Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 9 1 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de noviembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 463/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 24 de octubre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 27 de octubre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 204.114,81 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad 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 adelante, LCCC), en la redacción dada por la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025, y 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 (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y 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.

4. En el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

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. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 22 de octubre de 2024 respecto de unos daños que -según la interesada- fueron ocasionados en la intervención quirúrgica de 27 de noviembre de 2023, por lo que la acción para reclamar no se encuentra prescrita.

7. 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).

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, y en lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial en los siguientes términos:

«Que con fecha 27 de noviembre de 2023 fue intervenida en el Hospital de Fuerteventura del túnel carpiano de la mano derecha, tras la intervención acudía casi a diario para realizarse curas y por la presencia de dolores intensos y continuos por los que actualmente ha llegado a perder la movilidad de la mano casi por completo.

El hecho de que los síntomas continuaran presentes sugiere una posible complicación quirúrgica. La evidencia sugiere que la apertura incompleta del ligamento anular del carpo podría haber estado generando una presión sobre el nervio mediano, produciendo una compresión adicional que ha contribuido a la aparición de la algodistrofía tipo II, una condición de dolor crónico severo asociado a una lesión nerviosa específica. El impacto de la negligencia médica se extiende más allá de lo físico provocando un deterioro emocional considerable caracterizado por ansiedad, depresión, perdida de autonomía.

La falta de resolución y la progresión de los síntomas demuestran un deficiente manejo del postoperatorio, con incumplimiento de los estándares médicos esperados y una afectación grave en el bienestar del paciente.

La interesada refiere que durante todo el tiempo que estuvo en el Hospital no fui informada correctamente de los riesgos de la operación, ni firmó ningún documento de consentimiento informado conteniendo la información, explicando someramente el procedimiento quirúrgico sin que contemplara la pérdida de sensibilidad de su mano.

Solicita una indemnización por importe 204.114.81 €».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 3 de junio de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se exponen los siguientes:

« (…) ANTECEDENTES:

1.- Paciente mujer, nacida el 23/10/1981, de 42 años en el momento de los hechos. Presenta antecedentes laborales como camarera de pisos y, posteriormente, como cuidadora de niños, actividad en la que refiere haber sido objeto de acoso laboral. Su último puesto registrado fue como supervisora en una empresa del sector inmobiliario.

2.- Antecedentes médicos:

-Diabetes mellitus.

-Obesidad grado I.

-Fibromialgia: diagnosticada por médico de Atención Primaria en agosto de 2022, con diagnóstico confirmado por Reumatología en fecha 23/03/2023. En consulta con el Servicio de Reumatología se describe paciente con dolor generalizado de más de 3 meses de evolución, continuo, por encima y por debajo de la cintura, con afectación del esqueleto axial. Episodios de fatiga generalizada. Presenta más de 11 de 18 puntos dolorosos (tender points), hiperalgesia a cualquier digitopresión y contractura muscular generalizada. Refiere múltiples lesiones en relación con su actividad laboral. Se describe radiografía de manos de 2021: cambios degenerativos incipientes en las articulaciones interfalángicas (IF).

3.- Antecedentes de seguimiento por Salud Mental en su lugar de origen (Galicia) por cuadro depresivo reactivo a problemática familiar, en tratamiento farmacológico crónico con antidepresivos y analgésicos (nota clínica de Atención Primaria del 05/07/2017).

Tras su traslado a Fuerteventura, inicia seguimiento con Salud Mental en junio de 2018, en el contexto de sintomatología ansioso-depresiva relacionada con factores estresores. En septiembre de 2018 presenta un intento autolítico mediante sobreingesta medicamentosa con modalidad impulsiva y en contexto de sobrecarga y sentimientos de incomprensión, agotamiento, injusticia. Ese mismo año abandona el seguimiento.

Reinicia seguimiento en 2022 por clínica ansioso-depresiva reactiva al dolor incapacitante asociado a su cuadro de fibromialgia. El 04/05/2022 la paciente comenta "búsqueda incapacitación por las limitaciones físicas".

El 16/03/2023, la psicóloga relata que la paciente "menciona que hace un año le diagnosticaron fibromialgia (...) . También refiere padecer artrosis degenerativa y tendinosis en hombros. Manifiesta tener dolores y miedo a quedarse inválida".

