

Dictamen Núm. 185/2025

**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 16 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 22 de julio de 2025 -registrada de entrada el día 31 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de una infección tras una cirugía de artrodesis.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** El día 10 de septiembre de 2024 un letrado presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado, en nombre y representación del interesado, una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños sufridos tras la revisión quirúrgica de una artrodesis.

Expone que “fue intervenido quirúrgicamente” el 7 de junio de 2018 en un centro privado, en el que se sometió a una “artrodesis en la columna

lumbar”, cirugía que no permitió superar “los dolores y la limitación funcional que tenía previamente”, por lo que se decidió la reintervención, llevada a cabo el día 23 de diciembre de 2021 por el Servicio de Traumatología de un hospital público. Indica que, tras “una primera fase de recuperación inmediata satisfactoria”, aconteció “una infección en herida quirúrgica”, cuyo origen relaciona con la rotura del “tubo de drenaje” que había sufrido “una vez en planta”. Rotura que, a su vez, atribuye a que “había sido erróneamente pinzado por el neurocirujano al taladrar el material de osteosíntesis a la columna vertebral”, circunstancia de la cual, según reprocha, “no se dio conocimiento al servicio de planta”.

Continúa explicando que acudió al Servicio de Urgencias el día 2 de enero de 2022, “por molestias a nivel de la herida”, realizándose pruebas que confirmaron la infección -y reiterando la visita a dicho Servicio los días 7 y 11 del mismo mes-. Señala que, en esa última fecha, se decidió su ingreso, así como la realización de “un tac en cuyo informe se constata” que “en el espesor de la musculatura paravertebral derecha tiene un tubo de drenaje” y, el día 21 de enero, cursó alta en el Servicio de Traumatología. Transcribe parte del correspondiente informe, en el que se refleja que “durante la retirada del RJ en planta este se rompe y parte del mismo queda incluido en el lecho quirúrgico, tomándose una actitud expectante en consenso con el paciente”; asimismo, hace alusión al informe emitido por el Servicio de Medicina Interna, tras revisión efectuada el día 18 de marzo, en el que se constata la presencia del “tubo de drenaje en el espesor de la musculatura paravertebral derecha”.

Refiere que, “tras estudiar la situación quirúrgica del paciente y la nula mejoría en su cuadro se le pautó una nueva intervención”, que se le realizó el día “23 de enero de 2024, en la que se sustituyó el material de osteosíntesis (presuntamente por el aflojamiento de los tornillos) y se le retiró la cánula”, si bien “curiosamente en el informe de intervención no se menciona la cánula en forma alguna, llegando a decirse que se solicita la intervención del servicio de infecciosas por el aflojamiento del material de instrumentación (cuestión

carente de sentido médico)”. Indica que la fecha de alta en el Servicio de Traumatología fue el día 13 de mayo de 2024.

En cuanto al nexo causal, entiende que la “negligencia en este supuesto” radica en la “voluntad deliberada” del cirujano de “ocultar” la actuación relativa al “tubo de drenaje”, siendo “la presencia de la cánula” la causa de la “importante infección” que sufrió el paciente y que “perjudicó gravemente su avance y mejora”.

Tras afirmar que, como “consecuencia de todo” lo expuesto, “vio gravemente limitada su calidad de vida en el periodo comprendido entre el 23 de diciembre de 2021 y el 13 de mayo de 2024, precisando de ingresos hospitalarios en varios periodos”, solicita una indemnización de cincuenta y seis mil ciento sesenta y seis euros con ochenta y seis céntimos (56.166,86 €), en concepto de perjuicio por “pérdida de calidad de vida” que dice haber sufrido y que desglosa en diversos lapsos temporales.

Afirma, por último, que se designa como representante a un letrado del Colegio de Abogados de Oviedo, firmante del escrito junto al reclamante.

Acompaña su reclamación de diversa documentación clínica, relativa al proceso asistencial por el que se reclama.

