Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 7 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de marzo 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 44/2026 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 alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que la interesada solicita una indemnización cuya cuantía total asciende a 589.013,54 euros, 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). Está facultada para solicitarlo la Consejera de Sanidad (art. 12.3 LCCC).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución resultan 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

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, aunque la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS está delegada en la Secretaría General del SCS mediante Resolución de la Directora de 23 de diciembre de 2014.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, pues la afectada tiene la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Y 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. En lo que se refiere al requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), se considera que tal requisito concurre, remitiéndonos a los razonamientos jurídicos expuestos al respecto en el Fundamento IV del Dictamen 306/2025, de 15 de julio, de este Consejo Consultivo, emitido en relación con el asunto que aquí nos ocupa.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa aún y en todo caso el deber de resolver expresamente (arts. 21.1 citado y 24.3 LPACAP).

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo expuesto sobre ello en el referido Dictamen 305/2025, de 15 de julio, en el consta lo siguiente, extraído de las propias manifestaciones de la reclamante hechas en su escrito inicial, al que adjunta diversos documentos y un informe pericial:

«La Sra. (...), en fecha en que se iniciaron los hechos denunciados por la presente reclamación patrimonial tenía la edad de 63 años.

Como antecedentes clínicos presentaba fibromialgia en seguimiento por parte de la Unidad de Dolor crónico, motivo por el cual tenía pautada medicación específica para el manejo del dolor crónico y la ansiedad, provocada por dicho diagnóstico y por distimia y rasgos afectivos de la personalidad.

La medicación principal que tenía pautada, hasta la fecha de primera visita en fecha 20.07.2023, era la siguiente:

- *Hidromorfona (Edunix) 8mg mañana y 12mg noche.*
- *Paracetamol 650 3 veces al día.*
- *Pregabalina 100mg mañana y noche.*
- *Simvastatina 10 MG noche.*
- *Lorazepam 1mg 3 veces al día.*
- *Furosemida 40mg mañana.*
- *Sertralina 50mg noche.*
- *Omeprazol 20 MG mañana.*

Ello lleva a acreditar que la Sra. (...) tenía un historial de medicación crónica con opioides y benzodiacepinas.

PRIMERO.- CONSULTA CENTRO DE SALUD EL CALERO Y VISITA A URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR 20.07.2023.

En fecha 20.07.2023, mi representada acudió al centro de salud El Calero por encontrarse en regulares condiciones. Desde el centro de salud, en la madrugada del 20.07.2023 al 21.07.2023, fue derivada al Hospital Universitario Insular, donde se le diagnosticó celulitis infecciosa y le dieron el alta médica con tratamiento de amoxicilina con ácido clavulánico.

Conviene adelantar en este punto que la celulitis infecciosa requiere confirmación microbiológica para identificar el patógeno causante y ajustar el tratamiento antibiótico de manera precisa. La ausencia de estos cultivos representa una deficiencia crítica en el manejo del caso. El cuadro clínico era poco sugestivo de celulitis: No había fiebre, síntomas generales (salvo astenia), la analítica sanguínea era normal. La paciente tenía la función renal alterada y no se tuvo en cuenta a la hora de dosificar la medicación. No se estudió una posible insuficiencia cardíaca como causa de la función renal.

Dado que la paciente tenía un historial complejo de fibromialgia y medicación crónica, una evaluación más exhaustiva que incluyera cultivos, análisis de sangre y posiblemente estudios de imagen habría sido necesaria (por presentar diversos factores de riesgo) para descartar otras posibles complicaciones y confirmar el diagnóstico de celulitis.

Sin embargo, se optó por parte del Hospital Universitario Insular optar por mantener el diagnóstico de celulitis infecciosa, dar tratamiento de amoxicilina con ácido clavulánico y el alta médica.

SEGUNDO.- SEGUNDA CONSULTA AL CENTRO DE SALUD EL CALERO Y TRASLADO A URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR 25.07.2023.

El 25 de julio de 2023, la paciente fue nuevamente llevada al Centro de Salud El Calero, por servicio de ambulancia que asistió inicialmente en el domicilio. Posteriormente, la noche del 25 al 26, fue trasladada a urgencias del Hospital Insular debido a la persistencia de vómitos (hasta 13 vómitos contabilizados) e incontables deposiciones líquidas.

En esta ocasión, la evaluación inicial llevó al diagnóstico de una infección gastrointestinal causada por E. coli.

Sin embargo, al revisar los informes médicos, se observa que no se documentaron pruebas diagnósticas adicionales como cultivos fecales o análisis de sangre que podrían haber confirmado el diagnóstico real y definitivo, y ayudado a ajustar el tratamiento de manera más precisa.

Durante su ingreso hospitalario, en la madrugada del 25 al 26 de julio de 2023, mi representada evidencia un deterioro significativo del nivel de conciencia, acompañado de desviación de la mirada hacia la derecha y clonías palpebrales.

Tras ello y el suministro de medicación, fue ingresada en planta de neurología con el diagnóstico principal de "crisis de inicio focal con afectación del nivel de consciencia, post-crítico prolongado. Encefalopatía leve a estudio. Llama la atención LCR y RFA normales".

Así, lo que inicialmente fue considerado como una infección gastrointestinal causada por E. coli, o celulitis infecciosa, acabó siendo un diagnóstico mucho más grave, como ya se ha podido adelantar en este hecho y se detallará a continuación.

TERCERO.- INGRESO HOSPITALARIO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR A PARTIR DE 26.07.2023.

TERCERO PRIMERO.- Ingreso en planta de neurología 26.07.2023.

Como se ha manifestado en el ordinal anterior, debido al cuadro clínico diagnosticado, en fecha 26.07.2023 se decidió el ingreso de mi representada en la planta de neurología del H.U. Insular.

A su llegada a planta, según informe, la Sra. (...) presenta:

"lenguaje repetitivo, no obedece órdenes, no nomina. Mirada centrada que impresiona de limitación en movimientos conjugados horizontales y verticales. No asimetría ni paresia facial. Moviliza 4 extremidades sin aparente defecto motor. No claudicación en maniobras anti-gravitatorias. RCD flexor bilateral. No alteración de la sensibilidad algésica. No posible

valoración de sensibilidad cortical. Estática sin alteraciones en la sedestación en cama. Marcha no valorable".

Es preciso recalcar en este punto, por lo que se dirá a lo largo de la presente reclamación que, desde el día 25.07.2023, fecha en que acudió al centro de salud y se decidió su ingreso hasta, como mínimo, el día 31.07.2023, cuando fue trasladada a la UMI con la gravedad de su cuadro médico, la Sra. (...) fue privada de su medicación habitual, con base principal de opioides y benzodiacepinas.

Ello consta, no sólo por el relato de hechos de los familiares, sino por la omisión de dichos medicamentos en la historia clínica sobre medicación suministrada a la paciente a lo largo de su ingreso como, por, una vez conocido el diagnóstico final de mi representada, qué es lo que lo produjo: "deterioro funcional agudo en probable relación con miopatía/pnp del enfermo crítico. Estatus epiléptico superrefractario. Cumple criterios de FIRES. No se puede descartar Trigger por supresión de Benzodiacepinas".