En la nota del 11/07/2023 se recoge: "refiere seguir con dolores que le limitan en su vida cotidiana (...) menciona estar inactiva gran parte del día por los dolores".

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Valoración en el Hospital General de Fuerteventura (HGF) por Traumatología el 20/09/2022 por dolor en ambos hombros y en ambas muñecas asociado a sensación de hormigueos, se le caen las cosas de las manos, dolor para destapar un frasco. Se diagnostica de: tendinitis bilateral del supraespinoso [inflamación de los tendones del músculo

supraespinoso que forma parte del llamado manguito de los rotadores, y es fundamental para elevar el brazo], bursitis acromial bilateral y síndrome del túnel carpiano (STC) bilateral. Se aconseja realizar electromiografía (EMG) para descartar radiculopatía cervical.

2.- Consta baja laboral desde el 23/09/2022 por síndrome del túnel carpiano.

3.- El 07/02/2023, la paciente acude a control con Traumatología por STC bilateral. La exploración física es compatible con síndrome del túnel carpiano bilateral (signo de Tinel positivo para el nervio mediano bilateralmente y prueba de Phalen positiva bilateral). En la electroneurografía (ENG) realizada el 14/01/2023 se obtienen datos de síndrome del túnel carpiano sensitivomotor bilateral: de intensidad moderada-severa en el lado derecho y moderada en el lado izquierdo. No se detectan signos de atrapamiento del nervio cubital derecho ni en el canal epitrocleo-olecraniano ni en el canal de Guyón. Se deriva al hospital para valoración de STC bilateral y a Rehabilitación por cervicobraquialgia.

4.- Según nota clínica del Servicio de Traumatología, el 22/02/2023 se registra que la paciente describe dolor crónico en ambos hombros, que la misma atribuye a su trabajo previo como camarera de piso. Actualmente está de baja laboral y "busca la incapacidad total." En resonancia magnética (RM) de 2021 se observaron datos de tendinitis y tendinosis bilateral de hombros.

5.- El 10/04/2023, la paciente es valorada en consulta de Traumatología por persistencia de molestias relacionadas con el síndrome del túnel carpiano bilateral. Según la historia clínica de Atención Primaria, se la incluye en lista de espera quirúrgica.

6.- El 21/04/2023, acude al Centro de Salud donde se registra: "se aprecia como otras veces sentimientos de estar enferma o querer estarlo".

7.- La paciente aporta consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel carpiano, firmado el 26/04/2023. En el documento se explica que el propósito de la intervención es aliviar o disminuir el dolor y los problemas de sensibilidad, frenando la progresión de la afectación del nervio mediano. La intervención consiste en la sección del ligamento anular del carpo. Se reseñan los riesgos específicos, entre ellos:

-lesión o afectación de algún tronco nervioso;

-rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas;

-escasa o nula mejoría;

-reaparición de la sintomatología;

-cicatriz dolorosa;

-algodistrofia simpática refleja o enfermedad de Südeck.

Consta la alternativa al procedimiento quirúrgico (tratamiento conservador con medicación sintomática, infiltraciones o inmovilización).

8.- El 18/08/2023, acude al Servicio de Urgencias por ideas autolíticas. Refiere problemas familiares y antecedentes de acoso laboral (bullying). Informa al psiquiatra de guardia que en el último año ha notado más dolores (fibromialgia) y problemas económicos. Se diagnostica alteración del ánimo y se pauta tratamiento con amitriptilina (Antidepresivo utilizado también en el tratamiento del dolor crónico).

9.- El 27/11/2023, es intervenida en el Hospital General de Fuerteventura por Traumatología, realizándose liberación quirúrgica del túnel carpiano en la mano derecha. Se procede mediante incisión palmar bajo anestesia local, sin incidencias registradas en la hoja quirúrgica (aportada por la paciente). Se le da el alta el mismo día, con evolución favorable y recomendaciones de reposo relativo, ejercicios de los dedos y paracetamol. Se asigna cita de control para curas locales el 29/11/2023.

10.- El 28/11/2023 acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por adormecimiento en el 4.º y 5.º dedo de la mano. Se observa vendaje en mano con inflamación de los dedos, movilidad conservada (activa y pasiva), sin signos de isquemia. Se cambia el vendaje y se recomienda seguimiento por Traumatología.