**2.** Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 17 de diciembre de 2024 desde el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos se le remite en formato CD la historia clínica del paciente junto con un informe emitido por un facultativo del Servicio de Traumatología del Hospital .....

**3.** Con fecha 19 de abril de 2025, un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica emite dictamen médico pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria.

En él expone diversas consideraciones médicas sobre la “técnica quirúrgica de la artrodesis lumbar por abordaje posterior”, los “resultados de la cirugía de revisión lumbar” y sus “complicaciones”. De su aplicación al caso,

concluye tanto la corrección de la nueva intervención como la condición de riesgos típicos, previstos en el documento de consentimiento informado, de las complicaciones producidas, consistentes en “el fallo o rotura del material quirúrgico” y la infección de la herida. Asimismo, razona la imposibilidad de que sucedan ciertos presupuestos fácticos en los que se basa la reclamación.

**4.** Mediante oficio notificado al letrado designado como representante el 29 de mayo de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 23 de junio de 2025, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que, tras afirmar expresamente que “las alegaciones fácticas y jurídicas” vertidas en su solicitud inicial “no han quedado desvirtuadas”, señala, a la vista de los informes incorporados, que “poco importa si el redón estaba o no taladrado”, puesto que “lo trascendente es que estaba mal colocado y atrapado y que, en consecuencia, existía riesgo de que se rompiera” al ser manipulado por el personal de enfermería. Tras reiterar la existencia de “voluntad deliberada de ocultar lo sucedido”, sostiene que el documento de consentimiento informado “se refiere exclusivamente a la intervención quirúrgica, y no fue en ella donde se produjo la rotura del material quirúrgico, ni tampoco la infección. De la secuencia fáctica derivada del expediente se deduce claramente que la rotura de la cánula no sucedió durante la intervención, sino posteriormente y (...) como consecuencia de la falta de comunicación entre el Servicio de Traumatología y las enfermeras que decidieron retirar la cánula”.

**5.** Con fecha 4 de julio de 2025, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, valorando que la asistencia prestada fue acorde a *la lex artis*. Rechaza la existencia de “nexo causal directo entre la rotura del tubo de drenaje y la infección, ya que el tubo de drenaje estaba colocado en la región paravertebral, no en la columna vertebral, tal y

como reconoce el reclamante en su escrito de alegaciones”, constituyendo la infección “la materialización de un riesgo típico descrito en el documento de consentimiento informado que el paciente conocía y aceptó al suscribir el documento”.

**6.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de julio 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 reclamante activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por

medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

En cuanto a la acreditación de la representación, este Consejo se ha venido pronunciando sobre su carácter esencial, habiendo destacado (por todos, Dictamen 76/2025) que, en ausencia de prueba, la Administración está obligada a exigir -y los particulares a efectuar- su acreditación, todo ello de conformidad con lo establecido en los artículos 68.1 y 5.6 de la LPAC.

En el caso objeto de análisis, el abogado actuante firma la reclamación junto con el interesado, quien afirma expresamente en la misma conferirle la representación. Tal mención, no obstante, no da debido cumplimiento a lo señalado en el apartado 4 del artículo 5 de la LPAC, conforme el cual “la representación podrá acreditarse mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia./ A estos efectos, se entenderá acreditada la representación realizada mediante apoderamiento *apud acta* efectuado por comparecencia personal o comparecencia electrónica en la correspondiente sede electrónica, o a través de la acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamientos de la Administración Pública competente”. Ahora bien, no cabe desconocer que, habida cuenta de que la Administración no cuestiona la representación ostentada por el actuante y que este solo interviene en actos y gestiones de mero trámite, ha de operar la representación presunta reconocida en el artículo 5.3 de la LPAC para estos casos.

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 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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 10 de septiembre de 2024 por los daños surgidos tras una intervención llevada a cabo en el mes de diciembre del año 2021, requiriendo la patología determinante de la cirugía una nueva revisión quirúrgica en el mes de enero de 2024. En consecuencia, no ofrece duda que la acción ha sido ejercitada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**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.

