

Dictamen Núm. 75/2026

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 23 de abril de 2026, 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 23 de enero de 2026 -registrada de entrada el día 29 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 la intervención quirúrgica de una hernia inguinal.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 23 de abril de 2025, el interesado presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica de una hernia inguinal.

Expone que la referida cirugía tuvo lugar el día 24 de febrero de 2025 “en el Hospital, consistiendo en “una hernioplastia inguinal izquierda en la cual no se colocó ningún drenaje para evitar que se acumulara algún líquido o evitar

posibles infecciones./ Los días siguientes”, prosigue, “comienza con color abdominal y estado febril, siendo atendido nuevamente ya que el dolor era importante en la zona de (la) herida de la intervención quirúrgica y en (la) zona del testículo izquierdo”. Acudió de nuevo el día 26 del mismo mes al Servicio de Urgencias por “fiebre” y “gran molestia abdominal”, apreciándose mediante “ecografía urgente de abdomen que presenta un serohematoma”, que consiste en “la acumulación de líquido seroso en un espacio corporal, cuando la disrupción de los vasos sanguíneos o linfáticos, causada por la cirugía o una lesión, impide que el líquido seroso sea absorbido por el organismo./ A pesar de ello”, reprocha, “se le pauta tratamiento basado en fármacos y no se realiza ningún tipo de intervención más”. Vuelve al Servicio de Urgencias el día 3 de marzo, al “no presentar mejoría” y persistir malestar y dolor, siendo intervenido de nuevo al día siguiente para la práctica de “una orquiectomía izquierda”, al no observarse vascularización en el testículo izquierdo.

Considera que esta última intervención es consecuencia de “la falta de colocación de drenaje”, pues, debido a tal omisión, “los líquidos e infección comienzan a localizarse en la bolsa escrotal del testículo izquierdo”, impidiendo la “vascularización”, lo que motivó su extirpación.

Solicita una indemnización ascendente a cien mil euros (100.000 €) por los daños personales sufridos.

2. Mediante oficio de 6 de mayo de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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 y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, con fecha 27 de mayo de 2025 el Gerente del Área Sanitaria remite una copia de la

historia clínica del reclamante, así como informe suscrito, con la misma fecha, por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital

4. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 31 de julio de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, efectúa, en primer lugar, diversas consideraciones generales en relación con la hernia inguinal, las complicaciones relacionadas con los materiales protésicos y con la cirugía de la hernia inguinal. Aborda, a continuación, la valoración de la praxis seguida y afirma tanto la indicación de la cirugía como el cumplimiento de la información al paciente, destacando que el documento de consentimiento informado suscrito por aquel recoge, como uno de los riesgos típicos de la cirugía, "la posibilidad de infección, atrofia testicular y necesidad de reintervención quirúrgica". Avala, también, la técnica quirúrgica seguida y justifica que permitía omitir el drenaje, al tratarse, además, de "una hernia no complicada". Considera igualmente correcto el seguimiento posoperatorio, que no impidió la aparición de "una complicación posoperatoria grave", consistente en "una orquiepididimitis infecciosa con evolución a isquemia testicular", a la que califica como "infrecuente", pero "reconocida en la literatura médica".

5. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado el 16 de octubre de 2025, un letrado -cuyo domicilio ha designado el interesado en su escrito inicial a efectos de notificaciones- presenta un escrito de alegaciones, en el que rebate determinadas conclusiones tanto del informe emitido por el Servicio responsable como del dictamen pericial de la compañía aseguradora, reiterando la necesidad de la colocación de un drenaje y cuestionando el contenido del documento del consentimiento informado suscrito antes de la intervención.

6. Con fecha 4 de diciembre de 2025, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes emitidos con ocasión del procedimiento y referencia puntual a las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de enero de 2026, 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.

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 23 de abril de 2025 por los daños que el interesado atribuye a una cirugía llevada a cabo el día 24 de febrero de ese mismo año, así como a la atención dispensada en su posoperatorio inmediato. 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 del informe del servicio afectado, 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- concurran, 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 el interesado solicita ser indemnizado por los daños personales derivados de una intervención quirúrgica.

