

Dictamen Núm. 178/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de octubre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la falta de retirada de la sutura quirúrgica en una intervención, que entiende causante de una infección tardíamente detectada.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 30 de diciembre de 2024 se presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial, firmada por el reclamante, dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños sufridos “al no retirársele (...) la sutura quirúrgica” tras una cirugía de hernia discal en el Hospital “X”. Expone que, “durante el posoperatorio de la primera operación (...), no se le retira la sutura quirúrgica como consecuencia de que la enfermera no

puede divisar los dos cabos distales `y la sutura desaparece bajo la piel´”, incidiendo en que en el historial clínico del Centro de Salud, “en ningún momento se describe que se hubiera procedido a retirar la sutura de su herida quirúrgica”.

Sigue relatando que, “tres meses después de la cirugía de la hernia discal L-5 S1 izquierda, y tras referir (...) en muchas ocasiones la persistencia de dolor, se solicita estudio RMN por mala evolución posoperatoria. La imagen se informa como colapso L4-L5 con hiperseñal y captación del disco, marcada irregularidad de los platillos vertebrales debido a erosiones, intenso edema óseo y captación del hueso subcondral y de gran parte de los cuerpos vertebrales L4 y L5. Engrosamiento de tejidos blandos prevertebrales con relación a cambios flemonosos que se encuentran abscesificados con pequeñas colecciones en el espacio prevertebral y en el trayecto de la laminectomía./ Todo ello sugiere complicación con sobreinfección osteodiscal del espacio”.

Afirma que “al no retirársele (...) la sutura quirúrgica (...) tras la primera cirugía y dejar que esta penetrara en la piel se produce la infección causante de todos los padecimientos y secuelas señalados” y que, “a pesar de los dolores que (...) refiere continuamente, no se detecta la existencia de dicha infección en ninguno de los controles que realiza hasta la fecha referida lo que contribuye sin duda a que las consecuencias de la misma sean de la gravedad descrita”.

Añade que es operado en el Hospital “X” por segunda vez el 22 de marzo de 2023 -permaneciendo ingresado hasta el 11 de abril-, tras lo que se somete a tratamiento rehabilitador, que finaliza el 29 de diciembre de 2023. Señala que “es dado de alta el 9 de febrero de 2024 como acredita el informe” del Servicio de Traumatología, donde se pauta “un control en seis meses con estudio de raquis lumbar y sacro y aconseja continuar con ejercicios aprendidos”.

Fija el *quantum* indemnizatorio en doscientos veinticuatro mil setecientos treinta y cinco euros con sesenta y cinco céntimos (224.735,65 €), que desglosa.

Aporta un escrito privado por el que otorga un “poder general para que el apoderado pueda actuar en nombre del poderdante en cualquier actuación

administrativa y ante cualquier Administración Pública”, así como diversa documentación médica.

2. Mediante oficio de 17 de enero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo para resolver y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el día 18 de febrero de 2025 la Gerente del Área Sanitaria V le remite copia de la historia clínica del afectado y los informes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y del de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “X”.

El informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 17 de febrero de 2025, expone que el paciente fue remitido por el Servicio de Traumatología el 20 de octubre de 2022 y que, en la primera consulta -el día 14 de diciembre de ese año-, manifiesta encontrarse igual o peor que antes de la intervención, constatándose “en la exploración” la ausencia de “alteraciones cutáneas, con cicatriz plana, no dolorosa ni adherida”; se le pauta un tratamiento fisioterápico con carácter preferente, que comenzó el 16 de diciembre de 2022, acudiendo dos días por semana hasta el 3 de marzo de 2023. Señala que, en la revisión del 6 de marzo de 2023, el reclamante “refería encontrarse igual o peor y que desde hacía una semana notaba la zona de la intervención inflamada y caliente, sin fiebre (...), pendiente de RMN (...). Dada la sospecha de complicación quirúrgica se recomendó revisión preferente por Traumatología”. Explica que, tras ser intervenido por segunda vez, fue remitido nuevamente por el Servicio de Traumatología para rehabilitación el día 2 de junio de 2023, siendo atendido en consulta el 5 de julio de 2023, donde se le pauta tratamiento fisioterápico preferente y se ajustó el farmacológico. Inició la

