que, no es acorde a *lex artis*, la realización de un procedimiento invasivo sin documento de consentimiento informado, en el que se le explique el procedimiento y los riesgos del mismo a la paciente, como ocurre en el caso que nos ocupa, por referencia a la infiltración practicada - folios 170 al 180-.

Teniendo por concluida la instrucción del procedimiento, el día 5 de noviembre de 2024, se concedió el trámite de audiencia y alegaciones finales a la reclamante -folio 183-.

La interesada efectuó alegaciones finales el día 13 de noviembre de 2024, reiterándose en sus pretensiones iniciales y aportando un informe de seguimiento de 23 de marzo de 2023, donde consta que persistían los dolores en el hombro -folios 185 al 192-.

Finalmente, el 30 de noviembre de 2024, se elaboró por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, una propuesta de resolución en la que se interesa estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial por un importe de 9.000 €, por infracción del derecho a la información de la paciente.

Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 9 de diciembre de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo y, mediante el subsiguiente dictamen 13/25, de 9 de enero, esta Comisión Jurídica Asesora consideró que era necesario retrotraer el procedimiento, por cuanto en su desarrollo, se había omitido toda referencia documental a la actuación propiamente cuestionada: el desarrollo de la infiltración que se le practicó el 27 de septiembre de 2019, en las consultas externas del Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina; así como las asistencias posteriores, en el centro de salud de la afectada, a la que habría acudido en los primeros días, por molestias y diversa sintomatología, que la reclamante asocia a la referida infiltración, de forma que únicamente se documentaban las asistencias desde el 24 de octubre de 2019.

De esa forma se indicó que debería adicionarse la indicada documentación y, posteriormente, conceder traslado a la Inspección Médica, para que valorase si se ratifica en su informe o lo amplía en el sentido que considerase procedente. Más tarde, debería repetirse el trámite de audiencia a la reclamante y, valorando todo ello y las eventuales alegaciones finales, elaborarse una nueva propuesta de resolución, que se remitiría a esta Comisión Jurídica asesora.

Conforme a lo indicado, el procedimiento ha sido completado adicionando la historia clínica que documenta la asistencia en Atención Primaria, en el Centro de Salud, de Las Américas -folios 180 al 190-.

En las asistencias referidas, el día 16 de octubre de 2019, se anotó que, *“omalgia izquierda desde hace 3 días, traumática. Trabaja cogiendo peso. Le han infiltrado en COT el 27/9, cita de revisión en febrero. Afebril.*

*Exploración física: dolor en cara anterior del hombro izquierdo, impotencia funcional, impresionan tendinitis. Contractura de trapecios. Prescribo Ibuprofeno /8h, diazepam 5mg durante 1 semana. Calor local seco y reposo relativo. Si no mejora, volver a consultar”.*

Consta igualmente una atención de esta paciente, que acudió sin cita programada al mismo centro de salud, el día 18 de octubre, por un vómito matinal asociado al diclofenaco, sin reflejarse en la asistencia mayores complicaciones, asociando el cuadro a “*posible viriasis*” y otra del 21 de octubre, por dolor e inmovilidad del hombro. Asimismo se recogen las referencias a los posteriores tratamientos e ingresos hospitalarios, tales como la artrotomía y lavado intraarticular del 29 de octubre, con ingreso por sospecha de artritis séptica; otra asistencia del 5 de noviembre, por presentar salida del material seroso en la zona de la herida quirúrgica; el nuevo ingreso hospitalario del 5 al 29 de noviembre de 2019 y las siguientes revisiones, tratamientos y seguimientos, incluso telefónicos, durante el periodo del confinamiento por la pandemia por la Covid-10. La última asistencia en Atención Primaria documentada es del 20 de octubre de 2023, recogiendo el alta de rehabilitación en Atención Primaria, en el “*Área de Personas con Patología del Miembro Superior*”.

Además, se ha emitido un informe del médico de familia de la paciente, de 21 de febrero de 2025 –folios 230 y 231–, que relata secuencialmente las asistencias en Atención Primaria y destaca que, en junio de 2021, al ser dada de alta en Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, se le recomendó acudir a la Unidad del Dolor o una nueva infiltración, que la paciente descartó y que, entre septiembre y octubre de 2023, realizó fisioterapia en Atención Primaria.