Sin embargo, 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 la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de la referida 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la parte reclamante solicita ser indemnizada por el perjuicio derivado de una infección posoperatoria.

En cuanto a los daños sufridos, conviene precisar que, si bien del escrito de reclamación cabría entender que el interesado invoca la existencia de un daño moral derivado de la afirmada ocultación de información, lo cierto es que los conceptos indemnizatorios reclamados se refieren, exclusivamente, a los periodos correspondientes al perjuicio temporal por la pérdida de calidad de vida asociada a la realización de dos intervenciones, así como al padecimiento de una infección posoperatoria.

En cualquier caso, la documentación clínica obrante en el expediente acredita que, tras la cirugía de artrodesis llevada a cabo en el mes de diciembre de 2021, el instrumental de drenaje empleado sufrió una rotura durante la extracción que impidió su completa retirada del cuerpo del paciente. Este, además, sufrió una infección de la herida quirúrgica, que requirió el oportuno tratamiento. Consta, igualmente, que en el mes de enero de 2024 se sometió a una nueva cirugía de revisión y que, durante la misma, se le retiró el fragmento alojado.

En consecuencia, resulta acreditada la producción de ciertas consecuencias dañosas tras la práctica del tratamiento quirúrgico aplicado, en los términos que expresa la documental clínica aportada.

En todo caso, debemos reparar en que, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como venimos señalando reiteradamente desde el inicio de nuestra función consultiva, al servicio público sanitario le compete 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, 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-, 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 apreciar que 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 -ciencia o arte médica- 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, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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 esos 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.

En el asunto examinado, el interesado sostiene, en síntesis, que durante la intervención de artrodesis llevada a cabo en el año 2021 -como revisión de una previa realizada tres años antes- la colocación de la pieza de un drenaje

ocasionó su rotura durante la extracción, días después. Atribuye esa incidencia al incorrecto proceder del facultativo responsable, quien, afirma, mantuvo una “voluntad deliberada por ocultar tal situación”, evitando consignarla en la documentación clínica. La persistencia de un fragmento del elemento dañado que no fue retirado originó, a su vez, una infección que determinó una evolución posoperatoria negativa. No obstante, advertimos que su planteamiento adolece de cierta confusión, según expondremos oportunamente.

En todo caso, debemos reiterar que, correspondiendo a quien reclama la prueba de sus alegaciones, el reclamante no ha desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, más allá de aportar documentos clínicos -emitidos por el propio Servicio de Salud del Principado de Asturias-, omitiendo la incorporación de periciales en sustento de sus afirmaciones, derivadas, por tanto, de su particular interpretación de los hechos. En tales circunstancias, y dado que este Consejo únicamente puede formar su convicción con base en los datos obrantes en el expediente, nos vemos compelidos a abordar las cuestiones de índole técnica a tenor de la documentación médica incorporada por la Administración y su compañía aseguradora.

La imputación del reclamante incurre, como hemos anticipado, en puntual incongruencia, pues en su escrito inicial afirma, primero, que “el incumplimiento de la *lex artis*” por parte del cirujano interviniente en la operación “no residió” en el “hecho” consistente en que “taladró el tubo de drenaje a la columna vertebral del paciente”, que, a su juicio, “podría parecer” “uno de los muchos eventos indeseados pero carentes de responsabilidad alguna” contemplados en el documento de consentimiento informado, “sino en su voluntad deliberada por ocultar tal situación, y sus posibles consecuencias”. Pero, a continuación, y en términos reiterados en su posterior escrito de alegaciones, manifiesta expresamente que “el quebrantamiento de la *lex artis*” no reside solo “en el error cometido durante la intervención, ni en el momento

de retirada” de la misma en planta, “sino en la ausencia de diligencia demostrada por el facultativo”, “al no documentar dicho error”. En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, y tras acceder a los informes incorporados al expediente, precisa que “poco importa si el redón estaba o no taladrado”, ya que “lo trascendente es que estaba mal colocado y atrapado, y que, en consecuencia, existía riesgo de que se rompiera cuando, desconocedoras de esta circunstancia, las enfermeras que atendieron al paciente en los días siguientes fueron a retirarlo usando la fuerza y, como no estaba libre -como debería- se rompió”. Por tanto, resulta evidente que el interesado sí señala como error autónomo una deficiente implantación del drenaje, al que, según su relato, siguió una también inadecuada cumplimentación de la documentación clínica.

