Consejo Consultivo de Canarias

# D I C T A M E N 1 2 1 / 2 0 2 6

**(Sección 1.ª)**

**San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2026.**

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. 75/2026 IDS)*[*].

## F U N D A M E N T O S

### I

**1.** Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por daños que se dicen producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

**2.** La solicitud del dictamen es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la interesada reclama en concepto de indemnización 266.000,00 euros. Está legitimada para solicitarlo la señora Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, según el art. 12.3 LCCC.

**3.** Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

**4.** La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, 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 SCS, 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

**6.** Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

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

**7.** Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). En este caso, se presentó la reclamación el día 25 de abril de 2025 en relación con un hecho lesivo acaecido el día 25 de abril de 2024, sin perjuicio que la determinación del alcance de sus lesiones y secuelas se produjo en un momento posterior, siendo valorada, por última vez, por la Unidad de Lesiones Medulares del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil el día 11 de noviembre de 2024.

**8.** Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste ninguna justificación de la demora; sin embargo, aun expirado el plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, para la Administración pesa el deber de resolver expresamente y subsiste la facultad de hacerlo (art. 21.1 y 6 LPACAP).

## II

**1.** En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación se narra y alega lo siguiente:

*«PRIMERO. - El día 25 de abril de 2024, (...), de 55 años de edad, y con NHC (...), acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria presentando un cuadro de tos persistente acompañada de hemoptisis. Tras ser evaluada por el Servicio de Neumología, se le practicó un Angio-TAC (prueba de imagen), que evidenció la presencia de*

*una hemorragia alveolar activa en el lóbulo superior izquierdo. Ante dicho hallazgo, se indicó la realización urgente de una embolización de la arteria bronquial izquierda, que fue llevada a cabo por el Servicio de Radiología Intervencionista.*

*De forma inmediata tras el procedimiento, la paciente comenzó a presentar una clínica neurológica aguda, consistente en inmovilidad del miembro inferior izquierdo y adormecimiento hemicorporal izquierdo, desde el pie hasta el nivel inframamario (T3). Ante la sospecha de afectación medular, se le realizó una resonancia magnética urgente que confirmó la existencia de una lesión isquémica medular incompleta, de carácter sensitivo-motor, compatible con un síndrome medular a nivel T3 (clasificación ASIA B), atribuible de forma directa al procedimiento de embolización practicado horas antes.*

*SEGUNDO. - A consecuencia de la citada lesión neurológica, (...) fue derivada al Hospital de lesionados medulares de Las Palmas de Gran Canaria, centro de referencia para el tratamiento de patologías medulares complejas, donde permaneció ingresada hasta el mes de agosto de 2024. Posteriormente, reinició tratamiento rehabilitador en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, centrado en el abordaje de las secuelas motoras, sensitivas y funcionales derivadas de la lesión isquémica.*

*En la actualidad, la paciente presenta una situación de grave afectación neurológica y funcional, con una paraparesia espástica de predominio derecho, trastornos severos de la marcha, hipoestesia en miembros inferiores, incontinencia urinaria y fecal, disfunción sexual y un cuadro de síntomas depresivos reactivos al cambio vital brusco sufrido. Requiere el uso de ortesis para el control postura! y precisa de ayuda de tercera persona para la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria, encontrándose, actualmente, en trámites de reconocimiento de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo.*

*TERCERO. - DELA INOBSERVANCIA DE LOS PROTOCOLOS TÉCNICOS Y DE SEGURIDAD VASCULARENLA EMBOLIZACIÓN*

*El cuadro neurológico y las graves secuelas funcionales que padece (...) tienen su origen directo e inmediato en una actuación sanitaria que no respetó los protocolos diagnósticos, preventivos y de seguridad vascular exigibles antes de la realización de una embolización bronquial. En concreto, no consta que se practicara un estudio angiográfico detallado mediante técnicas de reconstrucción multiplanar, ni se identificó la existencia de posibles variantes anatómicas o vasos anómalos con conexión medular, como las ramas radiculomedulares o segmentarias espinales que pueden derivar de la arteria bronquial izquierda y que, al ser embolizadas, pueden generar isquemia medular.*