También se ha emitido un informe complementario de Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, de fecha 28 de enero de 2025, que reitera que, *“no existe documento de consentimiento informado para realización de infiltración en el hombro de la paciente”*.

En relación con las asistencias clínicas realizadas durante el desarrollo del procedimiento de la infiltración que se le practicó el 27 de septiembre de 2019, en las consultas externas del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, se indica que consta la anotación en el correspondiente espacio informático para los profesionales del SERMAS, sin mayores datos sobre su desarrollo y que, revisado el informe preceptivo que fue emitido con anterioridad, el 24 de septiembre de 2021, se advierte un error aritmético ya que, en el apartado de las conclusiones, se indica erróneamente que la infección se produjo 9 días después de la infiltración, cuando lo correcto son 26 días, como se desprende del historial clínico remitido -folios 193 y 194-.

Seguidamente, se ha incorporado un informe complementario de la Inspección Sanitaria -folios 234 al 239-, de fecha 4 de marzo de 2025, que se ratifica en que la indicación de infiltración ante patología tendinosa en hombro izquierdo y clínica de limitación y dolor, es acorde a *lex artis*, pese a lo cual considera que medió un defecto de información, por cuanto se omitió el documento de consentimiento informado para la técnica de la infiltración.

Así, afirma: *“No es acorde a lex artis, la realización de un procedimiento invasivo sin documento de consentimiento informado en el que se le explique el procedimiento y los riesgos del mismo a la paciente, como es el caso que nos ocupa”*.



También considera ajustado a la *lex artis* el seguimiento y tratamiento posterior, tanto en la Atención Primaria, como en la hospitalaria.

Concedido trámite de audiencia a la reclamante, el día 28 de abril de 2025- folio 243-, la interesada efectuó alegaciones finales el día 6 de mayo de 2025, reiterando sus pretensiones y afirmando que, no solo estuvo de baja durante muchos meses por causa de la complicación de la infiltración, sino que le han quedado secuelas, físicas y estéticas, que considera suficientemente acreditadas.

Sin más trámites, consta formulada la propuesta de resolución sometida a esta Comisión Jurídica Asesora, de 14 de mayo de 2025, que interesa la estimación parcial de la reclamación de responsabilidad patrimonial, reconociéndole una indemnización de 9.000€, por la ausencia del documento de consentimiento informado.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de mayo de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 271/25, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera 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, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el

Hospital Universitario Infanta Cristina, centro sanitario integrado en la red sanitaria del SERMAS.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, la reclamación se formula el 24 de agosto de 2021, cuestionándose una infiltración efectuada el 27 de septiembre de 2019, que determinó diversas asistencias posteriores, por sus múltiples complicaciones, constando que, en el mes de febrero de 2021, pese al dolor residual, se cursó el alta de la paciente en las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Considerando por tanto esta última fecha, debemos tener la reclamación formulada por presentada en plazo legal.

En cuanto al desarrollo del procedimiento, observamos que, en esta segunda ocasión ya sí puede considerarse adecuadamente tramitado, al documentarse al completo las asistencias cuestionadas y las posteriores en relación con la misma; haberse emitido los informes de los servicios involucrados en la asistencia -además del de la Inspección Sanitaria-; concederse el oportuno trámite de audiencia a la interesada y, finalmente, elaborarse una propuesta de resolución sometiéndola a esta Comisión Jurídica Asesora.

**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. 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 concurrencia 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*”.

**CUARTA.-** En la reclamación que nos ocupa, la interesada aduce que concurrió mala praxis en la infiltración en el hombro izquierdo a que se la sometió el 27 de septiembre de 2019, en las consultas externas del Hospital Universitario Infanta Cristina, para tratarle el dolor que presentaba y, además, que se vulneró su derecho a la información clínica, puesto que no fue previamente informada de las consecuencias que esa actuación médica le podría ocasionar, entre ellas el riesgo de infección que la propia técnica podría conllevar y que efectivamente se materializó en su caso.