fisioterapia el día 10 de julio de 2023 hasta su finalización el 28 de diciembre del mismo año. Indica, finalmente, que durante el mes de agosto el paciente refiere mejoría y que, en la exploración de la última revisión -el 29 de diciembre de 2023-, únicamente muestra "limitación de últimos grados de flexión", siendo dado de alta ese mismo día.

El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 31 de enero de 2025, refleja que el interesado fue atendido en las consultas externas del Servicio, remitido desde el Hospital "Y", el 7 de abril de 2022 "con el cuadro de lumbociatalgia izquierda, e incluido en lista de espera quirúrgica en dicha consulta con el diagnóstico de hernia discal L5-S1 con indicación de microdiscectomía. El paciente fue informado sobre el tipo de tratamiento quirúrgico una vez agotadas las alternativas conservadoras y firmó el consentimiento informado./ El día 28-09-2022 (se) interviene quirúrgicamente: microdiscectomía L5-S1 sin evidenciarse incidencias intraoperatorias./ El posoperatorio inmediato cursó sin complicaciones y cursa alta hospitalaria al día siguiente a la cirugía con buena evolución clínica y dolor controlado. (...) cursó seguidamente las revisiones habituales en los pacientes posoperados por discectomía lumbar". Aclara que "el 7 de marzo de 2023, a los seis meses de la cirugía, se adelanta cita de revisión por mala evolución de la herida quirúrgica. Ante esto se realiza resonancia en la que se sospecha infección profunda (discitis), por lo que se programa cirugía de lavado y desbridamiento que se lleva a cabo el 29 de marzo, administrándose a continuación el tratamiento antibiótico empírico", siendo alta hospitalaria el 11 de abril.

Explica que "la infección de sitio quirúrgico es un riesgo inherente a toda cirugía (...). Es por ello que viene correctamente descrita en el consentimiento informado específico que está firmado por nuestro paciente, que además fue informado verbalmente por su traumatólogo de dichos riesgos". Añade que, "en la primera revisión a las tres semanas de la cirugía, consta específicamente la buena evolución de la herida quirúrgica" y que "en el momento que hubo sospecha clínica de infección se actuó rápida y diligentemente, tanto en la

valoración clínica como en la realización de las pruebas complementarias necesarias y en la programación del tratamiento quirúrgico y antibiótico, tal como queda reflejado en la historia clínica”.

Advierte que “en la cirugía se constató la existencia de un absceso profundo que desembocó en una fístula que acabó produciendo la apertura de la herida quirúrgica. Esto, además de los hallazgos de la RMN (discitis), apoyan el hecho de que la infección se produjo en planos profundos y no a consecuencia de la manipulación de la herida según se afirma en el escrito presentado”.

Por último, destaca que, si bien “la infección de sitio quirúrgico retrasa la recuperación de los pacientes que la sufren”, en este caso “parece por la valoración clínica descrita en la historia (del paciente) que la recuperación, finalmente, ha sido completa”.

Entre la documentación trasladada, figuran los sucesivos documentos de consentimiento informado suscritos por el interesado. El 27 de septiembre de 2022 firma el referido a laminectomía y discectomía por hernia discal, en que se describen como riesgos típicos “los generales de toda intervención quirúrgica”, mencionando expresamente trece, seguidos de la expresión “y otras”. El primero de ellos es la “infección”. Como riesgos específicos contempla seis, que describe. En quinto lugar, aparece la infección de la herida, de la que se dice que “puede ser superficial o profunda y puede requerir una nueva intervención quirúrgica para limpiar todo el tejido infectado. Si la infección afecta las estructuras neurológicas y el líquido cefalorraquídeo que las envuelve puede producirse una meningitis”. No se incluyen riesgos personalizados.