*Tampoco se adoptaron medidas de protección intraoperatorias para evitar el paso de material embolizante hacia territorios neurológica mente críticos, ni se suspendió la técnica ante signos radiológicos de riesgo. Todo lo anterior constituye una desviación de los protocolos clínicos actuales en embolización arterial bronquial y evidencia una infracción de*

*la lex artis ad hoc, situando la actuación médica dentro del marco de un funcionamiento anormal del servicio sanitario público.*

*CUARTO. - DE LA INSUFICIENTE INFORMACIÓN FACILITADA A LA PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO*

*Por otro lado, en cuanto al consentimiento informado obrante en la historia clínica para la realización de la embolización bronquial, no se advierte en ningún momento -ni de forma escrita ni tampoco consta que se hiciera verbalmente- que existiera un riesgo real de quedar en una situación de dependencia funcional severa, como la que efectivamente ha padecido la paciente. Nadie le advirtió que, como consecuencia directa del procedimiento, podía quedar en silla de ruedas, con pérdida de movilidad, incontinencia y necesidad de asistencia permanente.*

*Aunque el documento recoge de manera genérica la posibilidad de "obstrucción de vasos en órganos no deseados" o "complicaciones graves", no se menciona en ningún lugar el riesgo específico de isquemia medular ni se traduce en términos comprensibles y relevantes para el paciente, como "parálisis" o "pérdida irreversible de la capacidad de caminar".*

*Esta omisión vulnera el artículo 4 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, que exige que la información sea clara, comprensible y adaptada al nivel del paciente, impidiendo así que (...) pudiera tomar una decisión verdaderamente libre y consciente. La ausencia de advertencia sobre el riesgo que finalmente se materializó supone una infracción autónoma del deber de información, y refuerza la responsabilidad patrimonial de la Administración por el resultado producido.*

*QUINTO. - De los hechos descritos en el cuerpo de la presente reclamación y de la documentación clínica disponible, se desprende que el día 25 de abril de 2024, tras la realización de una embolización bronquial por hemoptisis severa, (...) comenzó a presentar un cuadro neurológico agudo de inmovilidad y adormecimiento hemicorporal, que fue diagnosticado posteriormente como una lesión isquémica medular incompleta a nivel T3. Dicha lesión se produjo de forma inmediata tras el procedimiento intervencionista, sin que conste que se adoptaran las precauciones diagnósticas y técnicas exigibles para prevenir una complicación de esta naturaleza, ni que se informara de forma específica, clara y comprensible a la paciente sobre el riesgo de padecer una lesión medular con consecuencias tan graves como la pérdida de movilidad o la necesidad de silla de ruedas.*

*Es evidente, por tanto, que la embolización se llevó a cabo sin haber descartado previamente la posible existencia de ramas vasculares con conexión medular, sin adoptar medidas intraoperatorias de protección vascular y sin una adecuada información clínicaque permitiera a la paciente prestar un consentimiento verdaderamente informado, como exige la Ley 41/2002. En el documento de consentimiento informado firmado por la paciente no consta advertencia concreta alguna sobre el riesgo de isquemia medular ni sobre las gravísimas consecuencias funcionales que se han terminado materializando.*

*Esta actuación supuso una desviación de los protocolos clínicos aplicables a la técnica y se apartó de la lex artis ad hoc, no solo en su dimensión técnica, sino también en lo que respecta al derecho fundamental de la paciente a conocer los riesgos relevantes del procedimiento médico al que iba a someterse.*

*La consecuencia de esta actuación ha sido la consolidación de un daño neurológico irreversible en la paciente, quien actualmente se desplaza en silla de ruedas y presenta una paraparesia espástica de predominio derecho, incontinencia de esfínteres, disfunción sexual, trastornos de la marcha, alteración sensitiva y una pérdida sustancial de autonomía personal, precisando asistencia de tercera persona para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.*

*El daño se concreta, por tanto, en unas secuelas físicas, funcionales y neurológicas de gran entidad sufridas por (...) como consecuencia directa de una actuación médica que no se ajustó ni a los estándares de diligencia técnica ni al deber legal de información asistencial, generando un resultado lesivo que podía y debía haberse evitado.*