11.- El 29/11/2023 recibe curas locales por enfermería de Traumatología. Se aprecia herida con buen aspecto, sin signos de infección. Se realiza cura y apósito. Se le dan indicaciones y material para curas en domicilio. Siguiente cita para retirada de puntos en su Centro de Salud. No se señalan signos de alarma.

12.- En la historia de Atención Primaria se registra, con fecha 29/11/2023, que ha recibido curas por enfermería de Traumatología por la mañana. Acude a Atención Primaria por algo de edema, inflamación y dolor en la mano, y preocupada porque no le han colocado vendaje ni cabestrillo. Según indicaciones telefónicas del hospital, se confirma que debía estar sin vendaje ni cabestrillo. En la exploración en urgencias de Atención Primaria se observa buena movilidad de las articulaciones interfalángicas de la mano, algo de dolor, muy nerviosa, ansiosa y preocupada. Se realiza vendaje funcional y se recomienda elevar la mano y mover activamente los dedos.

13.- Acude a urgencias de Atención Primaria para curas locales los días 1 y 2 de diciembre de 2023.

14.- El 6/12/2023, al acudir al servicio de urgencias de Atención Primaria, se explora leve inflamación en los dedos, sin exudados, coloración normal, movilidad conservada, aunque con limitación en la flexión de los dedos. Se recomienda iniciar ejercicios pasivos sin forzar, se pauta antiinflamatorio (naproxeno) y se aconseja volver a consulta si no mejora.

15.- El 12/12/2023 se retiran los puntos de sutura. Se aprecia edema en los dedos y dolor, sin calor ni dehiscencia de la herida.

16.- El 13/12/2023 acude a Urgencias de AP por dolor, se describe inflamación de la mano que limita los movimientos de la muñeca.

17.- El 27/12/2023 se explora leve edema en el dorso de la mano derecha. El dolor y la inflamación se atribuyen como secundarios a la cirugía de síndrome del túnel carpiano.

18.- El 28/12/2023 acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por dolor en la muñeca derecha tras estiramiento traumático ocurrido ese mismo día. Diagnóstico de contusión de la mano. Se realiza radiografía de mano derecha.

19.- El 21/01/2024, al acudir a urgencias de Atención Primaria, refiere dolor en la mano contralateral (izquierda) de varios días de evolución. Se diagnostica síndrome del túnel carpiano en el lado izquierdo.

20.- El 24/01/2024 relata intervención de noviembre a la psicóloga y "haber tenido mucha ansiedad durante la operación".

21.- El 25/01/2024, en consulta de Traumatología, se explora cuadro compatible con distrofia simpático refleja (síndrome de Sudeck). Se explica a la paciente la naturaleza de este padecimiento y las opciones de tratamiento. Se deriva a Rehabilitación y a la Unidad del Dolor.

22.- El 5/02/2024 es valorada por Rehabilitación: presenta limitación parcial de movilidad de la muñeca derecha (flexión dorsal 50º-normal 70 grados-, flexión palmar 70º-normal 50 grados), pronosupinación conservada [rotación del antebrazo], empuñadura incompleta a mitad de arco, sin rigidez en la movilidad pasiva [la paciente no puede cerrar completamente el puño por sí sola, pero la articulación cede al ser movilizada por el profesional, lo que sugiere que no existe rigidez articular estructural, y que la limitación del movimiento podría deberse a factores como el dolor o el miedo al movimiento o alteraciones funcionales]. Realiza pinza T-T [puede juntar pulgar con el índice, mantiene función fina en la mano]. Presenta dolor intenso en la zona de la cicatriz quirúrgica (hiperalgesia cicatricial). Se sospecha un síndrome de dolor regional complejo (SDRC), relacionado con la cirugía previa. Se indica tratamiento con crema de lidocaína y fisioterapia urgente (calor con parafina, técnicas para reducir la sensibilidad dolorosa de la cicatriz y ejercicios suaves de movilidad activa y pasiva).

23.- El 8/02/2024 se describe en Atención Primaria aumento de volumen en la mano derecha, con coloración, temperatura y pulsos normales. Se indica elevación de la mano y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

24.- Inicia fisioterapia por síndrome del túnel carpiano izquierdo (aunque por el contexto clínico se deduce que el tratamiento se realiza en la mano derecha) en el Centro de Salud, comenzando el 12/02/2024 —y no el 18/04/2024, como se indica erróneamente en la reclamación—, y completando las 8 sesiones prescritas por el servicio de Rehabilitación el

09/05/2024. Según la documentación aportada, se constata la realización de al menos 17 sesiones individuales de fisioterapia. En la última sesión, del 09/05/2024, se registra que la paciente continúa con dificultad para tolerar las movilizaciones. "Se explica reiteradas veces la importancia de intentar movilizar la mano y hacer los ejercicios".

25.- Valoración por la Unidad del Dolor el 21/02/2024. Se destaca que la paciente presenta un conflicto laboral en el hotel donde trabaja y está en litigio legal. Antecedentes personales de fibromialgia. Es derivada por Traumatología tras cirugía del síndrome del túnel carpiano (STC), por persistencia de dolor postoperatorio. La paciente refiere dolor intenso en la mano operada, localizado tanto en el dorso como en los dedos, sin déficit motor ni sensitivo, y sin episodios de cambios de coloración o edemas. En la exploración se objetiva dolor al roce y a la palpación superficial en el dorso de la mano, con alodinia dolorosa en la zona de la cicatriz. Se describe una puntuación IASP de 0 (es decir, sin criterios clínicos suficientes para el diagnóstico de síndrome de dolor regional complejo tipo I - SDRC o síndrome de Sudeck). Se solicita electromiografía (EMG) y velocidades de conducción (VC), y se ajusta el tratamiento médico (inicio gabapentina, fármaco antiepiléptico utilizado en el tratamiento del dolor neuropático). Juicio diagnóstico: dolor postoperatorio tras cirugía de STC en mano derecha.

(…)

26.- El 12/03/2024 se realiza estudio radiográfico (RX) de ambas muñecas. En las imágenes se observa a la paciente realizando un movimiento de pinza con la mano derecha, uniendo el pulgar con el índice.

27.- En el estudio neurofisiológico realizado el 14/03/2024 (aportado por la reclamante) se obtienen datos compatibles con un síndrome del túnel carpiano derecho de carácter leve, con afectación de la conducción de las fibras sensitivas. Se resalta que la respuesta motora del mediano y del cubital derecho es normal.

(…)

28.- El 31/03/2024 se realiza una resonancia magnética (RM) de muñeca y mano derechas, que estudia estructuras óseas, articulares, ligamentosas, tendinosas y los principales nervios, solicitada para descartar complicaciones.

La RM muestra integridad de las estructuras óseas, musculares, ligamentosas y tendinosas de la muñeca y la mano. En particular, se observa:

- Tendones flexores [permiten doblar los dedos y la muñeca] y extensores [permiten estirarlos] de grosor y señal normales.

Músculos lumbricales e interóseos [músculos de la mano] sin signos de atrofia [los músculos lumbricales permiten flexionar las falanges proximales y extender las distales, y los interóseos permiten separar y juntar los dedos].

Aumento focal de volumen y de la señal del nervio mediano en el túnel del carpo, en una zona donde existe un cambio fibro-cicatricial prominente del retináculo flexor.

Conclusión: Cambio fibro-cicatricial del retináculo flexor (ligamento que forma el techo del túnel carpiano), que parecería comprimir focalmente al nervio mediano, el cual muestra nuevamente signos de neuropatía.

No se aprecia edema óseo, aunque se aclara que la RM tiene limitaciones para detección del Síndrome de Sudeck.

29.- Según el informe del Servicio de Traumatología de fecha 13/04/2024, se explora la mano derecha (correspondiente a la visita realizada en enero, ya que no constan otras valoraciones por dicho servicio en el intervalo): se objetiva dolor, inflamación, rigidez, hiperestesias, hiperhidrosis y llenado capilar distal inmediato.

No se indica tratamiento quirúrgico, en el contexto de un posible síndrome de Sudeck (SDRC tipo I), actualmente en seguimiento por Rehabilitación y la Unidad del Dolor.

30.- El 13/06/2024, la paciente acude a consulta con traumatólogo en centro privado, quien recoge que la paciente refiere que no mejoró tras la cirugía acudiendo a urgencias y al médico por mal control del dolor. La paciente refiere dolor de características neuropáticas e impotencia funcional.

El especialista sospecha una posible algodistrofia tipo II (síndrome de dolor regional complejo tipo II), en el contexto de una probable lesión del nervio mediano dentro del túnel carpiano o de una apertura incompleta del ligamento anular anterior del carpo derecho. Se recomienda revisión quirúrgica para exploración directa y posible exneurolisis del nervio mediano.

31.- En la valoración por Rehabilitación del 25/06/2024 la paciente refiere un empeoramiento del dolor y limitación en la mano derecha. La paciente refiere sensación de debilidad y dolor. Se remite a Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) para nueva valoración, y se da el alta en Rehabilitación por dolor, quedando pendiente de citación por la omalgia.

32.- La interesada aporta reconocimiento, en julio de 2024, de una situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual debido a diversas patologías.

(...)

33.- El 05/09/2024, en consulta de Traumatología, se describe a la paciente con dolor en el miembro superior derecho. Se registra que realizó estudios de resonancia magnética (RMN) y electromiografía (EMG), que muestran compresión leve, sin criterios quirúrgicos en este momento. Se decide derivación a la Unidad del Dolor para valoración.

34.- El 20/01/2025 acude a consulta de Traumatología en el CHUIMI, como segunda opinión derivada desde el Hospital General de Fuerteventura. La paciente no aporta informes en esta visita (de la cirugía y del ENG). Refiere dolor, rigidez sin hormigueos. En la exploración, se describe ausencia de signos de alarma, actitud en aducción del pulgar, extensión digital completa, déficit en la flexión de los dedos largos y disestesias difusas. Test de Tinel positivo. Cicatriz en buen estado.

Se diagnostica como secuelas de cirugía del síndrome del túnel carpiano. Se explican las opciones de tratamiento quirúrgico, incluyendo la posibilidad de neurolisis con cobertura mediante colgajo de Strickland, detallando riesgos y beneficios. Se cita para que aporte pruebas e informes complementarios».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 22 de octubre de 2024 en el ámbito del SCS.

- Con fecha 25 de octubre de 2024, se requiere a la reclamante a fin de que mejore la reclamación formulada, lo que es verificado mediante escrito de fecha 27 de noviembre de 2024.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 824/2024, de 9 de diciembre, se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

- Con fecha 10 de diciembre de 2024 se solicita al SIP la emisión de informe en relación a la asistencia sanitaria prestada, lo que es verificado con fecha 3 de junio de 2025, remitiéndose, asimismo, la Historia Clínica relativa a la asistencia recibida en el Hospital General de Fuerteventura; nota clínica de segunda opinión con el Servicio de Traumatología del Complejo Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI); Historia de Salud de Atención Primaria; y el informe emitido por el Dr. (...), médico adjunto del Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura.

- Con fecha 12 de junio de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como prueba la documental.

- Con fecha 12 de junio de 2025, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a la interesada un plazo de diez días a fin de que pudiera

formular alegaciones, aportar documentos y las justificaciones que tuviesen por conveniente, presentando escrito en el que ratificaba en todos sus extremos la reclamación presentada.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 20 de octubre de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), «*la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que* «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«lex artis ad hoc»*.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«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».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de 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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud

del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir

-incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante tiene por objeto la asistencia médica que le fue dispensada con ocasión de la intervención quirúrgica de síndrome del túnel carpiano en la mano derecha que le fue practicada el día 27 de noviembre de 2023. En este sentido, considera que los facultativos que realizaron la intervención incurrieron en mala *praxis* al haber lesionado el nervio mediano intratúnel o haberse producido una apertura incompleta de ligamento anular del carpo derecho. Asimismo, denuncia el deficiente manejo del postoperatorio con incumplimiento de los estándares médicos esperados, por falta de resolución adecuada de los síntomas que padecía. Y, finalmente, la interesada redunda en la mala *praxis* al considerar que no fue informada correctamente de los riesgos de la operación.

A pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su reclamación. Antes, al contrario, la Propuesta de Resolución, con base en los informes obrantes en el expediente, rebate tal pretensión.

Se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, 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).

Analizada la prueba documental obrante en el expediente administrativo, ha quedado acreditado que con carácter previo a la intervención quirúrgica la reclamante presentaba un síndrome del túnel carpiano con predominio en el lado derecho, de tipo sensitivo-motor y de grado moderado-severo, confirmado mediante el estudio neurofisiológico realizado el 14 de enero 2023.

Tal como concluye el SIP, *«esto significa que, antes de la cirugía, no solo sufría síntomas sensitivos típicos (hormigueos, dolor), sino también afectación de la función motora del nervio mediano, que se manifestaba como debilidad muscular y torpeza en la mano (refería que se le caían objetos). Dada la gravedad de su cuadro clínico, cumplía criterios para intervención quirúrgica mediante liberación del nervio mediano».*

Por lo tanto, la sintomatología que presentaba la reclamante era acreedora de una intervención quirúrgica como la que le fue practicada, a la cual, además, prestó su consentimiento expreso mediante la firma del Documento de Consentimiento Informado (DCI) el día 26 de abril de 2023.

En el referido DCI se informa explícitamente que:

« (...) 3. El propósito principal de la intervención es la desaparición o disminución de los dolores y problemas de sensibilidad, frenando la progresión de la afectación del nervio mediano.

4. La intervención consiste en la sección del ligamento anular (transverso) del carpo. Puede realizarse mediante cirugía abierta, mini-incisión o técnica endoscópica».

Indicándose, a continuación, como «riesgos del tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel del carpo», entre otros, los siguientes:

« (...) c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.

d. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.

(...)

f. Escasa o nula mejoría, especialmente en casos de larga evolución.

g. Reaparición de la sintomatología con el tiempo.

(...)

i. Cicatriz de la herida dolorosa.

j. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck (...) ».

Pero, además, en el DCI se informaba igualmente a la reclamante de las *«alternativas al tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel del carpo» exponiéndose que «como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones o inmovilización mediante ortesis».*

En relación con el DCI, se ha señalado insistentemente por este Consejo Consultivo, entre otros muchos, en el Dictamen 55/2014, de 26 de febrero, que uno de los elementos de la *lex artis* es el DCI personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a «*la lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente.

Por tanto, el consentimiento informado constituye otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica, encontrándose regulado en los arts. 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, y respecto del cual la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos 136/2017, de 31 de julio, ha señalado:

«Debe también recordarse la doctrina sobre el consentimiento informado, y para ello es válida la cita de la STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 7 de abril de 2011, rec.3483/2009 que recuerda que la falta de consentimiento informado constituye una infracción de la lex artis ad hoc, pero que para que la misma sea merecedora de indemnización se precisa que a quien la invoca se le haya producido un daño antijurídico que no esté obligado a soportar. Pero, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (RCL 2002, 2650) , básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en el artículo 4 lo que denomina el derecho a la información asistencial y expresa en su número 1 que: " los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley " y añade en los números 2 y 3 de ese precepto que:" la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad ", y que " el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales

que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle". Ese derecho se materializa en lo que se denomina consentimiento informado y del que se ocupa el artículo 8 de la Ley cuando dispone que "1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

Es obvio, puesto que así expresamente lo afirma la Ley, que el consentimiento "será verbal por regla general", para añadir a continuación aquellos supuestos en los que esa regla cede ante la necesidad de que el consentimiento sea por escrito cuando se trate de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

En el presente caso, tal como consta en el expediente administrativo, en el DCI firmado y aceptado por la reclamante, se le advertía expresamente como riesgo probable de la intervención quirúrgica la algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck, y, teniendo en cuenta que el DCI fue firmado siete meses antes de la intervención quirúrgica, se considera que la Sra. (...) tuvo tiempo más que suficiente para analizar los pros y los contras de la intervención quirúrgica a la vista de los riesgos a los que se exponía y evaluar los tratamientos alternativos, pudiendo haber revocado su consentimiento y desistido de la intervención quirúrgica.

Además, en relación con la enfermedad de Südeck compartimos las conclusiones del SIP al señalar que *«Esta complicación, aunque infrecuente, no puede considerarse consecuencia de una mala praxis, ya que se trata de una respuesta autonómica anómala e impredecible del sistema nervioso simpático ante una lesión traumática o quirúrgica. El dolor persistente asociado a esta condición tampoco puede atribuirse a una actuación inadecuada.*

(...)

Cabe destacar que, en el caso analizado, no se objetivan signos de progresión del cuadro hacia fases avanzadas del SDRC, tales como atrofia muscular o afectación ósea.

(...) En las valoraciones realizadas por la Unidad del Dolor y Rehabilitación, se observa alodinia e hiperalgesia en la zona de la cicatriz quirúrgica (riesgo contemplado en el consentimiento informado firmado por la paciente), así dolor al roce y a la palpación de la superficie del dorso de la mano (alodinia). Se diagnostica dolor postoperatorio.

En la resonancia no se observaron hallazgos compatibles con complicaciones del síndrome de Sudeck, como afectación ósea (edema de médula ósea, característico en fases avanzadas del síndrome) o alteraciones musculares en los músculos que controlan los movimientos de la mano.

Cabe resaltar que los síntomas referidos por la paciente, como dolor persistente, alteraciones en la sensibilidad con alodinia, debilidad muscular que empeora con los esfuerzos y fatiga, se superponen con los propios de la fibromialgia.

Además, el edema postoperatorio observado en la paciente ya era leve en la consulta del 27/12/2023, lo que es coherente con una evolución postquirúrgica esperada».

5. Asimismo, tampoco se advierte la existencia de complicación alguna o negligencia en la práctica de la intervención quirúrgica.

A este respecto, en el Historial Clínico de la Sra. (...) no consta ninguna incidencia en el acto quirúrgico.

Asimismo, el informe del SIP concluye que *«No se registraron incidencias durante la intervención ni complicaciones en la valoración de control realizada dos días después por enfermería del servicio de Traumatología»* y que *«Según el ENG de control realizado el 14/03/2024 (aproximadamente 3 meses y medio después de la cirugía), se objetiva una mejoría neurofisiológica: no se constata déficit motor ni en el nervio mediano ni en el cubital, y el déficit sensitivo es leve, lo cual explica que no haya indicación para realizar una nueva cirugía. Este hallazgo indica una evolución favorable en el funcionamiento de los nervios (es decir, desde el punto de vista neurofisiológico), tal como se refleja en las pruebas realizadas».*

Además, las conclusiones vertidas en el informe médico pericial de parte -que reproduce el informe del Dr. (...)-, en virtud del cual se establece como juicio clínico «*algodistrofia tipo II por posible lesión del nervio mediano intratúnel o apertura incompleta de Ligamento anular del carpo derecho*», no han quedado acreditadas, toda vez que, en el informe del Dr. (...) no se establece como causa cierta de la algosdistrofia -riesgo aceptado por la paciente-, la lesión del nervio mediano o la apertura incompleta del ligamento anular, sino simplemente se establece como una posibilidad.

Esta falta de certeza se advierte del propio informe analizado, el cual establece como recomendaciones: *«Se recomienda revisión quirúrgica para exploración quirúrgica, exoneurolisis de nervio mediano y valorar posible lesión intratúnel de nervio mediano derecho. En función de los hallazgos intraoperatorios se realizará el tratamiento específico de la lesión (...) ».*

Además, el SIP señala que una eventual debilidad muscular o limitación funcional, no es consecuencia de un daño nervioso directo derivado de la cirugía (como podría ser una sección del nervio), ni afectación de la componente motora del nervio mediano (según ENG), ni rigidez articular, ni de lesión/alteración en estructuras musculares, tendinosas o ligamentosas. Esto se confirma en la resonancia magnética de mano y muñeca, en la que se observa la integridad de los tendones flexores y extensores de los dedos que atraviesan el túnel carpiano, y tampoco se detectan alteraciones en los músculos de la mano que controlan los movimientos de los dedos y de la mano.

Lo que sí ha quedado acreditado mediante la RMN posquirúrgica de 1 de abril de 2024 es que se ha producido un «*cambio fibro-cicatricial del retináculo flexor que parecería comprimir focalmente al nervio mediano*».

En relación con esta patología, el SIP concluye que *«Una cicatrización con componente fibrótico excesivo no constituye, por sí sola, un indicio de mala praxis quirúrgica, como se sugiere en la reclamación. La fibrosis postquirúrgica depende fundamentalmente de factores individuales, incluyendo predisposición genética, respuesta inflamatoria o comorbilidades, y es una complicación descrita incluso en casos con técnica quirúrgica adecuada. Además, es más frecuente tras técnicas mínimamente invasivas, mientras que en este caso se empleó una técnica abierta tradicional, que reduce el riesgo de liberación incompleta del retináculo flexor. En consecuencia, no puede afirmarse de forma concluyente que exista una causa técnica demostrable para esta fibrosis ni para la posible recidiva. La sospecha de una apertura incompleta del ligamento anular, mencionada en el peritaje, se plantea únicamente como una hipótesis».*

Conclusión que compartimos, porque, tal y como hemos señalado, ni en el informe médico pericial, ni en la documental aportada por la reclamante se ha acreditado debidamente que existiera una lesión del nervio mediano intratúnel o una apertura incompleta del ligamento anular.