Consta firmado otro documento de consentimiento informado para laminectomía y discectomía por hernia discal el 7 de abril de 2022 con idéntico contenido.

La historia clínica remitida por el centro de salud describe, por orden cronológico, los episodios sufridos en relación con “hernia discal lumbar”. El día 26 de octubre de 2022 se deja la siguiente nota de progreso: “sutura de un mes. Intento retirar la sutura continua y refiere un gran dolor el paciente. Al final, no

puedo divisar los dos cabos distales y la sutura desaparece bajo la piel. Se explica que debe revisar si sale cuerpo extraño o se reabsorbe solo” (página 7). A continuación, el 11 de abril de 2023 se refleja la “sospecha de infección de HQ de microcirugía HDL5-S1 izquierda”, dejándose constancia de que “con estudios preoperatorios dentro de límites normales y con el consentimiento del paciente es intervenido el día 29-03-2023 procediendo a toma de muestras, desbridamiento y lavado de infección microdiscectomía L5-S1 izquierda (...). Control de la herida quirúrgica. Si presentase alguna complicación, y previa valoración de su médico, acudirá al Servicio de Urgencias para ser valorado o a coordinación (de consultas externas) para adelantar la fecha de su revisión. Fármacos (...). Antibioterapia. Continuará con la medicación previa al ingreso bajo control de su médico de familia”.

4. Previa petición de la Instructora del procedimiento, el 3 de abril de 2025 la Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica de Atención Especializada referida al periodo de hospitalización comprendido entre el 22 de marzo y el 11 de abril de 2023.

En la denominada historia Selene se incluye el informe clínico de alta de 22 de marzo de 2023, donde se recoge que “se trata de un paciente de 36 años, realizada hoy RMN lumbar por mala evolución posoperatoria, sospecha de infección de HQ de microcirugía HDL5-S1 izquierda de 6 meses de evolución” y que, en el resumen de pruebas complementarias, explica el resultado de la “RMN: trayecto de microcirugía con parcial laminectomía izquierda en L4/L5./ Colapso L4/L5 con hiperseñal y captación del disco, con pérdida de definición y marcada irregularidad de los platillos vertebrales colindantes debido a erosiones, intenso edema óseo y captación del hueso subcondral y de gran parte de los cuerpos vertebrales L4 y L5./ Engrosamiento de los tejidos blandos prevertebrales y en el trayecto de ambos agujeros de conjunción y en menor medida del espacio epidural anterior e interfacetarias de este segmento, en relación con cambios flemonosos que se encuentran abscesificados con

pequeñas colecciones en el espacio prevertebral y en el trayecto de la laminectomía./ En este último los cambios abscesificados se extienden hasta nivel subcutáneo. Todo ello sugiere complicación con sobreinfección osteodiscal del espacio”.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 8 de abril de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, suscrito por una especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En sus conclusiones, respecto a la primera operación destaca que “tanto la indicación quirúrgica como la técnica realizada fueron correctas” y que “no se produjeron complicaciones en el posoperatorio precoz, presentando buena evolución de la herida quirúrgica, sin signos de infección”. Tras exponer que “se le había realizado una sutura intradérmica reforzada con puntos de aproximación (puntos de papel) y que debía realizar curas en el centro de salud”, explica que “una sutura intradérmica continua es una sutura realizada en la capa más superficial de la piel, dejando los cabos del hilo por fuera en los extremos de la herida”. Deja patente en las conclusiones que “se anotó en la historia clínica del centro de salud que el 26 de octubre de 2022 se intentó extraer la sutura intradérmica continua, pero no fue posible”, e indica que “en marzo de 2023 comenzó a presentar signos inflamatorios en el sitio quirúrgico, localizándose una infección profunda del espacio intervenido”.

Recuerda, finalmente, que “la infección profunda es una de las complicaciones posibles de la cirugía realizada, que figuraba en el consentimiento informado que firmó” y que “no puede atribuirse a la persistencia de la sutura intradérmica”, ratificando que “se manejó correctamente mediante limpieza quirúrgica (...) y antibioticoterapia, consiguiéndose (la) resolución de la infección”.

6. Mediante oficio notificado al interesado el 3 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo

de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 27 de junio de 2025 se presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones firmado por el reclamante, en el que reitera sus pretensiones. Afirma que la primera intervención se produjo “con cierre de la herida quirúrgica mediante sutura no reabsorbible (hilo de sutura externo)”, y que “tras la cirugía, no se procedió a retirar la sutura de la herida en el tiempo y forma debidos. Esta circunstancia consta en la historia clínica (...), donde se recoge que en las curas posoperatorias quedó material de suturas sin extraer. En otras palabras, el paciente recibió el alta o continuó su recuperación con un cuerpo extraño (hilo de sutura) retenido en el tejido de la herida quirúrgica”. Recalca que “en las semanas y meses posteriores a la operación comenzó a desarrollar sintomatología progresiva compatible con infección en la zona operada”, confirmándose después “la existencia de una osteodiscitis con absceso prevertebral, complicación grave que afectaba tanto al disco intervertebral como las vértebras adyacentes y tejidos circundantes”, razón por la cual “hubo de someterse a tratamientos médicos intensivos” y precisó “intervenciones terapéuticas adicionales para drenar el absceso y estabilizar la columna vertebral”, lo que ha supuesto un grave daño en su salud y calidad de vida.

Destaca que “la Administración sanitaria reconoce implícitamente que no se retiró la sutura quirúrgica tras la operación”, pero que sostiene que la infección padecida “sería `demasiado profunda para haber sido causada por la falta de retirada de la sutura´. Sin embargo, dicha parte no ofrece una explicación alternativa plausible sobre el mecanismo de infección” y razona que, “en esencia, la Administración niega el nexo causal entre la sutura retenida y la infección, basándose únicamente en la localización profunda de esta última, pero sin aportar fundamentos médicos concluyentes”.

Alega mala praxis médica en la fase posoperatoria, y asevera que “la *lex artis* en el ámbito quirúrgico exige la correcta atención de la herida quirúrgica, lo que incluye la retirada oportuna de los puntos de sutura no absorbibles una vez

cumplida su función de aproximar tejidos”. Entiende que “en este caso ningún profesional diligente habría omitido la retirada de una sutura externa no reabsorbible en los plazos indicados” y que “tal omisión constituye una desviación flagrante de la praxis asistencial ordinaria”; asimismo, mantiene que “las guías clínicas y protocolos de cuidados posquirúrgicos refuerzan esta afirmación. Se recomienda retirar los puntos de sutura cutáneos generalmente entre 7 y 10 días después de la cirugía, una vez asegurada la cicatrización inicial correcta” y que “mantener las suturas por más tiempo del necesario contraviene dichas pautas y entraña riesgos”, refiriéndose expresamente a que aumenta el riesgo de infección. Colige, por tanto, que “dejar un material de sutura olvidado equivale a una atención defectuosa, más aún tratándose de una cirugía de columna que requiere un estricto control de la herida quirúrgica”.

Por otro lado, alude a la relación entre “la sutura retenida” y “la colonización bacteriana profunda a través del trayecto quirúrgico”, señalando que “se alega por la Administración que la infección sufrida sería ‘demasiado profunda’ para derivar de la sutura no retirada, pero tal conclusión carece de fundamento médico. Muy al contrario, existen sólidos argumentos científico-médicos para afirmar que la presencia de la sutura retenida actuó como foco inicial de infección y vía de entrada de gérmenes hacia planos profundos”, y ello, porque, “en primer lugar, un hilo de sutura no absorbible retenido actúa como cuerpo extraño en el organismo. Los cuerpos extraños reducen la capacidad del tejido para eliminar bacterias y favorecen la formación de *biofilm* bacteriano” y, en segundo lugar, porque “es erróneo suponer que la profundidad de la infección excluye su origen superficial. Los gérmenes no distinguen ‘planos’” y concluye que “la falta de retirada de la sutura no es un hecho inocuo, sino una negligencia que desencadenó la infección”.

