



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 384/2020

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de octubre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 324/2020 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 23 de mayo de 2017, a instancias de (...), por los daños sufridos como consecuencia del funcionamiento del SCS.

2. La interesada no cuantifica la indemnización que reclama, pero de estimarse la reclamación superaría los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación, puesto que la reclamación se presentó el 22 de mayo de 2017 en relación con un hecho lesivo producido, según la reclamante, el 10 de abril del mismo año.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del expediente que impidan un pronunciamiento de este Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La interesada basa su pretensión resarcitoria en lo siguiente:

*«El día 10 de abril de 2017, me realicé unas pruebas en la UCI, al cogerme la vía me dañaron el nervio de la mano izquierda por lo cual he tenido que coger la baja, por lo cual mi sueldo se me ve afectado y reclamo daños y perjuicios para compensar mi salario, dado que me dicen que la baja es para largo tiempo».*

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe con fecha 12 de marzo de 2019, que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

*«1.- Según la paciente, el día 10 de abril de 2017 se realizó unas pruebas en la UCI y al cogerle una vía en la mano izquierda le dañaron el nervio. Sin embargo, el Jefe de Servicio*

de Medicina Intensiva indicó en su escrito de fecha: 21-06-2017, que la paciente aludida no fue atendida por su servicio.

2.- El día 22-05-2017, la paciente se realiza estudio ENG y EMG en el Servicio de Neurofisiología del HUNSC.

3.- El día 02-06-2017 acude a consulta de la Unidad del Dolor para valoración del resultado neurofisiológico.

#### CONSIDERACIONES

1.- Clarificar que una neuropatía quiere decir que se ha producido un daño en los nervios, de forma que la red de comunicaciones que transmite información entre el sistema nervioso central y todas las demás partes del cuerpo dañadas, produce lo que se conoce como neuropatía periférica. Hay más de 100 tipos de neuropatías periféricas, cada una con sus propios síntomas y evolución. En general se clasifican según el tipo de daño a los nervios. Si solo afecta a uno se denomina mononeuropatía, y si afecta a dos o más se denomina polineuropatía. Esta última suele darse con mucha más frecuencia. También se puede clasificar según los nervios que se ven afectados del sistema sensorial, motor o autónomo. La neuropatía sensitiva es el daño que se ha producido en una neurona sensorial, dando lugar a una sensibilidad muy dolorosa con el calor o el frío. Por lo tanto, si el daño afecta a los nervios que nos trae la información de la sensibilidad, estaríamos hablando de una neuropatía sensorial. Si el nervio que está dañado es el que causa el movimiento, sería una neuropatía motora, mientras si es el nervio autonómico, hablaríamos de una neuropatía autonómica. Así, bajo el concepto de neuropatía sensitiva, se agrupan todas las enfermedades que afectan a uno o más nervios periféricos sensoriales.

2.- Las neuropatías sensitivas dolorosas son un grupo heterogéneo de entidades que, en muchas ocasiones, su diagnóstico se hace difícil debido a que se manifiestan muy pocos datos clínicos y neurofisiológicos objetivos.

3.- Existen numerosas neuropatías sensitivas de causas diferentes pero los síntomas suelen ser similares. Entre ellos el hormigueo, entumecimiento (parestias), sensaciones dolorosas del tipo quemaduras o de descargas eléctricas son frecuentes. El dolor suele ser el primer síntoma. Se inicia en los pies para ir extendiéndose de forma gradual a las zonas próximas de las extremidades, alcanzando las manos y brazos. El dolor quemante ha sido atribuido a las fibras pequeñas mielinizadas y no mielinizadas en condiciones como la amiloidosis, la enfermedad de Tangier y Fabry y algunos casos de neuropatías hereditarias y autonómicas. El dolor puede llegar a ser muy intenso, produciéndose alteraciones en la marcha, ya que el propio contacto con el suelo aumenta el dolor. Evidentemente, los síntomas varían dependiendo de qué nervios - si motores, sensoriales o autónomos - están dañados. Algunas neuropatías afectaran a un solo tipo de nervios o varios. En el supuesto de ser un daño en el nervio sensorial, los síntomas son muy variados, ya que los nervios

sensoriales tienen una amplia gama de funciones. Si el daño está causado en las fibras sensoriales grandes, el deterioro se produce en el tacto, lo que resulta en una disminución general de las sensaciones. Dado que suele sentirse más en manos y pies, la persona puede sentir como si estuviera usando guantes o medias. Este daño, además, puede contribuir a que se pierdan los reflejos. Otro de los síntomas que puede provocar un daño en el nervio sensorial es la incapacidad de coordinar los movimientos complejos, como andar o abrocharse un botón. En el caso de que fueran las fibras pequeñas las que están dañadas, este daño puede llevar a la incapacidad de sentir dolor o cambios en la temperatura.

4.- En resumen, los síntomas de una neuropatía sensitiva serían:

- Inicio gradual de entumecimiento o sensación de hormigueo en pies y manos que puede extenderse hacia arriba en las piernas y los brazos.

- Dolores punzantes, palpitantes o dolor de congelación.

- Extrema sensibilidad al tacto.

- Debilidad muscular o parálisis si afectan a los nervios motores.

- dolor, ardor, hormigueo, sensibilidad anormal en cualquier zona del cuerpo (llamado neuralgia).

5.- La neuropatía sensitiva de fibras finas puede ocurrir en aquellos pacientes con diabetes mellitus, infección por VIH, amiloidosis, mal de Tangier, síndrome de Sjögren, etc. El daño al nervio puede ser causado por diversos factores:

- Trastornos inmunitarios

- Afecciones que ejercen presión sobre los nervios

- Reducción del flujo sanguíneo al nervio

- Hinchazón o inflamación de los nervios

- Enfermedades que destruyen el tejido conectivo que mantiene las células y los tejidos unidos.

- Exposición a venenos, sustancias tóxicas como metales pesados o productos químicos.

- Ciertos medicamentos pueden causar neuropatías periféricas como algunos de los que se utilizan para tratar casos de cáncer.

- Trastornos como la enfermedad de Charcot-M.-Tooth, que es un tipo de neuropatía hereditaria.

- Trauma o presión sobre el nervio, tales como accidentes, caídas o lesiones deportivas pueden romper los nervios periféricos.

- Trastornos de la médula ósea. Esto incluye proteínas anormales en la sangre, linfomas y la amiloidosis.

-Deficiencia de vitaminas B12, B1 y E.

-Enfermedades renales, hepáticas, problemas de tiroides o trastornos del tejido conectivo.

6.- Como dijimos en el punto 3 el principal problema a la hora de realizar el diagnóstico reside en que el dolor es el único síntoma, por lo que es difícil decidir si ese dolor es causado por una neuropatía o se debe a otras causas. Las exploraciones necesarias para el diagnóstico incluyen: Biopsia de piel, biopsia de nervio, estudios neurofisiológicos, test sensitivo cuantitativo y NCV. La Velocidad de conducción nerviosa (NCV): es una prueba que permite medir el grado de daño en las fibras nerviosas grandes, revelando por tanto si los síntomas son causados por la degeneración de la vaina de mielina o por el axón. En el caso estudiado era el axón.

7.- Aclarar que la evaluación del sistema nervioso autónomo: nos puede ayudar en el diagnóstico diferencial de la neuropatía sensitiva dolorosa, ya que algunas se asocian a diabetes, o neuropatías sensitivo-autonómicas.

8.- Algunos ejemplos de neuropatías son:

- Polineuropatía periférica: dolor que quema, puntada, empeora cuando camina, reducción de la sensibilidad den los pies.

- Neuralgia de Trigémino: dolor intenso, agudo en el labio superior y en la nariz que empeora al masticar o simplemente al cepillarse los dientes.

- Síndrome del túnel del carpo: dolor agudo, hormigueo y reducción de la sensibilidad en el 1º, 2º y 3er dedo y en el palmar de la mano.