*(...)*

*En el caso de (...), el daño sufrido tras la intervención sanitaria reviste una gravedad extraordinaria. La paciente ha quedado con una paraparesia espástica de predominio derecho, alteraciones sensitivas, disfunción esfinteriana y sexual, y una pérdida muy significativa de autonomía personal, precisando silla de ruedas para desplazarse y ayuda de tercera persona para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.*

*A estas graves secuelas físicas y neurológicas se añade un importante componente de afectación emocional y de impacto asistencial, al haber pasado de una vida activa e independiente -trabajando como limpiadora de domicilios y cuidadora- a una situación de dependencia continuada. Esta situación no solo compromete su dignidad personal y calidad de vida, sino que exige una atención continuada que recae en su entorno familiar, con la consiguiente sobrecarga no profesionalizada.*

*Nos encontramos, por tanto, ante un daño de carácter multidimensional, que afecta a la integridad física, neurológica, funcional y emocional de la paciente, y cuya reparación económica habrá de realizarse conforme a los criterios objetivos recogidos en los Baremos de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre -aplicable por analogía-, en cuanto permiten valorar con objetividad el perjuicio personal, las secuelas, la pérdida de calidad de vida y el daño patrimonial derivado de la necesidad de apoyos, asistencia o adaptaciones.*

*En este caso, la reparación del daño causado -incluido el daño moral, aun con la dificultad que entraña su exacta cuantificación- se llevaría a cabo mediante el abono de una indemnización que esta parte fija provisionalmente en la cantidad de DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL EUROS (266.000 €), sin perjuicio de su ulterior concreción en sede probatoria o*

*mediante la incorporación de documentación complementaria que permita acreditar, en su caso, gastos asistenciales, productos de apoyo, rehabilitación, necesidad de ayuda de tercera persona o pérdida de ingresos vinculada a la nueva situación funcional de la paciente.*

*(...)*

*En el presente caso, resulta evidente que la realización de una embolización bronquial sin adoptar las medidas diagnósticas y preventivas exigibles, sin haber descartado previamente conexiones vasculares medulares y sin advertir a la paciente de forma clara, concreta y comprensible del riesgo de sufrir una lesión medular irreversible, constituye un funcionamiento anormal del servicio sanitario que ha sido determinante en la producción del daño.*

*La omisión de una información veraz y comprensible en el consentimiento informado privó a la paciente de su derecho a decidir libremente sobre su tratamiento, impidiéndole ponderar adecuadamente los riesgos de una técnica que finalmente ha derivado en una situación de grave discapacidad. Esta deficiencia asistencial, sumada a la inobservancia de los protocolos técnicos de seguridad vascular, refuerza el vínculo causal entre la actuación médica y el resultado lesivo.*

*El daño se manifestó de forma inmediata tras el procedimiento, sin que conste ningún factor externo, sobrevenido o imprevisible que pueda justificar la lesión. No se ha acreditado fuerza mayor, ni concurrencia de causas ajenas que interrumpan el nexo causal. Tampoco consta que la paciente presentara patología neurológica previa o condiciones que hicieran inevitable el resultado.*

*La relación de causalidad entre la actuación del Servicio de Radiología Intervencionista y la situación actual de (...)-quien ha quedado en silla de ruedas, con una dependencia funcional grave e irreversible- es, por tanto, directa, exclusiva y jurídicamente relevante, lo que impone a la Administración sanitaria el deber de responder por las consecuencias indemnizatorias derivadas de su actuación».*

**2.** Además de lo anterior, ello se ha completar con lo expuesto al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del (SCS), en el que se señala que:

*«1. (...) con DNI (...) y 55 años de edad en el momento de los hechos, presenta como antecedentes personales alergia codeína; tóxicos tabaquismo; obstétricos G9P2A7; médicos fractura de cabeza de radio izquierdo con luxación posterior de cúbito (tratamiento conservador); quirúrgicos salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico, quiste pretibial derecho.*

*2. El día 25 de abril de 2024 acudió al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) dónde fue valorada de urgencias por el Servicio de Neumología por hemoptisis (expectoración con sangre). A la exploración física presentaba*

*hemoptisis franca y la presencia de una herida quirúrgica con signos de infección en región pretibial tras intervención por un quiste ese mismo mes.*