Respecto a este último reproche, y pese a que el afectado invoca el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con referencia expresa al derecho a la información del paciente, su construcción argumental se basa en que la falta de constancia escrita del “error” -que, hemos de entender, no es otro que la acción de haber “taladrado el tubo de drenaje”, que atribuye al cirujano y que, a su juicio, determinó la rotura- propició esta al desconocer el personal encargado de la extracción su “mala colocación”. Es decir, el paciente no esgrime que se le haya sustraído información relevante, sino que ese déficit se produjo respecto del resto de profesionales sanitarios, determinando el incidente producido.

A su vez, también declara que “la evolución” fue “negativa, ya que la presencia de la cánula en su región paravertebral generó una importante infección que perjudicó (...) gravemente” su avance y mejora, “condición” que precisó “la retirada de la cánula, que incluso impedía el correcto funcionamiento de la artrodesis llegando a provocar el desvío del segmento fijado”.

Por tanto, una correcta comprensión de la imputación implica interpretar que el perjudicado relaciona la presencia del fragmento de la pieza, la infección posterior y la reintervención llevada a cabo en el año 2024.

El análisis del caso requiere partir de la adecuación de la indicación de la cirugía llevada a cabo en el mes de diciembre de 2021, que el reclamante no discute -aunque la inclusión entre los conceptos indemnizatorios de la totalidad del periodo del correspondiente ingreso hospitalario podría suscitar dudas al respecto-. Así, el servicio competente informa que “se decidió revisión quirúrgica” “ante la sospecha de pseudoartrosis L5-S1” y que “se amplió la artrodesis al segmento L4-S1”.

En cuanto a la rotura de parte de una pieza del drenaje, y si bien el interesado, como hemos señalado, menciona la posible irrelevancia de su origen, resulta de interés profundizar en su causa. Al respecto, el Servicio de Traumatología explica que “la rotura del drenaje quirúrgico se debe al pinzamiento del mismo en los diferentes planos musculares, y al ‘traccionar’ del mismo, puede romperse, al ser un componente plástico blando”. Aclara que “es absolutamente imposible que el drenaje quede ‘atrapado’ entre la placa y la vértebra lumbar, o que se ‘taladre’ el tubo de drenaje a la columna lumbar, o que al ‘apretar’ el tornillo, el tubo quede atrapado. La razón estriba en que la instrumentación vertebral se aprieta definitivamente, antes de la colocación del tubo de drenaje (este se coloca al cerrar la incisión)”.

En el mismo sentido, el informe médico pericial emitido por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica es taxativo, en cuanto a que “el orden de colocación de elementos en el campo quirúrgico y la situación en los planos anatómicos hacen imposible que el drenaje quede atrapado por un tornillo, como defiende la reclamación: los tornillos pediculares se introducen primero y en un plano óseo profundo -no hay drenaje- en el campo”, mientras que “el drenaje tipo redón se coloca en la fase de cierre, cuando se ha terminado la instrumentación, en un plano subfascial más superficial”. Al efecto, añade que “las pruebas de imagen realizadas con posterioridad reflejan

claramente que el drenaje tipo redón” está en el indicado plano anatómico (subfascial), “sin relación directa con el material de osteosíntesis”.