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 a la 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 no ha incorporado al procedimiento ninguna documentación que avale la mala praxis que pretende, en lo referente al desarrollo mismo de la técnica de la infiltración, deduciendo esa valoración del simple hecho de haber sufrido una complicación infecciosa. Por el contrario, no consta referencia alguna a irregularidad en el desarrollo de la técnica en la historia clínica remitida, ni en el preceptivo informe del servicio implicado, resultando que su práctica se desarrolló sin ninguna incidencia reseñable y, lógicamente, bajo las preceptivas medidas de asepsia, constatándose las primeras manifestaciones infecciosas pasados 26 días.

Por lo demás, según explica la Inspección Médica, las infiltraciones articulares y de partes blandas son un recurso importante para el tratamiento del dolor y la limitación funcional. Se trata de una técnica que, aplicada con un adecuado conocimiento, es considerada valiosa y bastante segura.

Se añade que, una infiltración consiste en la inyección local de un medicamento, que será diferente en función del sitio anatómico, de la patología causal y de la acción terapéutica buscada. Suele ser llevada a cabo por especialistas traumatólogos y reumatólogos y cada

vez resulta ser más ampliamente utilizada. Al administrar la molécula activa en la proximidad del tejido diana, las infiltraciones son una alternativa terapéutica muy útil en la patología osteoarticular, pues mejoran significativamente la eficacia local del medicamento y disminuyen los efectos sistémicos y, los efectos secundarios.

Se explica que, aunque se realizan con frecuencia, deben ser caracterizados como procedimientos invasivos, debido a la necesidad de puncionar la piel y a las molestias que ello puede causar y sus posibles riesgos. Así, las complicaciones de las infiltraciones de corticoides incluyen la hemorragia, la infección y atrofia de partes blandas en el lugar de la inyección y, también se ha citado el debilitamiento del tendón, posiblemente con una mayor incidencia de rotura tendinosa.

De lo indicado se desprende que, las complicaciones infecciosas resultan ser una de las que pueden darse tras emplear esta técnica, por lo que resultan incluidas en los modelos normalizados de los documentos de consentimiento informado al uso y, esa misma circunstancia, en caso de materializarse el riesgo, elude su antijuridicidad.

Lo expuesto enlaza directamente con el reproche relativo a la ausencia del documento de consentimiento informado para la infiltración, en este caso.

Sobre el particular, 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 la obligación de brindar información suficiente al paciente y la consiguiente omisión del documento de consentimiento informado, constituyen sin duda un supuesto de mala praxis. Según ha señalado por 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 los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter invasivo y/o con riesgos especiales, deberá prestarse de forma escrita (artículo 8.2).

En este caso, la documentación referida al desarrollo de la infiltración, según resulta de las escasas referencias sobre su desarrollo documentadas -que, además, primero se omitió en la historia clínica remitida, dando lugar a la retroacción del procedimiento-, no resulta indicativa de que se proporcionara a la



paciente la información verbal antes citada, por lo que debemos entender que se omitió, igualmente.

Dicha omisión, además, se ha reconocido directamente por el responsable del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital, que así lo indica expresamente en su informe complementario, de 28 enero de 2025, e igualmente se hecho notar por la Inspección Sanitaria, que concluye de modo terminante en su informe: *“No es acorde a lex artis, la realización de un procedimiento invasivo sin documento de consentimiento informado, en el que se le explique el procedimiento y los riesgos del mismo a la paciente, como es el caso que nos ocupa”*.

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, el dictamen 33/22, de 25 de enero o el dictamen 119/23, de 9 de marzo.

Lo indicado, no determina que la práctica médico asistencial referida a la propia infiltración sea inadecuada, en este caso. Efectivamente, el mismo informe de la Inspección valora adecuadamente, tanto la indicación misma de la infiltración *“la atención del paciente en Atención Primaria, entre el 16 y el 19 de octubre de 2019, se alinea con una práctica clínica habitual basada en la historia médica de dolor de hombro ya presente y documentada de la paciente, sin indicios claros de una complicación aguda como la artritis séptica, ni sintomatología asociada al momento de la atención”*, como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la complicación infecciosa producida.

No obstante, esta Comisión considera procedente estimar la reclamación en cuanto a la infracción del derecho a la información clínica 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 omisión total de la información clínica correspondiente a la infiltración analizada, en 9.000€.

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 9.000 €, 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 19 de junio de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 323/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid