

Dictamen Núm. 192/2026

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

Secretaria:
Vera Estrada, Paz de
Letrada Adjunta a la Secretaría
General

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de julio 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 30 de abril de 2026 -registrada de entrada el 5 de mayo de ese mismo año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la falta de consentimiento y a la lesión iatrogénica del nervio sural.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 2 de agosto de 2024, un procurador, que dice actuar en nombre y representación de la interesada, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Expone que la perjudicada sufrió una fractura de tobillo izquierdo que requirió la realización de una osteosíntesis el 21 de abril de 2021. Añade que el 2 de junio de 2021 fue intervenida para una cirugía programada de tobillo en la que se le realiza un lavado de la herida quirúrgica, durante la cual manifiesta que le “seccionan el nervio sural”. Sostiene que “la sección del nervio no fue advertida por el cirujano durante la intervención” y considera que “no es suficiente decir que es un riesgo de la cirugía”. A su juicio se ha producido un retraso diagnóstico de esta lesión que no se objetiva hasta el 16 de diciembre de 2022, padeciendo durante ese tiempo dolor neuropático persistente. Y considera que existe “una pérdida de oportunidad de haberse podido obtener un mejor resultado a través de una reintervención”, habiendo padecido durante ese tiempo “dolor y limitaciones (...) incapacitantes para la vida diaria”. También manifiesta el padecimiento de infecciones intrahospitalarias recurrentes, que “puede evitarse con la debida asepsia”.

Por último, alega la existencia de un “defecto de información adecuada”, aduciendo que “no estaba advertida de las posibles técnicas a aplicar y del grave riesgo y de las consecuencias que podía acarrear como ocurrió en este caso con la sección del nervio”.

Solicita una indemnización de cien mil euros (100.000 €) que desglosa en los siguientes conceptos: por 7 días de perjuicio personal grave (648,62 €); 803 días de perjuicio personal (51.592,75 €); por 11 puntos de secuelas (12.911,19 €); por 4 puntos por perjuicio estético ligero (4.113,57 €); por un perjuicio por pérdida de calidad de vida (18.532,29 €) y el lucro cesante. Asimismo, interesa el abono de los intereses que procedan.

Por medio de otrosí interesa que se incorpore la historia clínica desde abril de 2021 hasta la actualidad, así como los documentos de consentimiento informado en relación a la cirugía realizada el 1 de junio de 2021.

Adjunta a su escrito copia de la documentación médica relativa al proceso médico de referencia.

2. Mediante oficio de 9 de agosto de 2024, el Inspector de Prestaciones Sanitarias requiere al procurador que actúa en nombre de la interesada para que en el plazo de diez días acredite la representación que dice ostentar, con la advertencia de que, si así no lo hiera, se le tendrá por desistido en su reclamación.

El 20 de noviembre de 2024 se registra de entrada un escrito del representante de la reclamante atendiendo al requerimiento formulado. Aporta un poder notarial a fin de acreditar la representación.

3. Con fecha 22 de noviembre de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al representante de la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 8 de enero de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria X le remite una copia de la historia clínica.

El 10 de enero de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria Y le remite el informe elaborado el 2 de enero de 2025 por el facultativo especialista del Área de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital X en respuesta a la solicitud del Instructor. Tras exponer la cronología de los hechos señala que la patología de la reclamante “era difícil de identificar puesto que la descripción de los dolores (...) no seguía en el patrón típico”. Añade que el nervio sural “en la prueba objetiva realizada (EMG) presenta normalidad en la conducción sensitiva”.

Con fecha 28 de enero de 2025, el Secretario de la Gerencia del Área Sanitaria Y le remite 2 CD que contienen una copia de la historia clínica de la paciente y pruebas de imagen.

5. Mediante oficio de 4 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del Área Sanitaria Y el documento de consentimiento informado de la cirugía inicial realizada el 21 de abril de 2021 y las radiografías preoperatorias y postoperatorias de la fractura.

El 10 de abril de 2025 se remite desde la Gerencia del Área Sanitaria X un documento de “consentimiento informado para la administración de sedación y analgesia durante procedimientos endoscópicos por endoscopista”, sin firma; y un CD correspondiente a 5 estudios realizados entre el 21 de abril de 2021 y el 14 de junio de 2022.

6. Con fecha 21 de abril de 2025, el Instructor del procedimiento reitera petición a la Gerencia del Área Sanitaria Y para que remitan el documento de consentimiento informado de la cirugía inicial realizada el 21 de abril de 2021 y las radiografías preoperatorias y postoperatorias de la fractura.

El 29 de abril le remiten la documentación solicitada, comprensiva de 3 CD con las radiografías, y con una copia del consentimiento informado para anestesia general y otro para anestesia loco-regional, firmados por la paciente el 21 de abril de 2021.

7. A continuación obra incorporado al expediente el informe pericial emitido el 16 de junio de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En primer lugar, formula una serie de consideraciones médicas sobre la anatomía de tobillo, y de los nervios sural y peroneo superficial, la fractura de tobillo, los tipos de lesiones traumáticas del nervio periférico, las lesiones nerviosas iatrogénicas, las lesiones nerviosas traumáticas, los factores pronósticos de las lesiones de nervio periférico y los neuromas del nervio periférico. Seguidamente, analiza la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, tras lo cual concluye que “tanto la infección como la neuropatía postoperatoria son riesgos inherentes a las cirugías que se realizaron”. Señala que “la infección es un riesgo impredecible inevitable

que ocurre en un 2 % de los casos”. Explica que “las neuropatías periféricas por fibrosis pericicatricial o los neuromas posquirúrgicos se pueden producir por comprensión, por tracción o por laceración, y en la mayoría de los casos son inevitables debido a que por la propia manipulación quirúrgica de separación de estructuras nerviosas o la propia cicatrización pueden provocar la neuropatía”. Considera que “el tratamiento realizado para la infección y las terapias realizadas para la neuropatía del nervio sural fueron correctas”. Y no aprecia “mala praxis por la materialización de patologías descritas en la literatura científica que aborda este tipo de lesiones y que se han tratado de manera correcta”.

8. Mediante oficio notificado al representante de la reclamante el 25 de julio de 2025 se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Transcurrido el plazo señalado, no consta que haya formulado alegaciones.

9. Con fecha 24 de marzo de 2026, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes médicos emitidos durante la instrucción del expediente por el Servicio implicado y en la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. Razona que “` el ‘retraso diagnóstico’ que reprocha la reclamante no se debió a una mala praxis, sino que la sintomatología que refería la paciente no se adecuaba al territorio de inervación de ningún nervio que pudiera haberse lesionado durante la cirugía. La infección postquirúrgica que sufrió es una complicación inherente al procedimiento quirúrgico, imprevisible e inevitable (2 % de los casos) y fue tratada de forma correcta. La neuropatía del nervio sural también constituye un riesgo inherente a la cirugía practicada, son inevitables y se producen por la manipulación quirúrgica o la propia cicatriz que puede dejar atrapado al nervio. Todas las complicaciones que aparecieron fueron tratadas de forma adecuada y con todos los medios disponibles”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de abril 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 la interesada activamente legitimada 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).

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 caso examinado, la interesada imputa al servicio público sanitario los daños y perjuicios derivados de la lesión del nervio sural, que sitúa temporalmente en la intervención quirúrgica de limpieza-lavado de la herida quirúrgica practicada el 2 de junio de 2021. Ahora bien, la evolución clínica posterior evidencia que el proceso asistencial se prolongó durante varios años, siendo preciso realizar sucesivas actuaciones diagnósticas y terapéuticas, entre ellas la cirugía de revisión practicada el 16 de diciembre de 2022, en la que se objetivó un neuroma del nervio sural. Asimismo, precisó el implante de un neuroestimulador en enero de 2024, posteriormente retirado en junio del mismo año.

Por tanto, presentada la reclamación el día 2 de agosto de 2024, es claro que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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 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 ha 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 que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 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 interesada solicita una indemnización por los daños y perjuicios que imputa a la sección del nervio sural durante una intervención realizada en un hospital público.

En cuanto a la efectividad del daño, la documentación incorporada al expediente acredita que la perjudicada, tras ser intervenida mediante una osteosíntesis de tobillo izquierdo y una posterior reintervención para la limpieza-lavado de la herida quirúrgica infectada, presentó una lesión del nervio sural, objetivada durante la cirugía de revisión practicada el 16 de diciembre de 2022, que precisó tratamiento quirúrgico y cuya evolución posterior estuvo marcada por la persistencia de dolor neuropático, requiriendo incluso el implante y posterior retirada de un neuroestimulador. Por tanto, podemos dar por acreditado la realidad del daño alegado, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar del mismo, en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, como venimos reiterando, 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, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo

analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 enfermo 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-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables, en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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 (entre otros, 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 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, y puesto que se reprocha una omisión diagnóstica, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos, en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *Lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, igualmente, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que, quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos -existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente- eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada. Y todo ello, al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo -ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso sometido a nuestra consideración, la reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria en la existencia de una supuesta mala praxis asistencial, que identifica con la producción de una lesión del nervio sural durante la asistencia recibida, un retraso en el diagnóstico y tratamiento de

dicha lesión y un déficit de información sobre los riesgos inherentes a las intervenciones practicadas.

En cuanto a la alegada infracción de la *lex artis* en la práctica quirúrgica, consta en el expediente que la interesada sufrió una fractura transindesmal de tobillo izquierdo como consecuencia de una caída, siendo intervenida el día 21 de abril de 2021 mediante una cirugía de osteosíntesis. Respecto a la indicación y ejecución de dicha intervención, el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que informa por cuenta de la compañía aseguradora señala que la paciente presentaba “una fractura inestable y desplazada con apertura de mortaja tibioperoneoastragalina del tobillo tipo B de Weber o 44 B2 de la AO”, siendo “la reducción abierta y fijación interna la cirugía de elección”. Añade que se practicó una “reducción abierta y fijación interna”, sin observar “ningún defecto técnico” en su ejecución, por lo que concluye que “la técnica quirúrgica utilizada fue correcta”.

La evolución postoperatoria se complicó con una infección de la herida quirúrgica, motivo por el que la paciente acudió al Servicio de Urgencias el 23 de mayo de 2021. Inicialmente se instauró tratamiento antibiótico y, ante la evolución del cuadro, el día 2 de junio de 2021 se procedió a la limpieza del lecho quirúrgico. Con posterioridad comenzó a presentar una clínica dolorosa de características neuropáticas que, en un primer momento, se relacionó con la presencia del material de osteosíntesis, acordándose su retirada el 4 de abril de 2022. Posteriormente, tras diversas exploraciones, la paciente fue intervenida el 16 de diciembre de 2022 en el Hospital Y, objetivándose durante dicha cirugía la existencia de un neuroma del nervio sural.

La reclamante sostiene que fue durante la intervención de lavado de la herida quirúrgica realizada el 2 de junio de 2021 cuando “se produjo la sección del nervio sural”. Sin embargo, la mera constatación de una lesión de dicho nervio no constituye, por sí sola, prueba de una actuación contraria a la *lex artis*, siendo preciso acreditar que aquella obedeció a una actuación técnicamente

incorrecta y no a la materialización de un riesgo inherente a la intervención practicada.

En este sentido, tanto la propuesta de resolución como los informes médicos incorporados al expediente coinciden en señalar que la lesión del nervio sural constituye una complicación descrita en la literatura científica para este tipo de procedimientos. La especialista que informa por cuenta de la compañía aseguradora explica que “el daño intraoperatorio directo es el más frecuente e incluye sección parcial o completa del nervio”, añadiendo que “las neuropatías periféricas por fibrosis pericatricial o los neuromas posquirúrgicos se pueden producir por comprensión, por tracción o por laceración, y en la mayoría de los casos son inevitables debido a que por la propia manipulación quirúrgica de separación de estructuras nerviosas o la propia cicatrización pueden provocar la neuropatía”. Asimismo, incorpora a su informe una reseña bibliográfica sobre el neuroma del nervio sural como complicación iatrogénica de la cirugía del tobillo, en la que se concluye que “los neuromas comportan una complicación nerviosa iatrogénica durante la cirugía de tobillo que se puede producir por contusión directa o estiramiento”.

Ahora bien, de la documentación obrante en el expediente no resulta posible determinar con certeza el momento en que se produjo la lesión del nervio sural. En efecto, la secuencia temporal pone de manifiesto que la sintomatología neuropática apareció inmediatamente después de la reintervención practicada el 2 de junio de 2021, constando que la paciente acudió al Servicio de Urgencias el día 6 de junio “por aumento del dolor desde la reintervención haciéndose más intenso hoy, con sensación de inflamación del pie y aumento de presión, y sensación de parestesias y ‘quemazón’” (informe clínico de Urgencias de 6 de junio de 2021, CD 102). Del mismo modo, cuando posteriormente fue valorada en una clínica privada, se hizo constar que el dolor “comenzó a modo de corrientes en junio de 2021 tras la limpieza quirúrgica”, emitiéndose el diagnóstico de “probable atrapamiento del nervio peroneo superficial pericatricial”.

No obstante, tales datos únicamente permiten apreciar una proximidad temporal entre la reintervención y el inicio de la clínica neuropática, pero no acreditan que la lesión del nervio se produjera necesariamente durante dicho procedimiento. Antes al contrario, las pruebas diagnósticas practicadas con posterioridad evidencian la complejidad del cuadro clínico. Así, el estudio neurofisiológico realizado el 17 de agosto de 2022 informó de una “neuropatía peroneal superficial izquierda (sensitiva)”, haciendo constar, al mismo tiempo, la “normalidad en la conducción sensitiva de ambos nervios surales”. Solo durante la cirugía de revisión practicada el 16 de diciembre de 2022 se objetivó directamente la existencia de un neuroma del nervio sural, hallazgo que confirma la lesión de este nervio, pero que no permite establecer retrospectivamente el momento concreto en que se produjo.

En cualquier caso, aun cuando no haya podido determinarse el momento exacto en que se produjo la lesión nerviosa, los informes médicos obrantes en el expediente sostienen que la indicación y ejecución de las intervenciones practicadas fueron correctas, sin que tales conclusiones hayan sido desvirtuadas por la reclamante, que ni siquiera compareció en el trámite de audiencia, por lo que no ha quedado acreditada la existencia de mala praxis respecto a las intervenciones señaladas.

Sobre el supuesto retraso diagnóstico y terapéutico de la lesión nerviosa, la reclamante sostiene que, desde un primer momento, presentó una clínica compatible con dolor neuropático, pese a lo cual no se realizaron las pruebas necesarias para determinar su origen. Afirma que la patología permaneció “sin diagnóstico correcto durante más de año y medio”, señalando que la primera prueba diagnóstica específicamente dirigida a valorar dicha sintomatología fue el estudio neurofisiológico realizado en agosto de 2022 por el Servicio de Neurofisiología del Hospital X, siendo diagnosticado posteriormente el neuroma del nervio sural durante la intervención practicada en el Hospital Y en diciembre de 2022. Considera, por ello, que existió una pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica, al haber sufrido durante dicho periodo “dolores y mala evolución”.

No obstante, del análisis de la documentación médica incorporada al expediente no se desprende que haya existido una demora asistencial contraria a la *lex artis*. Como se ha indicado, la paciente comenzó a referir dolor de características neuropáticas tras la intervención de limpieza de la herida quirúrgica, siendo inicialmente valorada en relación con la evolución postoperatoria y con la posible repercusión del material de osteosíntesis. En este sentido, la evolución clínica pone de manifiesto que el persistente cuadro doloroso fue objeto de seguimiento y tratamiento, acordándose incluso la extracción del material de osteosíntesis el 4 de abril de 2022 con la finalidad de aliviar la sintomatología, al considerarse entonces que esta podía guardar relación con el material implantado. Solo cuando dicha medida no produjo la mejoría esperada se ampliaron las exploraciones diagnósticas, realizándose el estudio neurofisiológico que orientó el cuadro hacia una neuropatía periférica y permitió su posterior revisión quirúrgica. Al respecto, el facultativo especialista del Área de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital X explica que el cuadro presentaba una especial dificultad diagnóstica, señalando que “el nervio peroneo superficial es un nervio alejado de la incisión maleolar externa de muy poco probable lesión en dichas cirugías” y destacando que el nervio finalmente afectado, el nervio sural, presentaba una “normalidad en la conducción sensitiva” en la prueba neurofisiológica realizada. En efecto, la electroneurografía practicada el 17 de agosto de 2022 informó de “normalidad en la conducción sensitiva de ambos nervios surales”, siendo la impresión diagnóstica de “neuropatía peroneal superficial izquierda (sensitiva), con probable componente plantar asociado” (informe del Servicio de Neurofisiología de 19 de agosto de 2022, CD 102). Esta circunstancia resulta relevante, pues evidencia que la identificación de la estructura nerviosa afectada no resultaba sencilla, al no existir inicialmente una correspondencia clara entre la sintomatología referida y los hallazgos objetivos disponibles. El propio facultativo señala que la patología “era difícil de identificar puesto que la descripción de los dolores (que en ocasiones llegaban al muslo o

ingle) que la paciente refería no seguían el patrón típico de ningún nervio que se pudiera haber lesionado iatrogénicamente en la cirugía”.

Posteriormente, durante la cirugía de revisión realizada el 16 de diciembre de 2022, se objetivó la existencia de un neuroma del nervio sural, procediéndose a su tratamiento, y se localiza el nervio peroneo superficial, “que se encuentra íntegro” (folio 67 de la historia clínica remitida por el Hospital Y, CD 95). Sin embargo, este hallazgo no permite concluir que existiera previamente un retraso diagnóstico imputable al servicio sanitario, pues hasta ese momento no existían datos objetivos concluyentes que permitieran identificar con certeza la lesión.

Ante la ausencia de otros informes periciales de contraste y a tenor de la documentación obrante en el expediente remitido, no apreciamos la existencia de una demora diagnóstica constitutiva de infracción de la *lex artis*, al no haberse acreditado que la actuación de los servicios sanitarios se apartara de los estándares exigibles ni que una actuación anterior hubiera evitado o minorado el daño finalmente producido.

Restaría por analizar si la información proporcionada a la reclamante fue suficiente para poder decidir sobre los procedimientos quirúrgicos a los que se sometió. La interesada sostiene en su escrito inicial la existencia de un “defecto de información adecuada” en relación con los “graves daños que podría causarle la intervención médica”, afirmando que “no estaba advertida de las posibles técnicas a aplicar y del grave riesgo y de las consecuencias que podía acarrear como ocurrió en este caso con la sección del nervio”. Aunque no concreta expresamente a cuál de las intervenciones quirúrgicas se refiere, la ausencia de una determinación clara sobre el momento en que pudo producirse la lesión del nervio sural obliga a analizar la información facilitada con ocasión de las dos actuaciones quirúrgicas potencialmente relacionadas con aquella: la osteosíntesis practicada el 21 de abril de 2021 y la posterior limpieza-lavado de la herida quirúrgica realizada el 2 de junio de 2021.

En relación con la primera intervención, consta acreditado que la paciente fue sometida a una cirugía de osteosíntesis del tobillo izquierdo mediante

reducción abierta y fijación interna, procedimiento invasivo que exigía, conforme al artículo 8.2 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, la prestación del consentimiento por escrito.

Sin embargo, entre la documentación remitida únicamente figuran los documentos de consentimiento informado para anestesia general y para anestesia locorregional, firmados por la paciente el día 21 de abril de 2021, sin que conste incorporado al expediente el consentimiento informado específico correspondiente a la cirugía traumatológica practicada. Debe destacarse que, advertida dicha ausencia durante la instrucción del procedimiento, el órgano instructor solicitó en varias ocasiones a la Gerencia del Área Sanitaria Y la remisión del consentimiento informado correspondiente a la intervención de osteosíntesis, sin que dicho documento haya sido incorporado al expediente. Cabría valorar entonces la concreta información verbal facilitada al interesado, pues, como tiene declarado el Tribunal Supremo, la ausencia del soporte documental del riesgo no conduce automáticamente a la negación del consentimiento, cuya realidad puede acreditarse por distintos medios; sin embargo, ello supone invertir la carga de la prueba de que efectivamente se proporcionó la información pertinente y se prestó el consentimiento, prueba de un hecho positivo que ha de aportar la Administración (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 28 de junio de 1999, 4 de abril de 2000 y, más recientemente, 25 de abril de 2005 -todas ellas de la Sección 6.ª-, así como las de 25 de mayo y 27 de diciembre de 2011 -ambas de la Sección 4.ª-). También hemos señalado en ocasiones precedentes (entre otras, en el Dictamen Núm. 361/2011) que no cabe excluir *a priori* la eficacia del consentimiento verbal; ahora bien, la Administración ha de probar que se proporcionó la información adecuada al paciente, no resultando suficiente a tales efectos “la mera aceptación de la intervención -presumible por su carácter programado, pero carente de sentido informativo-”.

En el presente caso, el facultativo especialista del Área del Servicio de

Cirugía Ortopédica y Traumatología afirma en el informe elaborado el 2 de enero de 2025 que le explicó a la paciente “ventajas e inconvenientes y alternativas” del tratamiento quirúrgico. En efecto, revisada la historia clínica comprobamos que en las notas de progreso del Servicio de Traumatología existe una anotación según la cual se explican a la paciente las “ventajas e inconvenientes y alternativas” del tratamiento quirúrgico (folio 1 de las notas de progreso del Servicio de Traumatología, CD 102), si bien dicha anotación es el único elemento que consta en la historia clínica en relación con la información facilitada a la paciente. Pues bien, tales referencias genéricas no permiten en este caso conocer cuál fue el alcance concreto de la información proporcionada a la paciente, ni si comprendía los riesgos específicos asociados a la intervención, entre ellos la posible lesión de estructuras nerviosas periféricas. En consecuencia, aunque no pueda afirmarse que la paciente desconociera absolutamente la naturaleza del procedimiento al que iba a ser sometida, la documentación incorporada al expediente no permite tener por acreditado que recibiera una información suficiente y específica sobre los riesgos relevantes de la intervención, en los términos exigidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Por lo que se refiere a la reintervención practicada el 2 de junio de 2021 para la limpieza y lavado de la herida quirúrgica, consta incorporado al expediente un “documento de consentimiento informado general”, firmado por la paciente el día 1 de junio de 2021, en el que presta su consentimiento para la realización del procedimiento denominado “limpieza-lavado herida tobillo” (CD 102). Ahora bien, dicho documento no contiene una información específica sobre las complicaciones asociadas al procedimiento, pues los apartados relativos a “riesgos típicos”, “riesgos personalizados” y “alternativas posibles” aparecen sin cumplimentar. Esta circunstancia resulta especialmente relevante, pues la intervención practicada no constituía una mera actuación asistencial rutinaria, sino un procedimiento quirúrgico invasivo dirigido al tratamiento de una complicación postoperatoria, susceptible de afectar a estructuras anatómicas

próximas al campo quirúrgico. A estos efectos, resulta particularmente ilustrativo el modelo de “documento de consentimiento informado de la SECOT para el tratamiento quirúrgico de la infección de herida quirúrgica” que la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología pone a disposición pública, en el que se contempla expresamente como riesgo típico del procedimiento la “lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores”. Aun cuando el modelo elaborado por la SECOT carece de carácter normativo, su contenido constituye un criterio técnico de indudable utilidad para valorar la suficiencia de la información suministrada al paciente, pues refleja los riesgos que la propia sociedad científica considera relevantes desde la perspectiva del consentimiento informado. En consecuencia, aunque no resulte exigible que los documentos de consentimiento informado incorporen una enumeración exhaustiva de todas las complicaciones posibles, sí resulta necesario que incluyan aquellos riesgos previsibles y relevantes cuya eventual materialización pueda influir en la decisión del paciente.

Como ha señalado recientemente este Consejo Consultivo en su Memoria correspondiente al año 2025, el deber de información previsto en el capítulo IV de la Ley 41/2002 tiene como finalidad preservar la autonomía del paciente, de modo que “la suficiencia y adecuación de la información que presten los servicios sanitarios sea clave para el buen funcionamiento de estos; ya que, en términos jurídicos, como en innumerables ocasiones ha recordado el Consejo Consultivo, la infracción de esta obligación puede representar, en sí misma, una infracción de la *lex artis*, aun cuando no haya habido una infracción en la práctica de la asistencia médica prestada al paciente”. Y recordamos la importancia de que “los servicios médicos incorporen a la información que deben ofrecer a los pacientes, sobre todo en intervenciones invasivas, los riesgos que pueden producirse con un detalle suficiente para que el paciente pueda distinguirlos y hacerse cargo de los mismos a la hora de consentir el tratamiento que se le propone. E incluir, en todo caso, aquellas complicaciones que sean graves, aun cuando la probabilidad