7. El 10 de julio de 2025, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar la infección posoperatoria como la “materialización de un riesgo posible de la cirugía realizada que figura

recogido en el consentimiento para la intervención firmado por el paciente”. Refiere que “la intervención cursó sin complicaciones, realizando seguimiento de la herida quirúrgica en el centro de salud donde la retirada de la sutura cutánea del tipo intradérmica (26-10-2022) no fue posible”, señalando que, detectada la infección, “la resonancia magnética de control mostró cambios posoperatorios con signos de infección profundos (discitis), complicación posible en la cirugía realizada, que no puede atribuirse a la sutura intradérmica retenida”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de agosto de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, constando que, a pesar de que telemáticamente los escritos presentados se registran por una tercera persona, es el reclamante quien los suscribe, por lo que no cabe entrar a valorar la validez del poder presentado mediante escrito privado.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “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 expediente examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de diciembre de 2024. La última valoración de la herida quirúrgica está fechada el día 9 de febrero de 2024, habiendo sido previamente dado de alta del tratamiento fisioterápico el 29 de diciembre de 2023, por lo que la acción se ha ejercitado dentro del plazo legalmente previsto.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Se advierte que la propuesta de resolución no rebate puntualmente las precisas alegaciones del reclamante (entre ellas, que el tiempo de retirada de este tipo de material es de entre 7 y 10 días tras la operación, que “mantener las suturas por más tiempo del necesario (...) entraña riesgos” o que la infección originada en un plano superficial no impide que aquella se detecte en planos profundos). Este Consejo viene reiterando la relevancia de motivar o exteriorizar adecuadamente las razones en las que se sustenta la decisión administrativa -y aquellas por las que el alegato del reclamante no conduce a una estimación-, por lo que se estima adecuado que en la resolución se expliciten esos motivos, consignándose, de seguirse el criterio de este dictamen, que no se discute aquí el riesgo que pueda entrañar mantener las suturas, sino si el daño por el que se reclama es concreción de ese riesgo o de otros.

Finalmente, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar resolución expresa establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no es óbice para su adopción, a tenor de lo previsto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de dicha Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo,

evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por los daños derivados de una infección posquirúrgica, que el reclamante entiende vinculada a la falta de retirada de unos puntos de sutura y agravada por una detección tardía.

De la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la infección posquirúrgica, junto a las consecuencias dañosas que se asocian a aquella.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tenga el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 86/2025), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar si el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales

como el estado e intervención del enfermo- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 183/2022) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado -de forma directa e inmediata- los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

En el caso examinado, el paciente padece un cuadro de lumbociatalgia y, ante la falta de respuesta al tratamiento conservador, es incluido en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de hernia discal L5-S1 con indicación de microdiscectomía, firmando los oportunos documentos de consentimiento informado y siendo explicado, previamente y de manera verbal, el tipo de intervención y sus riesgos, según consta en el expediente, sin que en este punto haya manifestado el reclamante oposición alguna. Sometido a la referida microdiscectomía el día 28 de septiembre de 2022, no existe controversia acerca de la adecuada indicación del tratamiento quirúrgico ni sobre la ausencia de incidencias durante su práctica, sometiéndose a las revisiones habituales. Es a los seis meses, cuando se supone una mala evolución de la herida quirúrgica ya que, a pesar de verse limpia, la zona está caliente e inflamada, adelantándose la cita de revisión. Ante la sospecha de discitis, se programa una segunda cirugía de lavado y desbridamiento -llevada a cabo el día 29 de marzo de 2023-, seguida de tratamiento antibiótico. En dos períodos distintos de tiempo, el afectado debe seguir un tratamiento fisioterápico sobre el que tampoco formula reproche alguno.