TERCERO SEGUNDO.- Ingreso en UMI desde 31.07.2023 hasta 17.08.2023.

En planta permanece hasta el día 31.07.2023, día en que, tras su empeoramiento, es trasladada a la UMI para sedación debido a los ataques epilépticos que sufre desde su ingreso. Como especifica el informe de alta en la UMI:

"en el día de hoy empeoramiento clínico. Se realiza EEG compatible con estado epiléptico focal. Considerándose el estado epiléptico focal con alteración del nivel de alerta refractario nos avisan para escalar a 3º escalón. Se decide ingreso en UMI para sedación profunda y aislamiento de la vía aérea.

Es decir, en fecha 31.07.2023 fue trasladada a la UMI debido a episodio de estatus epiléptico refractario. Este diagnóstico se caracteriza por convulsiones continuas que no responden a los tratamientos iniciales con antiepilépticos y requiere una intervención médica inmediata y agresiva debido al alto riesgo de daño cerebral permanente y mortalidad.

Durante su estancia en la UCI, la paciente recibió múltiples antiepilépticos y sedantes, incluidos Lacosamida, Brivaracetam, Valproico, Clonazepam, Midazolam y Propofol. A pesar de estos tratamientos, la paciente presentó una evolución prolongada del estatus epiléptico, lo que indica una falta de respuesta adecuada a la terapia inicial y la necesidad de una revisión crítica del manejo y ajustes en el tratamiento.

Además, presentó complicaciones como infecciones urinarias, respiratorias y cándida parapsilosis.

En la UMI permaneció ingresada hasta el día 17.08.2023, cuando fue trasladada de nuevo en planta.

TERCERO TERCERO.- Ingreso en planta de neurología en fecha 17.08.2023 hasta 08.09.2023.

Desde el día 17.08.2023 hasta el día 08.09.2023 permaneció ingresada en H.U. Insular, en concreto, en la planta de neurología.

Dado que mi representada es de Madrid y se encontraba en las Islas Canarias por visitar a su hija, quien residía allí, una vez aparentemente estabilizado su cuadro clínico, se ofreció por parte de los médicos de la UMI de Gran Canaria continuar el ingreso en Madrid, para evolución de la paciente. Así, los familiares, por recomendación de los médicos de H.U. Insular, iniciaron los trámites para proceder al traslado, que, inicialmente, fue aprobado en fecha 30.08.2023 para realizarse en H. Puerta de Hierro de Madrid.

Sin embargo, por lo que se reseña a continuación, el traslado no fue posible por su empeoramiento significativo que requirió nuevo traslado a la UMI.

TERCERO CUARTO.- Ingreso en UMI de H.U. Insular desde 08.09.2023 hasta 15.09.2023.

Como hemos apuntado anteriormente, en fecha 08.09.2023, su estado clínico empeoró significativamente, motivo por el cual tuvo que ser trasladada nuevamente a la UMI por estatus epiléptico superrefractario. El informe de alta de ingreso en UMI, especifica:

"Mala evolución en planta con persistencia de actividad epiléptica, siendo preciso el reingreso en la Unidad de Medicina Intensiva el 08.09.2023 en situación de coma secundario a Estatus epiléptico no convulsivo (por diagnóstico clínico y EEG)".

Una vez ingresada en la UMI de H.U. Insular, donde tuvo que ser nuevamente sedada, en fecha 14.09.2023 se decide el destete progresivo de sedación y, dada la imposibilidad de controlar la situación clínica de mi representada, tras la aprobación de los médicos del H.U. Insular, se decide finamente el traslado a Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

El diagnóstico principal que consta en el informe de alta de la UMI de H.U. Insular es:

"Estado epiléptico focal superrefractario. Semiológicamente no convulsivo. Etiología no conocida (a valorar posible encefalitis autoinmune vs neurodegenerativo)".

Desde H.U Insular no tenían respuesta alguna a lo que le sucedía a mi representada; el porqué del cuadro epiléptico y empeoramiento constante de su estado clínico y, consecuentemente, neurológico; ni tampoco respuesta a cómo revertir la situación.

Con todo ello, se decide el traslado interhospitalario al Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

CUARTO.- INGRESO EN HOSPITAL PUERTA DE HIERRO DE MADRID A PARTIR DE FECHA 16.09.2023.

CUARTO PRIMERO.- Traslado en UVI móvil e ingreso en UCI de H. Puerta de Hierro.

En fecha 16.09.2023, mi representada ingresó, por medio de traslado interhospitalario, al Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

El informe de ingreso recoge lo siguiente:

"Acude el 16.09.2023 en UVI móvil con perfusión con Midazolam y en volumen control. Temblor generalizado, no describen episodios de crisis durante el traslado (...) ".

El informe de H. Puerta de Hierro en Madrid, de fecha 16.09.2023, como diagnóstico principal al ingreso indica:

"Estado epiléptico focal superrefractario. No convulsivo de etilogía no aclarada (posible encefalitis por síndrome antifosfolípido transitorio; posible deprivación de BZD y mórficos secundaria a GEA (...)) Anticoagulante lúpico positivo (pendiente de confirmación".

A raíz de su ingreso en H. Puerta de Hierro en Madrid, se le realizaron EEG prácticamente a diario para controlar la evolución clínica y conocer el progreso del status superrefractario. Cabe remarcar aquí que el ingreso fue directamente a la UCI de Puerta de Hierro dada la gravedad de su diagnóstico.

CUARTO SEGUNDO.- Alta en UCI en fecha 18.10.2023 y traslado a planta de hospitalización.

A partir de EEG de fecha 05.10.2023, a pesar de sí ser patentes los signos de disfunción cerebral, ya no se observaron crisis epilépticas, dándole el alta de la UCI en fecha 18.10.2023, con traslado a Planta de Hospitalización.

En concreto, la página 10 de 12 del informe de alta de UCI de H. Puerta de Hierro en Madrid, recoge lo siguiente:

"Tras control del cuadro convulsivo, con estabilidad hemodinánica y respiratoria, cuadro infeccioso filiado y en tratamiento con buena evolución clínica y analítica, se decide de acuerdo con neurología pase a planta de hospitalización.

A partir del ingreso en planta de hospitalización de H. Puerta de Hierro en Madrid, se continuaron los controles por medio de EEG hasta lograr cierta estabilización del cuadro clínico de actividad neurológica.

Desde el primer ingreso en H.U. Insular, mi representada adquirió daño neurológico.

En EEG que se le realizó el día 31.10.2023, en el apartado diagnóstico previo se prevé lo siguiente:

"Control EEG en paciente que ha salido de estatus epiléptico y que se está recuperando cognitivamente. Queremos bajar FAES".

CUARTO TERCERO.- Solicitud de traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Una vez finalizada su estancia en la UMI, UCI y planta de hospitalización, debido a la estabilización clínica, en fecha 30.10.2023, por parte del propio hospital Puerta de Hierro se solicitó el traslado a centro rehabilitador de daño cerebral para rehabilitación funcional y cognitiva.

Es más, en informe de alta de hospitalización de fecha 06.11.2023, por traslado a Hospital de Guadarrama, y siguiendo con lo expuesto en el hecho previo y en el hecho tercero primero, el diagnóstico al alta hospitalaria de H. Puerta de Hierro, previo a derivación a H. de Guadarrama, fue:

(...)

Es de interés hacer especial hincapié en el apartado "Estatus epiléptico superrefractario. Cumple criterios de FIRES. No se puede descartar trigger por supresión de benzodiacepinas. Deterioro cognitivo adquirido, secundario a encefalopatía residual a estatus epiléptico prolongado + toxicidad politerapia con FAES".

Ello muestra, una vez más, que una de las causas principales del cuadro clínico que ha afectado a mi representada, que ha requerido ingreso durante un total de 5 meses, pasando por distintos centros hospitalarios, es la ausencia de administración de su medicación habitual basada en opioides y benzodiacepinas desde el inicio de ingreso en H.U. Insultar.

QUINTO.- INGRESO EN HOSPITAL DE GUADARRAMA A PARTIR DEL DÍA 06.11.2023.

Siguiendo lo expuesto en el ordinal anterior, en fecha 06.11.2024 fue derivada desde H. Puerta de Hierro hacia la Unidad de Recuperación Funcional Neurológicos del Hospital de Guadarrama, con el fin de iniciar un tratamiento rehabilitador de la pérdida de funciones motoras por el daño provocado por la negligencia denunciada por medio de la presente reclamación.

Se concluye, en el informe de traslado hospitalario de Guadarrama a Hospital La Fuenfría, lo siguiente:

(...)

Así, tras un período de ingreso en H. Guadarrama, se prescribe el traslado a Hospital la Fuenfría, para continuar con tratamiento, donde ingresa en fecha 16.11.2023 y es dada de alta a domicilio, como exponemos en el ordinal siguiente, en fecha 21.12.2023.

SEXTO.- INGRESO EN HOSPITAL LA FUENFRÍA A PARTIR DE DÍA 16.11.2023. ALTA HOSPITALARIA EN FECHA 21.12.2023.

En fecha 16.11.2023, mi representada fue trasladada por el SUMMA 112, desde el Hospital de Guadarrama al Hospital La Fuenfría, con motivo de seguimiento para tratamiento neurorrehabilitador, según especifica el informe de alta de fecha 21.12.2023:

(...)

Permaneció ingresada hasta el día 21.12.2023, cuando fue dada de alta con destino a domicilio, alcanzándose el tope posible de curación y rehabilitación; siendo dada de alta con las secuelas definitivas que se exponen y que se confirman con informe de "Neuron" de fecha 14.03.2024.

En el informe de alta hospitalaria de H. La Fuenfría, de fecha 21.12.2023, se recoge el siguiente cuadro evolutivo:

Con las siguientes recomendaciones al alta:

(...)

SÉPTIMO.- POSTERIORES VISITAS MÉDICAS DESDE ALTA DE INGRESO HOSPITALARIO EN FECHA 21.12.2023 Y SECUELAS

Tras el alta hospitalaria en fecha 21.12.2023, la Sra. (...) ha seguido con control por parte de múltiples especialistas; además de requerir acudir a urgencias en varias ocasiones, principalmente, por cuadros de irritabilidad, agitación y dolores de cabeza profundos.

Actualmente, continua en seguimiento por parte de neurólogo y psiquiatra de la seguridad social. Además, por su propia cuenta, está acudiendo a terapia privada con psicóloga y tratamiento neurorrehabilitador, para tratar de mejorar cognitivamente las secuelas neurológicas que derivan de la negligencia denunciada.

En este punto es necesario remarcar que, dado que continua en tratamiento por múltiples especialistas, entre ellos, neurología, en fecha 06.03.2024 se le realizó nueva RMN en Hospital Puerta de Hierro, donde se constata la existencia de, al menos, dos ictus no detectados en el Hospital Insular de Gran Canaria. Este tejido cicatricial constituye parte de las secuelas que denotan el deterioro neurológico en la paciente.

Actualmente, y derivado de la actuación negligente de H.U. Insultar, la Sra. Maria C. (...) presenta las siguientes secuelas:

- *Deterioro cognitivo. Pérdida de memoria y alteración en el lenguaje.*
- *Movilidad reducida.*
- *Dolor crónico y síntomas neuropsiquiátricos.*
- *Síndrome ansioso-depresivo.*
- *Déficit neurológico. Hemiparesia y hemiplejia.*
- *Incontinencia mixta.*

Por parte de Neuron (centro especialista en rehabilitación neurológica de Madrid), se realizó informe de valoración en fecha 14.03.2024, que se adjunta a la presente reclamación patrimonial, donde pueden observarse las secuelas que han afectado a la Sra. (...) y su estado de salud».

2. En lo que se refiere a los motivos por los que se reclama, en el escrito de reclamación presentado se señala que:

«En el caso que nos ocupa, ha habido un claro funcionamiento anormal por parte de los servicios públicos, en concreto, por parte del Hospital Universitario Insular.

La responsabilidad de la administración tiene su origen, principalmente y sin perjuicio de todo lo mencionado a lo largo del presente escrito y el informe pericial que lo acompañará, así como aquella información que sea necesaria, por un lado, en la falta de ajuste adecuado del tratamiento, desde el inicio de estatus epiléptico y, por otro lado, en el inadecuado manejo dinámico del estatus epiléptico, así como en la falta de administración de opioides y benzodiacepinas (medicación habitual por su cuadro clínico de fibromialgia y ansiedad) a su ingreso en Hospital Universitario Insular y el grado de afectación neurológica sufrido y no controlado por parte del hospital; máxime cuando los informes de los hospitales de la Comunidad de Madrid, tras tratar y estabilizar el cuadro clínico de mi representada concluyen que: No se puede descartar trigger por supresión de benzodiacepinas.

El deterioro significativo del estado de salud de la peritada se atribuye tanto a una combinación de evaluación y tratamiento inadecuados del diagnóstico inicial de celulitis, como de la abrupta discontinuación de su medicación crónica:

1. Evaluación y tratamiento inadecuados del diagnóstico inicial: El manejo (diagnostico incorrecto, dosis incorrecta de un fármaco con una indicación dudosa y un manejo inadecuado de la insuficiencia renal de base) llevaron a la paciente a ser más vulnerable a complicaciones neurológicas.

2. Abrupta discontinuación de la medicación crónica: La retirada súbita de opioides y benzodiacepinas es la segunda hipótesis que podría generar el cuadro que ha padecido la peritada, precipitando un síndrome de abstinencia grave y descompensación neurológica, contribuyendo al desarrollo de estatus epiléptico refractario y encefalopatía.

3. Combinación de ambas: Estas dos hipótesis (tanto de forma individual, existiendo una en ausencia de la otra, como en combinación de ambas) explican adecuadamente la progresión del estado de la paciente desde una sospecha de infección cutánea hasta un cuadro neurológico severo, confirmando que el manejo inadecuado en el Hospital Insular fue determinante en el deterioro de su salud.

(...)

Debido a la evolución prolongada y las complicaciones del estatus epiléptico, la paciente presentó un deterioro neurológico significativo. Las complicaciones infecciosas, como infecciones urinarias y respiratorias, y la candidemia, subrayan la necesidad de un manejo integral que no se documenta adecuadamente en los informes revisados.

Finalmente, la paciente tuvo que ser trasladada al Hospital Puerta de Hierro el 16 de septiembre de 2023 debido a la gravedad de su condición y la necesidad de un manejo más especializado que no se proporcionó adecuadamente en el Hospital Insular.

La mala praxis en el Hospital Insular, caracterizada por la falta de administración de medicación crítica, la omisión de pruebas diagnósticas esenciales y el manejo inadecuado del estatus epiléptico, tuvo un impacto directo y negativo en el estado de salud de la paciente. Estas deficiencias violaron las normativas y protocolos establecidos, contribuyendo significativamente al deterioro neurológico y a las complicaciones graves experimentadas, teniendo ya el carácter de secuelas».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, el día 20 de diciembre de 2024.

El día 14 de enero de 2025, se dictó la Resolución n.º 15/2025 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de 8 de mayo de 2025 y con los informes de los Jefes de los Servicios de Neurología y Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular materno Infantil (CHUIMI).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada, si bien aportó al expediente un informe médico-pericial en el que se valoran las distintas actuaciones médicas que se le efectuaran a la interesada. Este informe médico pericial se reprodujo parcialmente en el primer Dictamen emitido por este Consejo Consultivo sobre este asunto, al cual también nos remitimos.

4. Además, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, que presentó escrito de alegaciones, estando referido, en gran parte, al cumplimiento del requisito de la no extemporaneidad de la reclamación formulada, contestado así al informe del SIP, que se pronuncia sobre tal cuestión.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 5 de junio de 2025.

6. Tal y como ya se ha manifestado anteriormente en diversas ocasiones, la anterior Propuesta de Resolución fue objeto del Dictamen del Consejo Consultivo 305/2025, de 15 de julio, en el cual se señaló, en primer lugar, lo siguiente:

«El Servicio de IP concluye su informe expresando una opinión favorable o positiva, en estos términos, que queremos transcribir:

«10.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento».

Sobra decir que esta conclusión de este informe no es solo la expresión puramente apodíctica del parecer del inspector firmante, sino que viene precedida de una detallada y sistemática exposición -y circunstanciado análisis- de lo acaecido desde el día 20 de agosto de 2023 en adelante, en que la reclamante fue atendida por los servicios médicos, primero del SCS y luego de otros centros sanitarios.

Esta exposición detalla, relata y a su término concluye que el padecimiento que, en lo esencial, es motivo de la reclamación es una enfermedad epiléptica -aunque no en todos los momentos y partes de este informe y de otros que figuran en el expediente se utiliza esta misma expresión («epilepsia»), calificada de persistente y superrefactaria, cuya etiología no ha podido ser determinada de modo concluyente.

Los razonamientos del informe del Servicio de Inspección y los fundamentos que van encadenándolos resultan, a juicio de este Consejo, consistentes y conducentes, con toda lógica, a sus conclusiones finales, y tanto aquellos razonamientos como estas conclusiones podrían compartirse por este Consejo, en su momento. Para resumirlos es útil hacerlo con sus propias palabras:

«La paciente presentó un cuadro neurológico raro, grave y potencialmente mortal, con necesidad de ingreso en UCI y secuelas físicas (polineuromiopatia del paciente critico). Estas secuelas están vinculadas, al menos en parte, al mismo proceso neurológico, a la necesidad de una hospitalización prolongada y a su estancia en un entorno crítico. Todo esto no constituye, por sí solo, una evidencia de mala praxis.

Se activaron los recursos diagnósticos adecuados, ajustados a sus circunstancias clínicas y limitaciones, como la alergia al yodo y la baja colaboración para la resonancia magnética. El tratamiento fue dinámico, con ajustes continuos de la medicación, incluyendo sedación profunda cuando fue necesario.

El daño neurológico y el deterioro cognitivo adquirido no se debió a una actuación médica inadecuada ni a un ictus ocurrido durante la estancia en el CHUIMI, sino a una complicación secundaria al estatus epiléptico superrefractario —una patología grave y de

alta morbimortalidad—, así como a procesos posteriores a la atención recibida en dicho centro».

Todo ello, como se reseña en el propio informe, ha ocasionado a la paciente sufrimientos y padecimientos intensos y graves, que han de merecer la compasión de quien llega a conocerlos, como resultan del expediente y del mismo informe del SIP.

Sin embargo, ni la propia constancia y gravedad e intensidad del daño producido por la enfermedad o enfermedades de la reclamante ni la imposibilidad de precisar su causa u origen pueden ser fundamento del reconocimiento de responsabilidad de la administración pública, pues no son prueba de mala práctica ni por tanto título ni motivo para declarar existente y probada la relación de causa a efecto entre la actuación del SCS y el daño».

En segundo lugar, tras la correspondiente fundamentación, se solicitó la retroacción de las actuaciones con la finalidad de que se emitiera un informe complementario del SIP, concluyendo sobre esta cuestión con las siguientes manifestaciones:

«4. El Consejo, a la vista de todo ello, entiende que no puede considerar que el expediente esté completo, en los términos que exige la ley, pues falta que algún informe esclarezca, por un lado, si pudo ser o no ser la privación de los medicamentos citados el desencadenante de la enfermedad y por qué, cómo y cuándo ello se produjo.

Se estima, por tanto, que para completar el expediente y cumplir las exigencias legales citadas, de exhaustividad, motivación y congruencia, debe retrotraerse y recabarse informe complementario del SIP sobre las cuestiones resumidas en el párrafo anterior y detalladas más arriba, en el apartado IV.4, es decir, si se produjo y sufrió la reclamante deprivación de algunos fármacos, si ello pudo evitarse en las actuaciones efectuadas por el SCS, incluso con anterioridad a su ingreso en el CHUIMI, y si hubo alguna probabilidad, caso de existir la deprivación, de que esta originase el comienzo de la enfermedad posterior de la paciente, aunque no pueda explicar -si es el caso- su persistencia, sus recidivas y su refractariedad».

7. El día 24 de julio de 2025, se dictó la Resolución n.º 599/2025 de la Secretaría General del SCS por la que se retrotrajeron las actuaciones con la finalidad referida, emitiéndose el informe complementario del SIP el día 11 de agosto de 2025.

8. Posteriormente, se dio trámite de vista y audiencia a la interesada, que presentó alegaciones el 15 de septiembre de 2025.

9. Por último, el día 9 de febrero de 2026 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

IV

1. La Propuesta es desestimatoria de la reclamación, porque el órgano instructor considera que todas las actuaciones médicas que tuvieron lugar en el presente asunto fueron acordes a la *lex artis* y que no se ha demostrado lo contrario, razón por la que no concurre relación causal entre la asistencia médica dispensada y los daños padecidos por la reclamante.

2. Este Consejo Consultivo se ha pronunciado muchas veces sobre la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, así p. ej. en el reciente Dictamen 63/2026, de 3 de marzo:

«Las reglas constitucionales, legales, jurisprudencias y doctrinales que rigen la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública son conocidas y han sido repetidamente aplicadas y expuestas en los pronunciamientos de este Consejo. Así, por ejemplo, en el Dictamen 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP, lo siguiente:

«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 con 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"».

Y, en otras palabras, ha precisado además el mismo TS [Sentencia de 28 de marzo de 2007] 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, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Es decir, entiende la jurisprudencia [STS 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 el mismo sentido, la STS de 11 de abril de 2014, declara:

«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».

Y añade:

«Ha de tenerse en cuenta 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», doctrina aplicable al presente supuesto.

3. En el caso que aquí nos ocupa, la interesada reclama porque considera que su patología neurológica y las secuelas que la misma le dejó se deben a la *mala praxis* médica acontecida en el CHUIMI, deduciéndose de su escrito de reclamación y de las alegaciones formuladas con ocasión de los dos trámites de audiencia que se le han otorgado, que tal mala práctica, infractora de la *lex artis*, se concreta principalmente en el que considera como diagnóstico inicial erróneo, el de la celulitis, y además en que se interrumpió de forma abrupta el tratamiento farmacológico que venía siguiendo la interesada, especialmente el atinente a los analgésicos opioides y las benzodiacepinas, y porque una vez que comenzó a presentar un estado epiléptico no se le hizo un adecuado seguimiento (monitoreo electroencefalográfico continuo).

4. Antes de entrar en el fondo del asunto, es necesario manifestar que obran en el expediente, no solo los informes del Servicio, sino dos informe del SIP, el inicial y el complementario, elaborados con base en la documentación médica obrante en el propio expediente, en los que se trata de forma extensa y pormenorizada todas y cada una de las cuestiones planteadas, incluidas las planteadas por este Consejo Consultivo en el Dictamen anterior y en el que, debe añadirse, el Servicio de Inspección replica o rebate el informe pericial, tanto en algunas parte del relato fáctico que este hace como en las conclusiones que alcanza el perito.

Ello ha proporcionado al instructor, y ahora al Consejo, dos perspectivas o conjunto de opiniones -y también de narraciones de lo sucedido- distintas y contradictorias en sus elementos esenciales.

5. Así, en primer lugar en cuanto a la actuación médica inicial, la prestada en urgencias, relacionada con la referida celulitas y los problemas estomacales de la afectada, se señala en el primer informe del SIP lo siguiente, que es conveniente transcribir literalmente y en detalle:

«1.- HECHO PRIMERO: CONSULTA CENTRO DEL SALUD Y CHUIMI del 20/07/2023

1a.- Premisa: La celulitis se define como una inflamación cutánea de origen infeccioso, que generalmente afecta a la parte inferior de las piernas. Se manifiesta por signos de edema (hinchazón), eritema, calor, dolor en la zona afectada, y, en algunos casos, ampollas. Si no se trata adecuadamente, puede diseminarse al torrente sanguíneo (causando sepsis) y poner en peligro la vida del paciente. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, y el recuento de glóbulos blancos, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) suelen estar elevados. Sin embargo, valores normales de estos parámetros no descartan el diagnóstico. Algunos pacientes pueden presentar síntomas sistémicos (por ej.

fiebre, malestar general, escalofríos, fatiga), probablemente secundarios a la respuesta inflamatoria e inmunológica del organismo frente a la infección.

1b.- Cuadro Clínico: Al acudir al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), se observaron signos locales de inflamación (calor, edema, eritema) y ampollas. Esto resultó en un cuadro clínico típico de celulitis. Es importante señalar que la celulitis ya había sido diagnosticada previamente en la paciente, quien esperaba ser valorada por un cirujano vascular en Madrid.

La presencia de celulitis en los miembros inferiores se confirma entre los diagnósticos al ingreso en la planta de Neurología y en la valoración realizada por el médico internista el 28/07/2023.

1c.- La fiebre y otros síntomas sistémicos de infección no siempre están presentes, ni se acompañan necesariamente de alteraciones en los parámetros analíticos de inflamación o infección (como la PCR o el recuento de glóbulos blancos). En este caso, además, la paciente estaba recibiendo tratamiento domiciliario con paracetamol, un antipirético que podría haber enmascarado la fiebre. No obstante, sí manifestó debilidad y cansancio.

1d.- Pruebas complementarias: Aunque el cuadro clínico de celulitis era evidente a la exploración, en el SUH se realizaron las pruebas complementarias pertinentes para establecer un diagnóstico diferencial, incluyendo análisis de sangre y una radiografía de tórax. Esta última se realizó para descartar una posible patología cardiaca que pudiera estar causando los edemas en los miembros inferiores.

1e.- Resultados de la analítica:

• La analítica mostró una elevación moderada del pro-BNP, un marcador inespecífico que fisiológicamente se eleva con la edad y en diversas condiciones médicas, incluidas las infecciones. Por ello, su elevación aislada no es suficiente para diagnosticar un fallo cardíaco. En este caso, no se confirmó la existencia de insuficiencia cardíaca, ya que tanto la auscultación cardiopulmonar como la radiografía de tórax no mostraron signos de sobrecarga ni hallazgos compatibles con un fallo cardiaco.

• No se observaron datos de descompensación renal aguda. Los valores de creatinina y del filtrado glomerular eran coherentes con el diagnóstico previo de insuficiencia renal crónica en estadio 3b, ya conocido.

• La proteína C reactiva (PCR) estaba levemente elevada, lo que es compatible con un proceso inflamatorio o una infección incipiente. En cualquier caso, conviene recordar que valores normales de los marcadores de inflamación (como leucocitos o PCR) no excluyen el diagnóstico clínico de celulitis.

1f.- Diagnóstico clínico:

La celulitis infecciosa no requiere confirmación microbiológica, ya que el diagnóstico es clínico. En este caso, no se observaron signos de infección purulenta (como pústulas o abscesos), situación en la que sí podría estar indicada la toma de muestras para cultivo, ni la paciente presentaba antecedentes de inmunosupresión ni patologías crónicas como diabetes mellitus.

El tratamiento antibiótico empírico suele ser eficaz sin necesidad de conocer el patógeno exacto, y, de hecho, incluso cuando se realiza un aspirado de piel o biopsia, el rendimiento microbiológico es bajo y no suele modificar la estrategia terapéutica. Los principales agentes causales son Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus, y la cobertura antibiótica empírica estándar los incluye. Iniciar el tratamiento antibiótico sin esperar la confirmación microbiológica es crucial para evitar complicaciones graves.

1g.- Tratamiento antibiótico:

No se ajustó la dosis de amoxicilina/ácido clavulánico, ya que no es necesario hacerlo en pacientes con un aclaramiento de creatinina superior a 30 mL/min (la paciente presentaba 34 mL/min), tal como afirma en su informe el Servicio de Urgencias. Este antibiótico de amplio espectro está indicado para el tratamiento de infecciones de la piel y tejidos blandos, incluida la celulitis. En este caso, existían indicios clínicos suficientes para justificar el inicio del tratamiento.

2.- HECHO SEGUNDO: ACCESO EN SERVICIO DE URGENCIAS del 25-26/07/2023

2a.- Desde que la paciente acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, alrededor de las 21:00 h del 25/07/2023, es evaluada y explorada por un cuadro gastrointestinal y se le administra adecuado tratamiento sintomático, incluyendo antieméticos, espasmolíticos y analgésicos (paracetamol intravenoso). El cuadro gastrointestinal había comenzado esa misma mañana.

2b.- En el acceso al Servicio de Urgencias Hospitalarias (25-26/07/2023) no se menciona inicialmente el diagnóstico de infección gastrointestinal por E. coli, que se confirmaría posteriormente mediante coprocultivo realizado el 29/07. La paciente ingresa por dolor abdominal en estudio y, aproximadamente una hora y media después del triaje, mientras queda a la espera de las pruebas complementarias, presenta una crisis focal. Aunque en un primer momento se orienta como un cuadro gastrointestinal, la aparición de la crisis epiléptica modifica la prioridad clínica y el enfoque diagnóstico.

• Los cultivos fecales se recogieron el 29/07/2023, cuando la paciente presentó un cambio en las características de las deposiciones (color verdoso/amarillento). Su realización previa en urgencias no se consideró necesaria por los antecedentes, la clínica y la evolución del cuadro, con evolución inferior a 24 horas (inicio referido en la mañana del 25/07). Además, la realización del coprocultivo en el SUH no habría modificado la actitud terapéutica inicial, dado que estos estudios requieren varios días para obtener resultados, al

depender del crecimiento del patógeno en el medio de cultivo. Habitualmente, el coprocultivo se indica cuando existe una sospecha bien fundamentada —por ejemplo, en un contexto epidémico o en presencia de una diarrea con características sugestivas (sanguinolenta, persistente más de 72 horas)—, en pacientes inmunodeprimidos, o en personas que manipulan alimentos. En este caso, no se daban inicialmente esas condiciones.

2c.- En cuanto al tratamiento de las gastroenteritis agudas, no se utilizan antibióticos de forma generalizada. En el caso de esta paciente, tras valoración por neurología, se pautaron antivirales para cubrir una posible etiología vírica del cuadro neurológico y se modificó el tratamiento antibiótico (con inicio de clindamicina) en el contexto de la celulitis, no por el cuadro abdominal.

2d.- En el SUH sí se realizó una analítica que muestra mejoría de los parámetros inflamatorios/infecciosos (proteína C reactiva negativa), sin signos analíticos de sepsis. Asimismo, se observa mejoría de la función renal, con una creatinina de 1,40 mg/dl y un filtrado glomerular estimado de 40 mL/min.

2e.- En las pruebas de imagen realizadas (TC cerebral y resonancia magnética cerebral), se descarta patología cerebral aguda.

2f.- En el Servicio de Urgencias, el 26/07/2023, ante el deterioro del nivel de conciencia y la aparición del cuadro neurológico, se realizan las pruebas diagnósticas pertinentes, incluyendo análisis del líquido cefalorraquídeo con estudio microbiológico (búsqueda de bacterias y virus), neuroimagen (TC cerebral y resonancia magnética) y electroencefalograma. No se pudo efectuar la TC con contraste debido a la alergia conocida al medio de contraste».

6. En lo que se refiere a la interrupción de la medicación referida con anterioridad, se ha de tener en cuenta no solo el primer informe del SIP que se centra en lo referente al tratamiento farmacológico de opioides y benzodiacepinas dispensado durante su estancia hospitalaria, sino también en el informe complementario del mismo SIP solicitado por este Consejo Consultivo, que valora y se pronuncia sobre esta cuestión en lo correspondiente a las primeras actuaciones médicas, previas al ingreso hospitalario.

6.1. Así, en el primer informe del SIP se señaló lo siguiente:

«3a.- La paciente acudió al Centro de Salud refiriendo vómitos repetidos e imposibilidad para retener su medicación habitual, manifestando que la había vomitado. Dado su estado gastrointestinal, se optó por iniciar tratamiento intravenoso, administrando antieméticos y analgésicos para el control sintomático.

3b.- Durante su estancia en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) la noche del 25 al 26 de julio, no se registró en los antecedentes el uso domiciliario de residir habitualmente en otra comunidad autónoma y no constar medicación activa en su receta electrónica, no fue posible corroborar este tratamiento. En ausencia de documentación clínica o referencia por parte de la paciente o sus familiares, resultaría inviable verificarlo.

No obstante, según la historia clínica, se administraron benzodiacepinas intravenosas (midazolam) en varias ocasiones:

1:30 h del 26/07: 3 cc de midazolam 04:42 h: 5 mg de midazolam

06:39 h: 3 mg de midazolam.

Esta administración constituyó una alternativa terapéutica adecuada ante la imposibilidad de utilizar la vía oral, tanto para el manejo de la crisis como para cubrir la "improbable posibilidad de síntoma aislado de abstinencia" tal como informa el Servicio de Neurología.

Posteriormente, a partir de la tarde del 26/07, verosímilmente una vez que la paciente comenzó a tolerar nuevamente la vía oral, se pautó por esta vía tratamiento con tramadol (analgésico opioide) y lorazepam (benzodiacepina).

3c.- Igualmente, en la planta de Neurología consta la introducción de clonazepam (benzodiacepina con perfil antiepiléptico) el 27/07/2023, según se recoge en las notas clínicas del Servicio de Neurología y puede comprobarse en el historial de líneas de prescripción farmacológica (líneas 4, 11 y 14 de las hojas 1A y sus continuaciones, hojas 1B y 1C). Asimismo, se administraron benzodiacepinas de rescate (midazolam) por vía intravenosa en al menos dos ocasiones: el 27/07 a las 2 h y el 28/07 a las 12:45 h.

3d.- Por todo lo anterior, puede afirmarse que no es cierto que la paciente estuviera privada de benzodiacepinas hasta, al menos, el 31/07/2023.

3e.- Tal como señala el Servicio demandado, en planta "se ajustó la medicación a su situación clínica, su función renal deteriorada y su nivel de conciencia, pautándose, además de su tratamiento habitual con lorazepam, los fármacos indicados para el control de su proceso, y evitando aquellos perjudiciales para el mismo".

Añadimos que entre estos medicamentos potencialmente perjudiciales se encuentran los opioides, por su posible efecto epileptógeno (pueden favorecer crisis epilépticas), especialmente en pacientes con antecedentes de insuficiencia renal.