de que se produzcan sea baja". En cuanto al contenido y alcance del consentimiento informado ha insistido el Tribunal Supremo en que "si la exigencia del consentimiento informado no quiere convertirse en una mera rutina formularia sino que responda a la realidad de ofrecer al paciente la posibilidad de plena información que le permita adoptar una decisión en orden a la prestación sanitaria a recibir, es necesario que el documento en que se presta el consentimiento por el paciente no constituya un simple documento de consentimiento informado genérico, sino que se adecue a las necesarias exigencias de concreción en cuanto a la específica operación quirúrgica a la que aquel paciente va a ser sometido" (Sentencia de 23 de marzo de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:1401-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª).

En el presente supuesto, el documento firmado por la paciente para la intervención de limpieza-lavado de herida es un modelo genérico que se limita a identificar el procedimiento al que iba a ser sometida, sin incorporar referencia alguna a sus riesgos específicos, pese a que, como se ha indicado, la lesión nerviosa constituye una complicación descrita y contemplada en los modelos específicos elaborados por la propia SECOT. Por ello, estimamos que dicho documento no permite acreditar que la paciente hubiera sido advertida de un riesgo relevante que finalmente se materializó.

En definitiva, no ha quedado acreditado que la lesión del nervio sural sea consecuencia de una actuación médica contraria a la *lex artis ad hoc*. Ambas intervenciones estaban indicadas, sin que se haya acreditado defecto técnico alguno en su ejecución, y la lesión nerviosa constituye una complicación descrita en la literatura médica que puede producirse aun cuando la asistencia se preste conforme a los estándares exigibles, por lo que el daño derivado de dicha lesión no reviste carácter antijurídico.

Ahora bien, ello no obsta al reconocimiento de la existencia de responsabilidad patrimonial derivada de un título de imputación distinto como es la lesión del derecho de autodeterminación del paciente derivado del incumplimiento del deber de información asistencial. La ausencia de acreditación

de una información suficiente sobre los riesgos relevantes de las intervenciones practicadas impidió a la paciente adoptar una decisión plenamente informada sobre la asunción del mismo, vulnerando así su derecho de autodeterminación y generando un daño moral autónomo susceptible de reparación.

SÉPTIMA.- Tras lo señalado, solo queda pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria que ha de reconocerse a la reclamante.

Atendiendo a la naturaleza de los perjuicios causados y a la reconocida dificultad para su valoración, ante la ausencia de parámetros objetivos, procede acudir a un juicio ponderado y razonable, considerando otros supuestos estimatorios en los que se compensa un déficit informativo y no una praxis médica inadecuada. Así, en otros supuestos de déficit informativo, hemos ponderado la existencia o no de un tratamiento alternativo al practicado (Dictámenes Núm. 240/2022 y 130/2024), la “probabilidad -ciertamente remota- de que se hubiera perturbado efectivamente la libre elección de tratamiento” (Dictamen Núm. 188/2023), o la “escasa probabilidad de que la enferma hubiera rechazado la intervención de haber conocido con mayor exactitud el riesgo”, cuando consta que ha asumido “otros de la misma entidad y gravedad” (Dictamen Núm. 156/2023), deteniéndonos singularmente en la inexistencia de “alternativa terapéutica atendible” (Dictamen Núm. 240/2022). En el caso examinado, ya hemos apuntado en la consideración anterior que las intervenciones practicadas estaban indicadas y que, atendidas las circunstancias clínicas de la paciente, no consta que existiera una alternativa terapéutica eficaz al procedimiento finalmente realizado. En particular, respecto de la cirugía de limpieza de la herida quirúrgica, consta que previamente se había intentado un tratamiento conservador mediante antibioterapia, que no resultó suficiente, siendo necesaria la actuación quirúrgica para el adecuado control del proceso infeccioso.

En consecuencia, en atención a las reseñadas circunstancias del caso planteada, y considerando otros precedentes similares (Dictámenes Núm.

113/2023, 201/2024 y 220/2025) se estima adecuado reconocer a la reclamante una indemnización de tres mil euros (3.000 €), en cuantía actualizada al tiempo de este pronunciamiento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos anteriormente señalados.”

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

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º