- Neuralgia postherpética: dolor con sensación de quemadura en la región torácica.

9.- La prevalencia mundial es cercana de 2.400 por 100.000 habitantes (2.4%) aumentando con la edad a 8.000 por 100.000 (8%). El tipo más frecuente es la parálisis facial periférica idiopática o de Bell, seguida del síndrome del túnel del carpo. Sin embargo, deben recordarse otras causas frecuentes como la diabetes mellitus por algún grado de neuropatía periférica.

10.- La persona que padece una neuropatía puede llegar a recuperarse, siempre y cuando pueda hallarse la causa que la provoca y, por tanto, llevar a cabo un tratamiento eficaz.

11.- Dependiendo de la neuropatía que tenga, variarán tanto los síntomas como su pronóstico. Algunas personas no presentan discapacidad, mientras que otras sí tienen una pérdida parcial o completa del movimiento, el funcionamiento o la sensibilidad.

12.- La neuropatía axonal puede manifestarse, como todas las neuropatías, por alteraciones motoras o sensitivas, de localización diversas que dependerá de las neuronas

*implicadas. La neuropatía axonal es una neuropatía que se localiza a nivel de los axones, que son las prolongaciones de las neuronas que sirven para transmitir la información entre las diferentes neuronas del cuerpo o desde una neurona a una célula efectora de la información. Los axones pueden lesionarse tras un traumatismo violento sobre el nervio, debido a una enfermedad de los nervios o a la toma de ciertos medicamentos.*

*13.- En el caso que no ocupa, la paciente fue diagnosticada -por Informe de estudio neurofisiológico de 22-05-2017-, de Neuropatía sensitiva de carácter axonal (en el endoneuro se sitúa el axón que es la parte más interna del nervio) -no afectación de la vaina de mielina de intensidad leve, sin dolor en reposo y al movimiento con un EVA de 6 sobre 10. No consta -en el mencionado Informe- alusión alguna a solución de continuidad ni injuria/traumatismo del epineuro o perineuro (partes más externas de un nervio) de los nervios estudiados del brazo izquierdo de la paciente: Mediano, Cubital y Radial. El diagnóstico principal para la mano fue: Dolor Neuropático en mano Izquierda. Era tratada en la Unidad del Dolor por padecer: Coccicodinia y Dolor perianal. Consideramos que es imposible alcanzar el endoneuro axonal -parte más interna del nervio- sin lesionar previamente la parte más externa (de fuera a dentro: el epineuro y el perineuro). De modo que, desmostrado que no pudo existir lesión externa del nervio Mediano, descartaríamos la veno-punción/venoclisis -de la vía tomada en la mano izquierda para el tratamiento mediante radiofrecuencia, pautado y administrado en la Unidad del Dolor del HUNSC-, como la causa de la neuropatía sensitiva axonal leve.*

*14.- Las neuropatías deben distinguirse de las mielino-patías o neuropatías desmielinizantes que afectan a la mielina, una sustancia que rodea al axón y que permite una transmisión más rápida de los impulsos nerviosos. La información se transmite de forma más lenta en caso de destrucción de la mielina.*

*15.- El dolor neuropático surge por muy diversas causas. Las más habituales son causas infecciosas -como la neuralgia posherpética-, causas metabólicas -como la neuropatía diabética-, cuadro asociado a alteraciones del sistema nervioso periférico -como el dolor radicular asociado a las hernias discales- o a patologías secundarias a enfermedades del sistema nervioso central - como un ictus que puede producir un tipo de dolor que denominamos dolor central y que tiene características de dolor neuropático-. El dolor neuropático a menudo se asocia a una hipersensibilización de los receptores del dolor en la piel, con lo que las personas sienten dolor severo ante estímulos que no causan ningún tipo de dolor. Un ejemplo sería, sentir dolor por el simple roce de unas sábanas. El dolor neuropático puede dañar también al nervio sensorial. Este llega a ser tan difícil de controlar, que puede afectar seriamente al bienestar emocional y la calidad de vida en general de la persona».*

3. En el citado informe, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

«CONCLUSIONES

1.- La paciente reclamante indicó en su Escrito de Reclamación que le habían realizado pruebas en la UCI. El Jefe de Servicio de la UCI de la HUNSC remitió nota -a solicitud del Servicio de Inspección- indicando que la paciente no había sido atendida en ese Servicio. No obstante, observamos en la Historia Clínica que la paciente fue tratada en la Unidad del Dolor.