En el caso concreto de esta paciente, que padecía fibromialgia, los opioides no constituyen un tratamiento de elección, ya que no han demostrado una eficacia sostenida. Por ello, en planta se valoró su uso en base a una cuidadosa evaluación del balance riesgo-beneficio, teniendo en cuenta su situación clínica y sus antecedentes».

6.2. En relación con ello, en el informe del Servicio de Neurología del CHUIMI se afirma que:

«La paciente es atendida en el Servicio de Urgencias y permanece en observación por cuadro gastrointestinal con numerosos vómitos y por tanto no tolerando la vía oral para administrar tratamiento.

La paciente no presentaba síntomas de abstinencia, siendo algo extremadamente inusual que el primer síntoma de abstinencia a cualquier medicación sea una crisis epiléptica.

La paciente sufre la primera crisis epiléptica cuando lleva 1 hora y 30 minutos aproximadamente en el Servicio de Urgencias. Fue tras la evaluación inicial por facultativo de urgencias y estando pendiente de resultados de pruebas complementarias iniciales. En ese momento se le administra Midazolam, como manejo de la crisis y secundariamente cubriendo la improbable posibilidad de síntoma aislado de abstinencia. Estando en ese mismo servicio la paciente recibe varias dosis posteriores de Midazolam para realizar punción lumbar y nuevamente cubriendo la posibilidad de abstinencia. Posteriormente se ajustó medicación a su situación clínica, su función renal deteriorada y su nivel de conciencia, pautándose además de su tratamiento habitual con Lorazepam, los fármacos indicados para el control de su proceso, y evitando aquellos perjudiciales para el mismo.

Cabe volver a señalar que en ningún momento la paciente presentó síntomas clínicos de deprivación de fármacos. Asimismo, estando en el servicio de Urgencias recibió tratamiento con benzodiacepinas desde la primera crisis. Inicialmente Midazolam y cuando la paciente comienza a tolerar via oral Lorazepam. Desde su ingreso en planta de Neurología recibe tratamiento con Clonazepam.

- En cuanto a la etiología del cuadro clínico de la paciente:

La causa más frecuente de estado epiléptico superrefractario en pacientes sin antecedentes de epilepsia es la encefalitis autoinmune. Sería realmente insólito que las crisis epilépticas en contexto de abstinencia a benzodiacepinas evolucionen a estado epiléptico superrefactario. Tal es así, que en la evidencia médica neurológica al respecto, la abstinencia a benzodiacepinas no se encuentra definida como etiología en este tipo de estados epilépticos».

6.3. En el informe complementario elaborado por el SIP, se señala sobre esta cuestión, especialmente en relación con las actuaciones previas al ingreso hospitalario, lo siguiente:

«En respuesta a la solicitud de un informe complementario formulada por el Servicio de Normativa y Estudios, en relación con el Dictamen del Consejo Consultivo de Canarias nº 306/2025, se ha realizado una revisión exhaustiva de la documentación obrante en el expediente. Siguiendo la misma línea argumental establecida en el informe previo emitido

por este Servicio, se expone a continuación lo siguiente en respuesta a las cuestiones planteadas por el Consejo Consultivo de Canarias:

1.- Con respecto a las actuaciones previas al 25 de julio de 2023:

1a.- El 20/07/2023, a las 21:23 horas, la paciente acude al Servicio de Urgencias (SU) del Centro de Salud. No se modifica su medicación y se deriva al CHUIMI para su valoración.

1b.- Ingresa en el Servicio de Urgencias del CHUIMI el 20/07/2023, permaneciendo unas pocas horas (2 horas y 25 minutos en total), con triage realizado a las 23:18 horas y alta médica a las 00:50 horas del 21/07/2023 (según informe de alta), constando su salida efectiva del hospital a las 01:40 horas del 21/07/2023.Se aportan (abajo) capturas de pantalla del acto clínico relativo al acceso a urgencias del 20-21/07/2023, capturado desde el aplicativo Drago AE del CHUIMI.

(...)

En el Servicio de Urgencias, dada su dinámica asistencial orientada a la atención de situaciones urgentes o emergentes, la anamnesis se dirige principalmente al problema que refiere el paciente y que motiva su acceso, basándose en lo manifestado por el propio paciente o sus familiares, e integrándose con la información registrada en el aplicativo informático y/o en los informes de derivación procedentes de Atención Primaria u otros especialistas. Recordamos que la paciente no residía en las Islas Canarias, sino que se encontraba de visita familiar a su hija, y estaba en seguimiento por su médico de Atención Primaria y por especialistas en la península. Por ello, la información disponible en la historia clínica digital se limitaba a las asistencias puntuales que había recibido en la sanidad pública en Gran Canaria.

En la anamnesis dirigida que se realiza habitualmente en urgencias no existe tiempo material para desarrollar una historia clínica en profundidad, centrándose en antecedentes que puedan tener relación con los síntomas referidos. En este caso, la paciente acude por debilidad, astenia y edemas de miembros inferiores con signos de celulitis (20/07), y se recogen antecedentes médicos relevantes en relación con el cuadro clínico presentado, registrándose antecedentes de fibromialgia y anemia.

Además, dado que en la exploración física no se objetivó focalidad neurológica (signos de déficit de fuerza, sensibilidad, reflejos, etc., que sugirieran patología neurológica), ni signos de abstinencia farmacológica (como hipertensión, taquicardia, sudoración, temblores, agitación o ansiedad), ni signos de intoxicación, no tenía justificación clínica en ese momento indagar sobre un posible uso o abuso de benzodiacepinas o mórficos.

Se considera que, aun en el caso de haberse recogido el antecedente de uso crónico de benzodiacepinas o mórficos, ello no hubiera evitado en desenlace clínico que presentó ni modificado la actitud terapéutica en ese momento.

Considerando el escaso tiempo de permanencia en Urgencias (2 horas y 25 minutos) y que la atención se produjo en horario nocturno, es razonable descartar que se produjera una deprivación farmacológica durante su estancia en el Servicio de Urgencias, ya que, según la pauta domiciliaria, la paciente no tomaba mórficos ni benzodiacepinas durante la noche. De hecho, de acuerdo con el tratamiento domiciliario recogido en el informe de alta del 15/09/2023, la última dosis (prevista antes de acostarse) consistía en 1 mg de lorazepam y medio comprimido de hidromorfona de 16 mg. En caso de que no hubiera tomado estas dosis antes de acudir al Centro de Salud, lo más probable es que las hubiera ingerido al regresar a su domicilio tras abandonar el hospital a la 01:40 horas, de cara a conciliar el sueño y paliar el dolor.

En cualquier caso, la omisión de una sola dosis, sin clínica posterior de abstinencia, no explica temporalmente que cuatro días después manifestara crisis epilépticas.