El daño por el que se reclama es el derivado de la infección (“causante de todos los padecimientos y secuelas señalados”), que se achaca a la falta de retirada de la sutura quirúrgica y se afirma agravado por la demora en la detección de la infección.

Consta que el día 26 de octubre de 2022, a dos días de cumplirse un mes de la operación, la enfermera anota en la historia clínica: “intento retirar la sutura continua, y refiere un gran dolor el paciente. Al final, no puedo divisar los dos cabos distales y la sutura desaparece bajo la piel”. Ahora bien, el daño por el que aquí se reclama es el que se anuda a la infección y no a las otras molestias que pudo ocasionar el problema en la retirada de la sutura. Se aduce también, con cierta vaguedad, un agravamiento del daño por la tardanza en la detección de la infección, pero nada consta en la documentación aportada que así lo sustente: detectada en planos profundos y aclarado que la herida quirúrgica presentaba buen aspecto, en el momento en que se aprecia calor e inflamación en la zona, se actúa con prontitud y así lo aprecian todos los peritos informantes.

Respecto a la infección denunciada, no puede obviarse que es un riesgo típico de la intervención y que de él fue advertido el interesado de manera oral y por escrito, habiendo firmado en dos ocasiones el “documento informado para laminectomía y discectomía por hernia discal” en el que, además de mencionar los riesgos “generales de toda intervención quirúrgica”, se hace referencia expresamente, y en primer lugar, al de infección de la herida, de la que se dice que “puede ser superficial o profunda y puede requerir una nueva intervención quirúrgica para limpiar todo el tejido infectado”.

Así las cosas, el reclamante sostiene -sin soporte pericial alguno- que la infección es consecuencia de la praxis médica relativa a la permanencia de los puntos de sutura. Infiere que “mantener las suturas por más tiempo del necesario (...) entraña riesgos”, que “existen sólidos argumentos científico-médicos para afirmar que la presencia de la sutura retenida actuó como foco

inicial de infección” y que “es erróneo suponer que la profundidad de la infección excluye su origen superficial”.

Frente a estas conclusiones que el afectado vierte sin soporte pericial, el informe suscrito por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología expone que, en la segunda cirugía, “se constató la existencia de un absceso profundo que desembocó en una fístula que acabó produciendo la apertura de la herida quirúrgica. Esto, además de los hallazgos de la RMN (discitis), apoyan el hecho de que la infección se produjo en planos profundos y no a consecuencia de la manipulación de la herida según se afirma en el escrito presentado”. También la perito que informa a instancias de la compañía aseguradora de la Administración recuerda que la infección profunda es una de las complicaciones posibles de la cirugía realizada y asevera que “no puede atribuirse a la persistencia de la sutura intradérmica”.

Frente al criterio pericial no pueden prevalecer las meras manifestaciones del interesado, máxime cuando estamos ante complicaciones que coinciden con los riesgos descritos y asumidos por el paciente. Este argumenta que “mantener las suturas por más tiempo del necesario (...) entraña riesgos”, extremo que ahora no se discute, pero la controversia no radica en si esa falta de retirada entraña un riesgo en abstracto, sino en si el daño por el que aquí se reclama es concreción de ese riesgo, lo que merece una respuesta negativa a la luz de todos los informes médicos incorporados.

En definitiva, no queda acreditada la relación de causalidad entre la falta de retirada de los puntos de sutura y la infección posquirúrgica, ni se constata una demora reprochable en la detección de la infección, encontrándonos ante la materialización de un riesgo típico del que el reclamante había sido suficientemente advertido antes de someterse a la operación.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.