2.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada en la Unidad del Dolor y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

3.- Por lo hasta ahora expuesto el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, a la vista de la documentación recabada luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos devengados considera -por conclusión razonada- que no cabe estimar la actuación de los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria, como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, valorando como correcta la actuación dispensada por aquéllos y, por tanto, carente de antijuridicidad; no hallando nexo de causalidad necesario para la pretensión reclamada, ni proceder anormal alguno en el decurso del proceso asistencial de: Tratamiento en la Unidad del Dolor perianal y Coccicodinia (dolor sacrococcigeo), operada de quiste sacrococcigeo por Cirugía General y Digestiva, hace 16 años.

4.- Por consiguiente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección valora de: Inexistente la responsabilidad patrimonial en la Administración Sanitaria».

4. Solicitado informe a la Unidad del Dolor, el SIP emite Informe complementario del siguiente tenor:

«1.- Por dolor sacrocoxígeo y puborectal, la reclamante estaba siendo tratada en la Unidad del Dolor desde abril de 2016 recibiendo tratamiento mediante radiofrecuencia el 9 de agosto de 2016 (RF). Consta al menos desde enero de 2017: Dolor en manos que en consulta de Reumatología se incluye como artropatía degenerativa. Por otra parte, en estudio con Electromiograma en la fecha 28 de mayo de 2013, explorados los nervios mediano y cubital de miembros superiores se observó la presencia de síndrome de túnel del carpo bilateral leve de predominio derecho. Este cuadro clínico se produce por atrapamiento del nervio mediano en la muñeca y dicha neuropatía compresiva puede ocasionar escasa sintomatología o dolor que se puede extender hacia el antebrazo, hormigueo, entumecimiento, y/o sensación disminuida con o sin dolor en la mano/dedos.

2.- En la sesión de RF practicada el 10 de abril de 2017, no consta incidencia alguna. El uso de un acceso venoso periférico es indispensable en la práctica clínica hospitalaria, que se realiza de manera protocolizada y rutinaria, bien para fines diagnósticos o para recibir tratamiento en forma de perfusión continua o intermitente. El acceso venoso se realizó en dorso de la mano izquierda lo que es correcto. Si la punción hubiese incidido o afectado nervio alguno, el dolor y/o el déficit motor/sensorial se presentarían de modo inmediato, en el momento de la técnica. Las complicaciones asociadas a la técnica consisten en irritación local, dolor, flebitis, infección, etc. Por otro lado, la punción venosa es una técnica que se tiene que realizar "a ciegas" siendo las lesiones nerviosas periféricas relacionadas con la venopunción extremadamente raras.

3.- No es hasta el 14 de abril de 2017 cuando acude a su médico de familia por " (...) dolor a nivel de muñeca izquierda (...) "; refiere que le pincharon el nervio (???). El 24 de abril de 2017 en consulta de revisión en la Unidad del Dolor manifiesta molestias en mano izquierda que la paciente asocia con la canalización de vía periférica.

4.- En estudio electromiograma de los nervios radial, mediano y cubital, realizado el 22 de mayo de 2017 se objetiva: "Neuropatía de nervios digitales sensitivos del nervio mediano izquierdo, 3º y 4º dedo, de carácter axonal, de intensidad leve." No existe afectación del nervio radial ni del nervio cubital. La afectación de nervios sensitivos del mediano izquierdo pudiera relacionarse con el cuadro incipiente que ya sufría desde 2013, síndrome de túnel carpiano bilateral leve. En informe de alta de tratamiento rehabilitador el 22.03.18 consta como sintomatología las parestesias distales del tercer dedo de la mano izquierda y que se le duerme la mano por la noche.