La documentación médica obrante en el expediente permite acreditar que, tras someterse a una cirugía para el tratamiento de una hernia inguinal, el paciente padeció una infección localizada, causante de una afectación vascular determinante de la extirpación del testículo afectado. En consecuencia, cabe considerar probada la efectividad de un daño cierto, cuya exacta cuantificación económica abordaremos de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda.

En cualquier caso, hemos de 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 ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, 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 poder 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, 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. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, en esencia, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, directamente, una vulneración de la *lex artis*.

Finalmente, como también venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto*, al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se consideren las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico -como sucede en este caso respecto a la patología testicular sufrida-, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el asunto sometido a nuestra consideración, el reclamante atribuye, en su escrito de iniciación, el daño personal derivado de la extirpación de un testículo a una deficiente praxis, que concreta en “la falta de colocación de drenaje” durante o tras una cirugía de hernia inguinal. Explica que tal omisión motiva que “los líquidos e infección comienzan a localizarse en la bolsa escrotal del testículo izquierdo dejando sin vascularización al mismo”. En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, precisa que, tras la intervención, “comenzó a experimentar dolor intenso, inflamación local y signos evidentes de infección en la zona intervenida”, pero que, “a pesar de acudir en repetidas ocasiones a Urgencias y ser valorado por su médico de Atención Primaria, la actuación médica se limitó a la prescripción del tratamiento antibiótico oral, sin que se adoptaran medidas adicionales de control ni derivación para revisión quirúrgica especializada inmediata, todo ello a pesar de que en el Servicio de Urgencias de fecha 26 de febrero de 2025 le habían realizado una ecografía abdominal presentando serohematoma, signo claro de que la recuperación postoperatoria no se estaba desarrollando de manera adecuada”. Añade que la analítica realizada ese mismo día mostró parámetros que orientaban tanto a un proceso infeccioso como a la existencia de riesgo cardiovascular, que no fueron tenidos en cuenta, así como que, en el consentimiento informado suscrito antes de la operación, “no se advierte, ni se menciona, de forma clara y expresa, la posibilidad de una orquiectomía como complicación derivada”.

No obstante, no aporta informe médico alguno que sustente su argumentación con criterios técnicos, lo que nos obliga a alcanzar nuestra convicción con base en los elementos de juicio proporcionados en los informes incorporados a instancias de la Administración. Teniendo en cuenta, asimismo, la propuesta de resolución, puesto que aborda ciertos extremos adicionales planteados por el interesado con ocasión del trámite de audiencia -con posterioridad, por tanto, a la incorporación de los dos informes antes citados-.

En primer lugar, el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital expone que la técnica quirúrgica empleada - hernioplastia tipo Lichtenstein estándar- "se realiza de forma sistemática y estandarizada", sin que esté "indicada la colocación de drenaje de forma sistemática, solo en casos de cirugías complejas por hernias gigantes, factores de riesgo como obesidad, diabetes o inmunodepresión o cirugías de urgencia por incarceration herniaria", sin que concurriera "ninguna de estas circunstancias". Tras referir que el paciente fue dado de alta al "día siguiente a la intervención, con herida quirúrgica con buen aspecto y dolor controlado con anestesia habitual", alude a la asistencia prestada en Urgencias el día 26 de febrero, "por episodio de fiebre de 38,5 ° y dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda", con "dolor y defensa a ese nivel, sin signos externos de flogosis ni de infección" a la exploración, realizándose "ecografía abdominal urgente con resultado de colección subcutánea a nivel de cicatriz quirúrgica con un espesor de 8 mm y diámetro longitudinal de 5 cm compatible con serohematoma, sin otros hallazgos reseñables", por lo que "se pauta cobertura antibiótica con amoxicilina/clavulánico". Dos días después, acudió a su médico de Atención Primaria "por dolor en testículo izquierdo, donde refiere que se realizó manipulación del mismo con mejoría", mientras que, en la revisión en la consulta del día 3 de marzo de 2025, presentaba "dolor testicular izquierdo y exploración dolorosa compatible con hematoma organizado, por lo que se solicita ecografía testicular, con resultado de hallazgos altamente sugestivos de isquemia". Explica que, decidida la práctica de una orquiectomía, tras valoración por el Servicio de Urología, se apreció "una correcta colocación de la malla, sin signos de recidiva ni de rechazo y con buen aspecto del cordón que se encuentra en contacto con la malla", realizándose la citada "orquiectomía", "ante el hallazgo de isquemia completa y no recuperación del testículo". Tras reseñar que "el resultado del análisis microbiológico del material purulento muestra infección por *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina y ampicilina", deduce "de la secuencia clínica que durante el posoperatorio se ha producido una