Frente a esta explicación técnica, que justifica una rotura accidental, no puede oponerse la simple apreciación de que “estaba mal colocado y atrapado”. Tampoco alcanza a comprenderse la insistencia en advertir de una supuesta “voluntad deliberada de ocultar lo sucedido”, en referencia al “error al colocar la cánula”, pues consta anotación en el curso clínico de que “avisa enfermería por imposibilidad de retirar el drenaje. Al intentar retirarlo queda parte del mismo en profundidad./ Se comenta con su cirujano y se decide dejar y ver evolución./ Se explica al paciente, que está de acuerdo” (folio 150 de la historia Millennium). Esta nota, que el reclamante no cuestiona, contradice su versión y presta soporte al contenido del informe emitido por el Servicio sobre este aspecto, en el que se refleja que “en el segundo día posoperatorio, al retirar el drenaje de redón, se produce la rotura de un pequeño trozo del mismo, quedando en el interior en profundidad./ Se comunica al paciente y se explica que se dejaría *in situ*”, optándose por “valorar evolución, ya que, la intervención para extraerlo podría implicar mayor daño al paciente”. Por nuestra parte, solo cabe añadir que resultaría, cuanto menos, extraño mantener una voluntad malintencionada de sustraer información transmitida al propio paciente -dato que él señala expresamente en sus escritos-, sin que tampoco quepa entender, en fin, su reiterada atribución al cirujano (y en exclusiva) tanto de la rotura -aun cuando no es él quien efectúa la manipulación de la extracción- como del singular déficit informativo denunciado, consistente en limitarse a informar “verbalmente al servicio de planta” de la “obstrucción de la cánula” (folio 103). Respecto a esta última aseveración, procede, en primer lugar, observar que las propias manifestaciones del reclamante resultan contradictorias, pues señala que fueron “los diferentes efectivos de enfermería” quienes “tras comprobar la obstrucción de la cánula” procedieron “a su extracción manual y posterior rotura”. Al margen de que carezca de sentido reprochar a un tiempo que el desconocimiento de la obstrucción de la cánula

influyó negativamente en la maniobra de retirada y, de forma simultánea, afirmar que ese problema había sido objeto de comprobación, el informe pericial precisa, en todo caso, que “las anotaciones de enfermería del día siguiente” a la intervención reflejan que “el débito era abundante” -signo que niega la pretendida obstrucción del drenaje, señalada por el reclamante como prueba de la mala colocación que ocasionó la rotura-.

No existe, por otra parte, discrepancia en cuanto a la idoneidad de la actitud expectante adoptada, que el reclamante no discute, constando además su aquiescencia. En concreto, el informe del servicio responsable explica que “la extracción de un resto del drenaje, puede implicar hacer un mayor daño que el hecho de dejarlo”.

Cuestión distinta es, si cabe acoger la equiparación entre el “material implantado” (expresión utilizada por el documento de consentimiento informado para instrumentación de columna y artrodesis vertebral, suscrito por el paciente y que contempla la “rotura del material implantado”) y el material quirúrgico. El informe pericial sostiene que “el fallo o rotura del material quirúrgico es un riesgo típico de cualquier procedimiento ortopédico en el que se utilice material y así se refleja en el consentimiento informado facilitado al reclamante, de modo que tampoco puede considerarse un daño de naturaleza antijurídica”. Si bien el reclamante considera que la falta de cobertura por parte del documento deriva de que la rotura “no sucedió durante la intervención”, sino después, nuestra discrepancia no se basa en esta circunstancia, puesto que la explicación facilitada en los informes es concluyente respecto a su colocación durante el acto quirúrgico -a título de ejemplo, el servicio afectado precisa que “intraoperatoriamente, también se dejan una serie de componentes” que detalla: “tornillos, barras, sustitutivos óseos, hemostáticos, suturas, geles antiadherentes, etc.”-. Lo que no cabe, a nuestro juicio, es la pretendida identificación entre el material destinado a quedar de forma permanente tras una cirugía y aquel destinado a su retirada. En este sentido, la Sentencia de 21 de marzo de 2022, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal

Superior de Justicia de Asturias -ECLI:ES:TSJAS:2022:894- especifica, ante un “caso del olvido de material textil en el interior” del paciente, atribuible a un descuido, que “no puede pretenderse que forme parte de la información posibles actuaciones descuidadas o imprudentes, que darán lugar a sus consecuencias postintervención, pero que no aparecen como riesgos inherentes, previsibles o posibles, derivados a la técnica aplicable” y, en relación con una rotura de broca quirúrgica, la Sentencia de 24 de julio de 2025, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias -ECLI:ES:TSJAS:2025:2109- precisa en relación con tal eventualidad que “los riesgos típicos cubren una amplia gama de incidencias, entre las que no podría incluirse la permanencia en el cuerpo de la recurrente de parte del material utilizado, lo que constituye un menoscabo que la misma no tiene el deber de soportar y que excede de la mera complicación técnica citada, o al menos que la paciente pudiera entender”.

Ahora bien, en el caso examinado, no existe nexo causal entre la incidencia producida y el grueso de los daños cuyo resarcimiento se impetra. Efectivamente, el análisis de los elementos de juicio concurrentes permite descartar la vinculación de la permanencia de un fragmento del tubo, tanto con la infección posoperatoria sufrida como con la revisión quirúrgica que tuvo lugar en el año 2024, lo que, en definitiva, implicaría que no supuso para el paciente el daño alegado.

Al respecto, el informe pericial explica que la revisión de la historia impide relacionar la patología surgida “con la presencia de material extraño: ni en las pruebas de imagen, donde se informa específicamente de que no existen colecciones alrededor del drenaje, ni en la valoración de los diferentes especialistas, tanto traumatólogos como internistas”, constituyendo, por lo demás, la infección de la herida quirúrgica una complicación descrita en el documento de consentimiento informado suscrito. Especifica también que no existe “constancia de eventos adversos en la literatura ortopédica” en el caso de retención de drenajes.



Frente a ello, no podemos acoger como elemento probatorio el indicado por el reclamante en su escrito inicial, referente a “la intervención del equipo de enfermedades infecciosas” en la cirugía llevada a cabo en el año 2024 “fue necesaria única y exclusivamente porque (...) había tenido alojado en su espalda un fragmento de tubo que posiblemente portaba una bacteria nosocomial (...) durante más de dos años y medio”, circunstancia que “entrañaba un peligro” para sí mismo (y, añade, “para la generalidad de los pacientes del hospital”). Al respecto, el informe pericial explica que “el diagnóstico etiológico de una pseudorartrosis implica, siempre, descartar una infección de bajo grado del material de osteosíntesis”, destacando que “la participación del Servicio de Infecciosas (...) en el manejo diagnóstico y terapéutico de una posible infección tardía de un implante no solo no indica intención de ocultación, sino que es obligado”. Resultando, en todo caso, que “todos los cultivos extraídos del foco de pseudoartrosis fueron negativos”. En el propio informe de alta tras esta operación se indica que la valoración, “durante el ingreso”, efectuada por el Servicio hospitalario “de Infecciosas” estuvo motivada “por aflojamiento de material de instrumentación previo valorado intraoperatoriamente”.

Por otra parte, resulta igualmente insuficiente asumir, como afirma el perjudicado en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, que “lo más sencillo sería considerar que fue la rotura de la cánula el detonante de la infección, ya que fue a partir de la misma que comenzaron los síntomas, y resultaría la causa más lógica”. Las anotaciones del curso clínico no avalan esta interpretación, puesto que en ellas se refleja que es en el segundo día después de la operación (folio 150) cuando se produce la fragmentación de la pieza del drenaje, pero que el cuarto día (folio 149) presentaba “evolución favorable” y “apósito limpio” y, al día siguiente, la herida estaba “bien”, por lo que cursó alta hospitalaria ese mismo día, si bien debió acudir a Urgencias en fechas posteriores, reingresando el 11 de enero de 2022 por infección de la herida quirúrgica. En todo caso, la “buena evolución” de la complicación

determinó el alta tras su resolución el día 22 de ese mismo mes, por lo que, aun cuando se considerara probada su relación con el material, el daño aislado consistente en el perjuicio temporal sufrido por ese ingreso habría concluido en ese momento -con las correspondientes consecuencias a efectos de prescripción-.