5.- Desde julio de 2018 inicia sintomatología ahora consistente en parestesias en mano derecha siendo valorada por traumatología y pautando ortesis de muñeca derecha. Por otra parte, en el momento actual persiste la patología coxigodinia y el dolor perianal. Revisado el plan de tratamiento, como tratamiento crónico, solo emplea Emla® crema para anestésica tópica.

6.- Se emite informe desfavorable».

5. Con fecha 23 de agosto de 2019 se dictó Acuerdo Probatorio y se acordó el preceptivo Trámite de Audiencia, tras lo cual, la interesada presenta escrito en el que insiste en que los daños por los que reclama se produjeron en el área de Cirugía Ambulatoria de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), el 10 de abril de 2017, al practicarle venopunción.

Alega que la canalización de la vía periférica le causó la lesión del nervio mediano en la muñeca izquierda. Con anterioridad, nunca había sufrido molestia ni adormecimiento en la mano izquierda. El traumatólogo del HUNSC, en informe de 16 de octubre de 2018, indica la existencia de lesión de nervio mediano en muñeca

izquierda tras canalización de vía periférica, también el traumatólogo de la Mutua, en su informe de 8 de junio de 2017 diagnostica: neuropatía del nervio mediano postraumática.

6. La Propuesta de Resolución, de fecha 25 de junio de 2020, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, al entender no probada la relación causal entre asistencia sanitaria y daño reclamado, sin haberse informado previamente por la Asesoría Jurídica Departamental al citarse expresamente otro informe previo sobre la misma cuestión.

### III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. También hemos dichos en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero) que el Tribunal Supremo viene afirmando que en el ámbito de la sanidad, Sentencia, de 28 de marzo de 2007, «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la*

*lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

*«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

*Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. En el presente procedimiento, la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que al cogerle la vía le dañaron el nervio de la mano izquierda. Sin

embargo, consta en el expediente que en el momento en que se produjeron los hechos la reclamante no refirió dolor ni queja alguna.

Según el SIP, si la punción hubiese incidido o afectado nervio alguno, el dolor y/o el déficit motor/sensorial se presentarían de modo inmediato, en el momento de la técnica.

No es hasta el 14 de abril de 2017 cuando acude a su médico de familia por dolor a nivel de muñeca izquierda. Posteriormente, el 24 de abril de 2017 en consulta de revisión en la Unidad del Dolor manifiesta molestias en mano izquierda que la paciente asocia con la canalización de vía periférica.

Por su parte, en el estudio electromiograma de los nervios radial, mediano y cubital, realizado el 22 de mayo de 2017 se objetiva: «*Neuropatía de nervios digitales sensitivos del nervio mediano izquierdo, 3º y 4º dedo, de carácter axonal, de intensidad leve*». No existe afectación del nervio radial ni del nervio cubital. La afectación de nervios sensitivos del mediano izquierdo pudiera relacionarse con el cuadro incipiente que ya sufría desde 2013, síndrome de túnel carpiano bilateral leve.

De lo anterior cabe concluir que la interesada no ha acreditado la relación causal entre la actuación del SCS y el daño alegado, elemento necesario para que surja la responsabilidad de la Administración.

4. Pero aun cuando fuera cierto, aunque sea en mera hipótesis, que el daño fue consecuencia de la venopunción, de la documentación clínica y de otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que la técnica se realizó adecuadamente, según los protocolos existentes. En efecto, consta que la sesión de RF practicada el 10 de abril de 2017, no hubo incidencia alguna, habiéndose respetado la *lex artis*. Ni quiera la interesada ha alegado mala praxis.

En definitiva, este Consejo entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizó la técnica adecuadamente; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide nuevamente, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de

concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

## **C O N C L U S I Ó N**

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera adecuada a Derecho.