orquiepididimitis infecciosa, en cuya evolución se desarrolla una isquemia testicular izquierda que desemboca en infarto y necrosis”. Precisa que “la isquemia testicular es una complicación poco frecuente en la cirugía de la hernia, aunque se encuentra ampliamente descrita, siendo la infección de la zona una de las posibles causas. En el presente caso, el episodio febril, la reacción inflamatoria y los hallazgos de material purulento en el que crece un *Staphylococcus aureus* indican un desarrollo progresivo de una infección, que secundariamente provoca el infarto y necrosis de las estructuras. Esta circunstancia difiere de otras causas de isquemia no infecciosa y progresiva, cuyo resultado final es una atrofia testicular no dolorosa que no requiere la extirpación del testículo”.

En segundo lugar, el especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (especialidad a la que corresponde, de ordinario, el tratamiento de hernias abdominales, inguinales y umbilicales) autor del informe pericial refiere, en primer lugar, que no observa “ninguna anomalía en la técnica quirúrgica empleada siendo la más adecuada y frecuentemente utilizada en todo el mundo por sus mejores resultados, siendo ajustada a los estándares quirúrgicos para la resolución de la patología que presentaba el demandante y acorde a la normopraxis”. En segundo lugar, manifiesta que “en la reparación quirúrgica de una hernia inguinal mediante técnica abierta (como la de Lichtenstein), el uso de drenajes no es rutinario ni necesario y suele reservarse para casos con hemorragia intraoperatoria significativa, extensa disección de tejidos o pacientes con alto riesgo de infección o hematoma”. Explica que “la disección en hernioplastia es limitada y superficial y la colocación de malla no suele generar espacios muertos amplios que requieran drenaje”, pudiendo, además, “actuar” los drenajes “como vía de entrada para bacterias, especialmente en presencia de material protésico, aumentando el riesgo de infección”. Añade que “estudios observacionales y revisiones quirúrgicas han mostrado que el uso de drenajes no reduce la incidencia de seromas ni hematomas en este tipo de cirugía y puede incluso retrasar la recuperación”.

Sentado lo anterior, valora el “seguimiento posoperatorio”, tanto inmediato como tras el alta, como “adecuado, con revisiones, pruebas complementarias y tratamientos conforme a los protocolos sin objetivarse ninguna inobservancia del deber de cuidado ni pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica”. En particular, y respecto a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias el día 26 de febrero de 2025, reseña que el diagnóstico fue de “serohematoma sin signos de infección”, pautándose, no obstante, “antibiótico de amplio espectro (amoxicilina-clavulánico) de manera profiláctica”.

Por otra parte, y en relación con la patología posquirúrgica sufrida, expone que “la evolución clínica del paciente sugiere que la isquemia testicular izquierda fue consecuencia de una infección aguda posoperatoria localizada en el área escrotal y cordón espermático, compatible con una orquiepididimitis infecciosa”; añade que “el cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* en la herida quirúrgica, un patógeno con capacidad de generar procesos inflamatorios severos y trombosis vascular local, apoya esta hipótesis”. También precisa que “refuerzan la relación causal” entre el tipo de infección y el episodio vascular “los hallazgos ecográficos de ausencia de vascularización testicular y epididimaria, engrosamiento del cordón espermático y cubiertas escrotales hiperémicas, junto con el diagnóstico anatomopatológico de infarto isquémico testicular y epididimario”, planteando que “la resistencia antibiótica del germen puede haber dificultado el control de la infección”, siendo compatibles “la temporalidad y progresión del cuadro clínico (...) con una infección progresiva no contenida”.

Razona que “la pérdida testicular izquierda sufrida por el paciente fue consecuencia de una complicación posoperatoria grave (...) que, si bien infrecuente, está reconocida en la literatura médica como un riesgo inherente a intervenciones quirúrgicas en la región inguinoescrotal” y que, como tal, figuraba en el consentimiento informado suscrito por el paciente, en el que “se detallaban los riesgos generales y específicos de la intervención, incluyendo infección y afectación testicular”. Señala que el consentimiento informado facilitado al paciente “está avalado por la Asociación Española de Cirujanos” y que “es el más

utilizado en nuestro país, tanto en hospitales del sistema público como privado, por todos los cirujanos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo”.

Por su parte, la propuesta de resolución se refiere, de forma expresa, a la desatención de los resultados de la analítica llevada a cabo en la asistencia prestada en el mes de febrero de 2026 en el Servicio de Urgencias, imputación que el reclamante introduce en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia. En ellas, expone que el “informe médico elaborado en fecha de 26 de febrero de 2025 por el Hospital, se refiere a una asistencia en la que acude al Servicio de Urgencias del centro por “dolor abdominal y fiebre” y “se le realizan pruebas, entre ellas, analítica, la cual muestra una serie de parámetros que no han sido tenidos en cuenta por el personal sanitario”, pues “presentaba leucocitos 12.11×10^3 , siendo estos valores signos de que algo ocurre al verse alterados en relación con el rango normal”, situado “entre 4.0-10.0”. Razona que “la alteración de los leucocitos es evidencia clara de existencia de infección, pautándose un tratamiento” de “antibiótico oral” que, a su juicio, no pudo haber sido pautado “de manera profiláctica”, como indican los informes médicos y el pericial, pues ya existía infección. “De igual manera, en la analítica” realizada el mismo día, “se observa en el apartado de coagulación que el fibrinógeno se encuentra en 669 superando altamente los rangos normales”, dato que “podría estar indicando que existe mala vascularización”. Añade que “los valores de coagulación alterados pueden indicar una mala vascularización, ya sea por una coagulación excesiva que puede obstruir los vasos sanguíneos, o por una coagulación deficiente que puede causar hemorragias y reducir el flujo sanguíneo”. Insiste en que “tener el fibrinógeno alto puede indicar un riesgo elevado de formar coágulos sanguíneos y de sufrir enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio o ictus”, cuestión ignorada por el personal que le atendió y que resulta relevante, dado que, “con posterioridad, el paciente” presentó “infarto isquémico de testículo izquierdo”, que afectó a su vascularización.

Frente a ello, la Instructora explica en la propuesta de resolución que “el fibrinógeno elevado es un reactante de fase aguda y marcador inespecífico de inflamación, no es un parámetro de ‘mala vascularización’ ni exige medida quirúrgica inmediata en un serohematoma sin signos infecciosos. Por otro lado, la leucocitosis leve y la profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico en presencia de fiebre transitoria y colección superficial son congruentes (práctica prudente) y no implica demora ni pérdida de oportunidad”. También precisa que, “en la práctica médica, la pauta de amoxicilina-clavulánico ante fiebre y serohematoma de forma empírica/profiláctica es razonable, en los casos de cirugía con malla, para cubrir flora cutánea ante potencial infección superficial incipiente no confirmada. Por tanto, la antibioterapia fue oportuna y el cambio de estrategia a tratamiento definitivo se realizó en el momento correcto tras evidencia de una isquemia testicular irreversible”.

En suma, los informes coinciden, en primer lugar, en descartar la indicación de la colocación del drenaje en toda cirugía de hernia inguinal, como sostiene el reclamante, pues, si bien su disposición procede en determinados casos, no era el del interesado. Conclusión que no enerva la mera afirmación efectuada en las alegaciones presentadas con ocasión del trámite de audiencia, en las que reitera que la colocación de drenaje es una “medida habitual y prudente en pacientes con riesgo de acumulación de fluidos y formación de abscesos posoperatorios” y sostiene que “la omisión facilitó la retención de exudado y la consiguiente infección local”, aseveraciones que obvian las explicaciones facilitadas por los especialistas.