6. En cuanto al seguimiento posterior de la intervención, con ocasión de los episodios de dolor que presentaba la Sra. (...) tras la cirugía, -cuestionado por el informe pericial aportado-, el informe del SIP concluye que *«es importante señalar que el dolor, asociado a inflamación y edema en la muñeca y la mano durante las primeras semanas tras una intervención de liberación del túnel carpiano, es una manifestación esperada. Habitualmente, este dolor disminuye progresivamente a medida que se resuelve la inflamación postquirúrgica y avanza el proceso de recuperación.*

No obstante, en algunos casos —especialmente en cuadros más severos— la recuperación puede ser lenta y requerir hasta un año para completarse.

En general, la muñeca no se inmoviliza en la fase postoperatoria. Durante los primeros 10-15 días se recomienda mantener la mano elevada, realizar reposo relativo y comenzar con movimientos graduales de los dedos y la muñeca según la tolerancia, con el objetivo de reducir la inflamación y prevenir la rigidez. Estas recomendaciones fueron dadas a la paciente».

Por tanto, el hecho de que la reclamante acudiera en varias ocasiones a urgencias de Atención Primaria durante las dos semanas posteriores a la cirugía por dolor, inflamación y edema en los dedos y la mano, sin síntomas de alarma (como infección, alteraciones vasculares o neurológicas), o bien para curas programadas (1 y 2 de diciembre), es una evolución normal dentro de lo esperado en el postoperatorio.

Además, se debe tener en cuenta -tal como se pone de manifiesto en el informe del SIP- *«que la paciente presenta antecedentes desde el año 2022 de dolor crónico en el contexto de una fibromialgia, trastorno caracterizado por una alteración en la percepción del dolor (sensibilización central), con fenómenos de hiperalgesia (respuesta exagerada a estímulos dolorosos) y alodinia (dolor ante estímulos no dolorosos, como el roce o la palpación) y parestesias (hormigueos).*

A ello se asocia un trastorno ansioso-depresivo que contribuye a reducir el umbral del dolor, amplificando así el malestar percibido.

Debido a estas condiciones crónicas, la percepción del dolor de la paciente estaba alterada y magnificada».

A lo anterior, cabe añadir, que en la asistencia sanitaria en relación con la enfermedad de Südeck que presenta la reclamante, fue atendida adecuadamente.

Así, como señala el SIP y se ha podido constatar en la historia médica de la reclamante, *«ante la sospecha de dicha entidad, la paciente fue derivada de forma adecuada a tratamiento rehabilitador y a la Unidad del Dolor. Se le ofreció un manejo integral que incluyó fisioterapia (iniciada de forma urgente), medidas analgésicas y de desensibilización de la herida quirúrgica, así como tratamiento farmacológico neuromodulador con gabapentina (anticonvulsivante eficaz en el tratamiento del dolor neuropático).*

En resumen, se ofreció el tratamiento indicado tanto para aliviar el dolor neuropático como para favorecer la movilización funcional, conforme a las recomendaciones terapéuticas aplicables al síndrome de dolor regional complejo (SDRC), tanto en su forma tipo I como tipo II».

7. A la vista de lo expuesto, se puede concluir que la reclamante al firmar el DCI conocía, comprendía y aceptaba la intervención quirúrgica, asumiendo de esta forma que podían presentarse riesgos o complicaciones. Complicaciones que, por otro lado, fueron adecuadamente resueltas por los servicios médicos, tal como ha quedado acreditado con la documental obrante en el expediente, y sin que de dicha prueba se haya acreditado la existencia de lesión del nervio mediano intratúnel o apertura incompleta del ligamento anular como consecuencia de una mala *praxis* médica.

Por tanto, el riesgo de que se produjeran las complicaciones que la reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud sino de las consecuencias de la intervención, de lo que se le informó convenientemente, asumiéndolo la misma con su firma, lo que obliga a la perjudicada a soportar el daño. Por ello se considera que el perjuicio no es antijurídico y, por ende, no es indemnizable, ya que se considera que la asistencia se realizó, como se dijo, de acuerdo a la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.