Por último, la indicación de la cirugía del año 2024 no estaba relacionada con la retirada del resto de drenaje, sino con el fracaso de la reintervención llevada a cabo en el año 2021, contemplado en el documento de consentimiento informado suscrito al efecto (en el que se consigna como riesgo el de “pseudoartrosis”), cuantificado en el informe pericial como un “mal resultado que ocurre entre un 10 y un 30 % del total de las intervenciones por fracaso de fusión lumbar”. Según figura en la historia clínica, el reclamante había sido informado en consulta de que podía “mejorar aprox. 60 % o nada”, y él mismo recoge que esa operación tuvo como finalidad abordar “la nula mejoría en su cuadro”, así como que en ella se procedió a la sustitución de “material de osteosíntesis”, destacando el informe emitido por el servicio afectado que, tras la última intervención, “la evolución postoperatoria” fue “satisfactoria”, objetivándose en posteriores consultas “franca mejoría de dolor lumbar”.

En otro orden de cosas, y en cuanto al reproche relativo a la falta de documentación de la retirada del drenaje, si bien no puede compartirse que ello muestre “ánimo de ocultar la presencia de la cánula en la espalda” -pues esta se encuentra reflejada en la historia clínica- resulta llamativo que el informe de alta de fecha 26 de enero de 2024 no lo refleje, omisión que conculca la previsión del artículo 58 de la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud del Principado de Asturias, el cual recoge entre los “Derechos relacionados con la documentación sanitaria” el de que “quede constancia por escrito, o en soporte técnico apropiado, de todo su proceso”. Al respecto, debe recordarse que el artículo 3 del Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica en el Principado de Asturias, define en su

primer apartado la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial y tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”.

En definitiva, el surgimiento de una infección de la herida quirúrgica constituye la materialización de un riesgo típico de la cirugía realizada, que fue resuelto oportunamente, sin que guarde relación con la presencia de un resto de drenaje procedente de la rotura accidental producida durante su extracción. Esta última circunstancia fue debidamente comunicada al paciente y anotada en la historia clínica, sin que esté relacionada con la insatisfactoria evolución padecida tras la operación, que requirió una reintervención en el año 2024 con resultados satisfactorios, según consta en el expediente. Sin que quepa obviar que, según expresa el especialista autor del informe pericial, “las tasas de complicaciones” de una segunda cirugía -como la practicada en el año 2021- son “considerablemente superiores respecto a la cirugía primaria”, cifradas en porcentajes del “5-10 %” de infecciones.

Respecto a la eventual “zozobra” o daño moral asociado a la presencia del cuerpo extraño, no puede soslayarse tampoco que el perjudicado acepta que se postergue su retirada, quedando de manifiesto que no anuda al mismo un daño moral sustancial.

En suma, la interpretación del interesado sobre el resultado de la intervención a la que se somete, tras ser informado de sus riesgos típicos, no encuentra sustento pericial alguno, habiéndose acreditado por la Administración sanitaria que fue valorado y atendido en función del cuadro clínico que presentaba en cada momento. Nos encontramos con un caso en el que se justifica que las opciones quirúrgicas eran adecuadas en cada momento, que la intervención se llevó a cabo correctamente y que el paciente fue sometido a un adecuado seguimiento posquirúrgico, sin que quepa admitir mala praxis, sino la

desafortunada materialización de riesgos típicos de un tratamiento quirúrgico (reartrodesis) vinculado a una mayor incidencia de complicaciones, así como a una mayor dificultad en la predictibilidad de su resultado.

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.