Tampoco existía, en el momento del alta tras la primera intervención, sintomatología reveladora del proceso infeccioso desarrollado de forma progresiva, sin que las objeciones planteadas a la valoración de los resultados de la analítica practicada durante la atención en el Servicio de Urgencias el día 26 de febrero de 2025 resulten, tampoco, suficientes para descartar las explicaciones, también técnicas, aportadas por la Instructora en la propuesta de resolución, que aclaran, por una parte y en los términos transcritos, la

interpretación de los valores existentes y, por otra, la idoneidad de la pauta antibiótica -que también defiende el autor del informe pericial-, debiendo añadirse al respecto que no resulta admisible, como pretende el reclamante, aplicar una aseveración genérica, carente de individualización, sin considerar su propia condición paciente quirúrgico.

No ofrece tampoco duda la condición de riesgo típico de la cirugía realizada de la patología infecciosa sufrida, que el reclamante no cuestiona, pues centra al respecto sus reproches en el alcance informativo del documento de consentimiento informado. A su juicio, la constancia como posible riesgo de “una ‘inflamación (orquitis), atrofia testicular, lesión vascular, colección de líquido en la herida quirúrgica’ (...) no quiere decir que vaya a existir una orquiectomía, por tanto, de la lectura del consentimiento informado se desprende la falta de mención y explicación de que tras la intervención quirúrgica de hernia inguinal izquierda puede producirse una infección severa que derive en la realización de una orquiectomía eliminando o extirpando el testículo afectado”. Asimismo, considera que “tampoco consta referencia alguna al riesgo específico de infección grave por ausencia de drenaje”.

Efectivamente, en el documento de consentimiento informado para la cirugía abierta de la hernia de la pared abdominal, firmado por el reclamante en el mes de octubre de 2024, figura como uno de los “riesgos poco frecuentes y graves”, “en hernias inguinales”, la “inflamación (orquitis), atrofia testicular. Lesión vascular, sección conducto deferente (hombre)”, con indicación expresa de que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”.

A nuestro juicio, la lectura e interpretación del consentimiento impide compartir la conclusión del afectado, pues precisamente se menciona la posibilidad de una “reintervención” urgente para tratar la infección, que constituye el riesgo típico materializado. En consecuencia, consideramos esa

redacción correcta, sin que sea necesario especificar el concreto procedimiento quirúrgico -orquiectomía, en este caso-, tal y como hemos advertido en relación con el mismo modelo de documento en nuestro Dictamen Núm. 8/2026, en el que señalamos, “en cuanto a la nitidez con la que detalla los riesgos, la referencia a que las complicaciones surgidas ‘habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y, excepcionalmente puede producirse la muerte’ no semeja que permitan al paciente descartar la posibilidad de que, llegado el caso, resulte lamentable e inevitablemente preciso acudir a una posterior orquiectomía”. Resulta, además, de plena aplicación cuanto hemos señalado en nuestro Dictamen Núm. 11/2026, en el que razonábamos que tratándose de un paciente “adulto con plena capacidad, la lectura de los documentos es obligada para quien los firma” y, “en segundo lugar, que tuvo la oportunidad de plantear al médico responsable de su proceso, las dudas que, en su caso, se le hubieran suscitado en relación con los riesgos descritos en el mencionado documento, bien en el momento en que se le ofreció la información, o con posterioridad a la firma y antes de someterse a la intervención”.

En definitiva, nos encontramos ante un caso en el que, tras una intervención quirúrgica, se evidencia la materialización de un riesgo típico contemplado en el documento de consentimiento informado y cuya producción no cabe relacionar con una mala praxis ni durante la cirugía ni, como sostiene el afectado, durante el periodo inmediatamente posterior. Por el contrario, los informes técnicos acreditan que la actuación médica, tras la aparición de la complicación, progresiva en cuanto a su instauración y gravedad, fue adecuada, interviniéndose de forma urgente para solventarla.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-