*Se realizó una analítica sin presentar anemia y se solicitó un AngioTC objetivando "En lóbulo superior izquierdo probable contenido hemático alveolar, arterias bronquiales >3mm podría asociarse con origen del sangrado". Con este hallazgo se decidió realizar una Broncoscopia en la que se describe " (...) sangrado activo significativo localizado en el segmentario apico-posterior del lóbulo superior izquierdo sin punto visible de sangrado", por lo que se intentó realizar un tratamiento conservador mediante oclusión con balón de Fogarty (catéter con balón inflable en el extremo distal) e instilación de ácido tranexámico (fármaco para reducir el sangrado) con suero helado, con lo que se logró un control parcial del sangrado.*

*Ante esta situación de sangrado persistente a pesar de medidas conservadoras, se realizó interconsulta al Servicio de Radiología Vascular Intervencionista (RAVI en adelante) quiénes llevaron a cabo una Arteriografía y Embolización bronquial sin complicaciones agudas "Tras acceso femoral derecho se realiza aortograma y arteriografías selectivas de arterias bronquiales derecha e izquierda, se emboliza esta última con glue/lipiodol en proporción 1/3".*

*3. Tras la realización de la embolización comenzó con adormecimiento hemicorporal izquierdo desde el miembro inferior hasta la región inframamaria izquierda, notando posteriormente imposibilidad para movilidad dicha extremidad e hipoestesia en hemitórax derecho. Durante el día presentó un globo vesical (retención de orina en la vejiga) por lo que precisó sondaje. Fue valorada por el Servicio de Neurología quiénes solicitaron RMN de columna realizada al día siguiente concluyendo "Hallazgos sugestivos de lesión isquémica medular aguda". Con el informe de la RMN fue re-valorada por el Servicio de Neurología describiendo a la exploración física hipoestesia a nivel aproximado T6 sobre todo izquierda, con pérdida de fuerza en miembro inferior derecho e inmovilidad completa en miembro inferior izquierdo, por lo que recomendaron iniciar rehabilitación.*

*4. El día 28 de abril presentó un nuevo episodio de hemoptisis por lo que se indicó la realización de un TC de tórax en el que se describe la presencia de material de embolización en la rama arterial izquierda originada en el margen posterior de la aorta torácica descendente y "probable área de hemorragia alveolar en lóbulo superior izquierdo", por lo que precisó nueva arteriografía y embolización bronquial por el Servicio de RAVI, que se llevó a cabo previo consentimiento informado, procediendo a la embolización hasta cierre completo sin incidencias.*

*Tras el tratamiento endovascular, se realizaron dos broncoscopias de control, la primera el día 30 de abril objetivando un coágulo adherido en la luz del bronquio que pudo ser extraído, y la segunda el día 13 de mayo sin objetivar datos de sangrado ni restos hemáticos.*

*Durante los procedimientos se obtuvo una biopsia de bronquio cuya anatomía patológica reveló presencia de cambios inflamatorios sin evidencia de neoplasia.*

*5. Una vez estabilizada clínica y hemodinámicamente, el día 2 de mayo fue valorada por el Servicio de Rehabilitación mediante exploración física describiendo ausencia de movilidad en miembro inferior izquierdo aunque movilidad completa contra gravedad y resistencia en el miembro inferior derecho, por lo que se estableció el diagnóstico de síndrome de lesión medular incompleta sensitivo-motora T3 ASIA B. La escala ASIA es una herramienta empleada para clasificar el grado de discapacidad motora y sensorial en paciente con lesiones medulares, desde el grado A cuando la lesión es completa hasta el grado E si no se detecta lesión, indicando en este caso un grado B la presencia de una lesión incompleta con ausencia de función motora, pero función sensitiva preservada. Se indicó la retirada de la sonda vesical que tuvo que volver a ponerse por un episodio de retención aguda de orina y su pautó tratamiento para el control del estreñimiento. Asimismo, se le pautó terapia física y ocupacional, de manera que en función de su evolución se plantearía la derivación a la Unidad de Lesionados Medulares de Canarias (ULM de Canarias en adelante) en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI en adelante). Realizó rehabilitación en el HUNSC a partir del día 6 de mayo hasta el momento del alta el día 29 de mayo por traslado a la ULM de Canarias en el CHUIMI.*

*6. En la ULM del CHUIMI recibió rehabilitación intensiva mediante fisioterapia y terapia ocupacional. Comenzó el día 31 de mayo y se mantuvo hasta el día 14 de agosto insistiéndole en reeducar la marcha con bastones y ortesis para lo que se le dieron pautas.*

*7. El día 22 de agosto tuvo cita con el Servicio de Rehabilitación en el HUNSC para valoración tras terminar la rehabilitación intensiva en la ULM de Canarias. En ese momento se registró en su historia clínica que se duchaba sola sentada, se vestía sola, comía sola.*

*Presentaba estreñimiento cada 2-3 días controlado con laxantes y las micciones eran adecuadas sin sondaje. Realizaba las transferencias de manera autónoma con ayuda de andadora. La exploración física descrita mostraba mejoría respecto a la previa en el miembro inferior izquierdo detectando algo de movimiento sin vencer la gravedad en psoas (2-/5 según escala de fuerza muscular) y movimiento parcial contra gravedad en isquios (3/5 según escala de fuerza muscular), pero se detectó dolor y crepitación en rodilla por lo que se solicitó radiografía. Asimismo, se le indicó comenzar fisioterapia de forma urgente.*

*El día 20 de septiembre tuvo cita de revisión con este servicio refiriendo la paciente mejoría parcial aunque no empleaba la ortesis prescrita por no adaptarse a la misma. En este momento se describía movilidad la aceptable en miembro inferior derecho y algo de mejoría en miembro inferior izquierdo con movimiento parcial contra gravedad en psoas, cuádriceps, dorsiflexores de tobillo, extensor del primer dedo y flexores plantares de tobillo (3/5 según escala de fuerza muscular). Se revisó radiografía con sospecha de síndrome de dolor regional complejo por lo que se solicitó gammagrafía ósea y se le indicó continuar la fisioterapia. La*

*gammagrafía ósea realizada el día 11 de Octubre informaba sobre el probable síndrome de dolor regional complejo.*

*8. Al mismo tiempo continuaba seguimiento por la ULM del CHUIMI, habiendo sido valorada el día 11 de noviembre de 2024 dejando constancia que al alta de este servicio realizaba marcha con ayuda de ortesis en miembro inferior izquierdo y bastones ingleses para distancias cortas y medias, precisando la silla de ruedas para distancias largas. En esta cita de revisión refería que no estaba caminando por molestia con la ortesis, así que estaba todo el tiempo en la silla de ruedas. Comentó que acudía a rehabilitación dos veces a la semana, tenía un adecuado de esfínteres y dolor neuropático en tratamiento con gabapentina. Se le ajustó el tratamiento aumentando la dosis de gabapentina y se indicó revisar la ortesis en la ortopedia así como llevarla en la siguiente consulta para valorarla.*

*En la cita de revisión el 17 de febrero de 2025 no aportó la ortesis tal como se le había indicado, refirió que no la usaba. Comentó que caminaba en casa pero el resto del tiempo estaba con la silla de ruedas. Se le dio nueva cita de revisión para valorarla con la ortesis.*

*9. Las últimas revisiones han sido con el Servicio de Rehabilitación del HUNSC en febrero y abril de 2025 dejando constancia de que tenía varias faltas a las sesiones de rehabilitación, algunas justificadas y otras sin justificar, por lo que se le explicó la necesidad de no faltar con la posibilidad de emitir un alta por incomparecencia. Se han revisado los registros de las faltas detectando cinco faltas justificadas (tres en septiembre 2024, una en Octubre 2024 y otra en enero 2025) y quince faltas sin causa justificadas (entre Octubre de 2024 y mayo de 2025, con mayor frecuencia a partir de febrero de 2025). En la última valoración se describe estabilización sin mejoría respecto a la previa, se le indicó nueva revisión tras 20 sesiones informándole que en caso de fallar a las sesiones sin causa justificada se procedería al alta del tratamiento».*

## III

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

**1.** El expediente comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, el 25 de abril de 2025, como se dijo. El 7 de mayo se dictó la Resolución n.º 321/2025 de la Secretaría General del SCS, que la admitió a trámite.

**2.** En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP ya referido y el informe del Sección de Radiología Vascular e Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (CHUNSC)

**3.** Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no constando en el expediente remitido a este Organismo Consultivo que se haya practicado más prueba que la incorporación de la documental propuesta.

Además, la reclamante en el escrito de alegaciones formulado con ocasión del trámite de vista y audiencia, tras afirmar que sus alegaciones han sido refrendadas «*por el informe pericial médico aportado por esta parte* solicitó *que el órgano instructor no se limite a las conclusiones del SIP, sino que valore de forma integral la documentación clínica, los informes médicos y la prueba pericial aportada, reconociendo la existencia de un daño antijurídico, cierto y directamente imputable al funcionamiento anormal del Servicio Canario de la Salud*». Sin embargo, el informe médico pericial que refiere haber aportado la interesada no obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo.

Después, se otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, formulando esta sus alegaciones, de las que se ha hecho mención.

**4.** Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, el día 25 de diciembre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. " (...) No por ello la práctica de la primera intervención fue defectuosa o contraria a la lex artis, lo que por ende no se evidencia del expediente, motivo por el cual se incluye esta posibilidad de reintervención en el documento de consentimiento informado (...) alguno de estos riesgos se dieron en la paciente, que fueron además reparados en la segunda de las intervenciones, por lo que aunque el daño referido por la reclamante pudiera proceder causalmente de aquella intervención, dicho daño sin embargo no consta que provenga de una mala praxis médica, de lo que la reclamante tampoco ha hecho prueba, por lo tanto, no puede ser calificado antijurídico (informe de los Servicios Jurídicos, de 18 de octubre de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 31/14)».*

# IV

**1.** La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para atribuir responsabilidad patrimonial al SCS.

**2.** En el presente asunto, concurren dos hechos suficientemente acreditados, y sobre ambos versa la reclamación inicial.

**2.1.** En primer lugar, se dice que la isquemia medular padecida por la interesada fue una complicación derivada de la embolización efectuada para tratar su patología respiratoria, siendo demostrativo de ello, por ejemplo, las conclusiones a las que se llega en el informe del SIP:

*«1) La paciente acudió al servicio de urgencias siendo diagnosticada de una hemoptisis amenazante, esto es una situación de riesgo vital con una alta tasa de mortalidad si no es tratada.*

*2) Se siguió el protocolo técnico establecido en estos casos como fue la realización de un angioTC, posteriormente la broncoscopia con la que se logró un control parcial del sangrado por lo que era necesario la realización de un tratamiento endovascular para su control. Para ello, se realizó la arteriografía que permite la visualización directa de las arterias para descartar vasos colaterales con irrigación medular, así como avanzar hacia una cateterización selectiva de las arterias bronquiales para localizar el origen del sangrado. En este caso, con la arteriografía selectiva de la arteria bronquial izquierda, se objetivó el origen del sangrado y se procedió a realizar la embolización sin incidencias.*

*3) Previo la realización de la arteriografía y embolización la paciente firmó el consentimiento informado en el que se recoge la posibilidad de oclusión de vasos en órganos no deseados. La isquemia medular es un riesgo infrecuente pero conocido tras la embolización, no relacionado con una técnica inadecuada ni con el incumplimiento de la lex artis, pues se realizó el protocolo establecido. Sin embargo, es posible la existencia de una rama radiculomedular de pequeño calibre que pasara inadvertida durante la arteriografía diagnóstica. El Servicio de Radiología Vascular Intervencionista revisó de manera retrospectiva las imágenes de la embolización describiendo una arteria que podría corresponderse con una rama segmentaria espinal, sin ser siquiera la valoración retrospectiva concluyente aún conociendo el resultado.*

*4) Durante su ingreso, la paciente presentó un segundo episodio de hemoptisis que precisaba ser tratado mediante arteriografía y embolización. En esta ocasión volvió a firmar el consentimiento informado, lo que demuestra que de haber conocido de forma expresa todos los riesgos se hubiese sometido igualmente al procedimiento ante la situación de riesgo vital en la que se encontraba.*

*5) Tras la complicación surgida inició rehabilitación en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y, una vez estabilizada, fue derivada a la Unidad de Lesionados Medulares de Canarias en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

*dónde recibió rehabilitación intensiva siendo dada de alta al lograr la deambulación con ayuda de una ortesis y bastones».*

Así, la cuestión de fondo es dilucidar si la complicación se debió a una mala praxis o no.

**2.2.** En segundo lugar, en la documentación del consentimiento informado correspondiente a tal actuación médica, que obra en la página 163 del expediente remitido a este Consejo Consultivo, consta entre las posibles complicaciones lo siguiente: «*Obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves, e incluso la muerte*», y es la otra de las cuestiones de fondo determinar si esta documentación es deficiente o no.

**3.** Dicho todo lo anterior y por consecuencia de ello, resulta que del estudio del expediente remitido al Consejo Consultivo (en el que no obra el informe médico-pericial aportado por la interesada, según ella dice, como antes se refirió), resultan varias y serias dudas que impiden pronunciarse, razonadamente y con información suficiente, sobre las cuestiones de fondo, en particular la primera de ellas, relativa al ajuste a la *lex artis* del procedimiento seguido para la primera de las dos embolizaciones que fueron practicadas a la interesada que reclama ser indemnizada.

Estas dudas, que deben despejarse, son las siguientes:

- Primeramente, en el informe del SIP se afirma que con carácter previo a la actuaciones médicas causantes de la isquemia medular que sufre la interesada que se le efectuó una arteriografía *selectiva* de la arteria bronquial izquierda. Esta aseveración lleva a preguntarse si hubiera sido más adecuado realizar dicha prueba de forma total y no solo de modo selectivo.

- Además, en el informe clínico de alta médica del Servicio de Neumología consta que *«De forma retrospectiva, se revisan imágenes de la embolización donde se intuye en una series, arteria que pudiera corresponder con alguna rama segmentaria espinal dependiente de la bronquial izquierda embolizada»* y ello da lugar a que nos cuestionemos cuál es el motivo por el que durante la embolización no se intuyó, al menos la posibilidad, de que una de las arterias se correspondiera con alguna rama segmentaria espinal dependiente de la bronquial izquierda embolizada, como sí se advirtió en la segunda embolización, lo que conduce obligadamente a otra cuestión, que es la relativa a cuál habría sido la actuación médica correcta si se hubiera constatado a tiempo la posibilidad de tal conexión arterial.

A ello conducen de modo obligado algunas de las informaciones extraídas, precisamente, de la bibliografía referida en el Informe del servicio (CIRSE Standards) sobre la relevancia de la obtención y del examen *riguroso* de las imágenes que deben estar disponibles: «*Antes de iniciar la embolización de la arteria bronquial, es imprescindible verificar rigurosamente la ausencia de ramas que irriguen estructuras críticas, como la médula espinal. Estas ramas pueden originarse directamente de los troncos bronquiales intercostales o comunicarse estrechamente mediante vasos colaterales cortos*».

Por otro lado, en el informe en que se menciona la imagen y su *intuición* no se usa la expresión que utiliza el SIP (*no fue evidente*, dice el SIP, que añade que la referencia no era concluyente) al describir el examen retrospectivo de las imágenes obtenidas.

**4.** Por ello, para que el instructor pueda proponer y el órgano competente pueda dictar la Resolución del expediente con la exhaustividad legal, y resolver con fundamento todas las cuestiones planteadas, y para que este Consejo pueda pronunciarse sobre las cuestiones de fondo es preciso que se emita informe por especialista en la materia del SCS, de un servicio distinto al actuante, informe que complementará el ya prestado por el SIP, cuyo criterio y sus fundamentos ya se conocen en el expediente. Este informe adicional o complementario se pronunciará acerca de estas dos cuestiones, es decir, si la arteriografía selectiva era la prueba previa adecuada o no y sobre si las imágenes obtenidas para la embolización eran suficientes para practicarla y si mostraban la posibilidad de que una de las arterias afectadas irrigara o estuviera conectada a la médula espinal o existiera al menos el riesgo o la duda, pronunciándose, en ese último caso, acerca de cual habría sido la actuación médica correcta.

Además, junto con dicho informe habría de adjuntarse al expediente el informe médico-pericial que se dice aportado por la reclamante.

Tras ello, se otorgará nuevamente trámite de vista y audiencia a la interesada y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Consejo para que sea dictaminada.

## C O N C L U S I Ó N

Se estima contraria a Derecho la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, pues procede la retroacción de las actuaciones por las razones y a los fines expuestos en los Fundamentos anteriores.