1c.- Posteriormente a la asistencia prestada en el SU del CHUIMI los días 20-21/07/2023, no constan nuevos episodios asistenciales ni en Atención Primaria ni en el propio CHUIMI hasta las asistencias registradas el 25/07/2023.

2.- Por todo lo anterior, este Servicio considera que, en las valoraciones médicas previas al 25/07/2023, no existieron circunstancias que determinaran la deprivación farmacológica reclamada, ni se realizó prescripción médica para modificar o reducir su tratamiento domiciliario. Se recogió la anamnesis pertinente y focalizada en el motivo clínico que llevó a la paciente al Servicio de Urgencias.

La paciente fue dada de alta con tratamiento dirigido al motivo de consulta (antibiótico oral y paracetamol), compatible con sus alergias registradas (alérgica a AINEs-antiinflamatorios no esteroideos), y con recomendación de control por su médico de Atención Primaria. No consta que se indicara modificar su tratamiento habitual domiciliario. Es implícito que, de haberse considerado necesario por interacciones o por el cuadro clínico, se habría indicado cualquier modificación del tratamiento domiciliario en el informe de alta. Igualmente, en el momento formal del alta, la paciente o su familiar tenían la posibilidad de plantear dudas directamente al médico que emitió y entregó el informe.

3.- Consideramos que tampoco se pudo evitar la supuesta deprivación farmacológica mediante actuaciones previas distintas por parte del SCS, ya que las asistencias anteriores respondieron a clínica distinta, y la sintomatología gastrointestinal y la supuesta abstinencia secundaria a la misma se iniciaron posteriormente, con comienzo documentado en la mañana del 25/07/2023.

4.- La siguiente asistencia del SCS se produce el 25/07/2023, inicialmente en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, cuando la paciente acude por síntomas digestivos (vómitos y diarrea) con inicio en la mañana de ese mismo día. En la anamnesis se recoge que "ha vomitado su medicación". En ese momento aún no presenta clínica neurológica".

Si realmente existió una deprivación farmacológica, según se desprende de la historia clínica, esta ha sido secundaria a un cuadro gastrointestinal iniciado en la mañana del 25/07/2023. De hecho, en algunos documentos (historia clínica de Atención Primaria) consta que la paciente vomitó la medicación tras ingerirla, mientras que en otros (informe de alta de la UMI del 17/08/2023) se recoge que interrumpió su tratamiento habitual tras dicho episodio gastrointestinal.

5.- No es, ni ha sido en nuestro informe previo, nuestra intención referir las alteraciones ocurridas antes del ingreso a un contexto de privación o deprivación farmacológica.

El siguiente párrafo se transcribe literalmente tal y como figura en el informe de alta de traslado a otro servicio, redactado por el Servicio de Neurología del CHUIMI con fecha 15/09/2023: "Su hija refiere que unos días antes [sic, del ingreso] la paciente confundió una estatua con un árbol, algo que le pareció extraño pues esta confusión no parecía estar dentro de algo habitual. También refieren visión de moscas volantes desde hace más tiempo, fue valorado en óptica sin alteraciones. No cuentan alucinaciones ni alteración conductual. Desde siempre, la paciente tiene creencias religiosas y es capaz de comunicarse con personas fallecidas y hacer premoniciones. No obstante, no refieren cambios en esta sintomatología en los últimos meses. No aparente deterioro cognitivo, aunque sí estaba algo lenta en el pensamiento; en ese contexto se inició descenso de medicación psicotrópica, con lo que había experimentado cierta mejoría".

El cuadro descrito por los familiares, más que sugerir un síndrome de abstinencia por deprivación de benzodiacepinas, parece compatible con un inicio de deterioro cognitivo aún no claramente establecido, con manifestaciones como enlentecimiento del pensamiento y, según consta en otros apartados de la historia clínica, necesidad de ayuda para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

Como explicado anteriormente, la deprivación de benzodiacepinas suele presentar otros síntomas característicos —inestabilidad hemodinámica, temblor, ansiedad, insomnio, irritabilidad—, que no se recogen en este caso en su ingreso del 25/07/2023 ni anteriormente.

En cuanto al descenso de la medicación psicotrópica referido por la familiar, se desconoce quién lo inició (¿la propia paciente?, ¿familiares?, ¿especialista de la península de la Unidad del Dolor o de la Unidad de Salud Mental?, ¿médico privado?), ya que no consta en la documentación disponible. Lo que sí puede afirmarse, basándonos en la documentación clínica, es que dicha indicación no fue realizada por el SCS.

Finalmente, la expresión "se inició descenso" utilizada en el citado informe sugiere una pauta habitual en la práctica clínica cuando se sospecha acumulación de fármacos sedantes, consistente en un decalaje o reducción progresiva de dosis, lo cual es distinto a una interrupción brusca.

6.- Se considera que este Servicio, en toda nuestra honestidad de pensamiento, no puede definir, a posteriori y de forma clara, exhaustiva y definitiva, si la privación de medicamentos pudo o no pudo ser el desencadenante de la enfermedad padecida por la paciente, ya que, como resalta el Consejo Consultivo de Canarias, los mismos profesionales actuantes barajaron distintas hipótesis diagnósticas durante el proceso médico, incluyéndose entre ellas la hipótesis inicial de un posible trigger por suspensión/deprivación de fármacos, concluyéndose finalmente que se trataba de un cuadro criptogénico (sin etiología definida).

Es conocido que la deprivación de benzodiacepinas puede actuar como desencadenante de crisis epilépticas; por ello, inicialmente se sugirió esa posible causa, pero fue descartada durante el proceso de valoración etiológica debido a las características del cuadro epiléptico que presentó la paciente (refractariedad, gravedad, etc.).

Lo que sí nos queda claro es que la deprivación, de haber existido, no fue determinada por la actuación de los sanitarios del SCS y no pudo haberse evitado.

Asimismo, con los datos disponibles, si analizamos la sintomatología presentada por la paciente en su acceso al servicio de urgencias hospitalario del 25/07/2023, difícilmente podríamos afirmar que presentara un cuadro clínico típico de suspensión de benzodiacepinas o mórficos: no había inestabilidad hemodinámica, ni sudoración, ni confusión (estaba colaboradora, orientada y consciente), ni alteraciones respiratorias, ni agitación o ansiedad, ni refería síntomas como dolor no controlado o inquietud, etc. Por lo tanto, dado que la paciente no presentaba signos autonómicos ni neuropsiquiátricos evidentes en el momento de la asistencia, es razonable descartar que estuviera sufriendo un síndrome de abstinencia lo suficientemente significativo como para desencadenar una crisis epiléptica».

7. En cuanto a la atención médica dispensada en relación con el estado epiléptico que padeció la paciente durante su ingreso hospitalario, se manifiesta en el informe del SIP sobre ello, teniendo en cuenta lo acontecido desde el comienzo de tal patología, hasta su finalización en el Hospital Puerta de Hierro, lo que sigue, que también debe transcribirse:

«3 a. – En relación con la afirmación del perito: "no se advirtió la presencia de insuficiencia renal y no se trató", debe señalarse que la paciente presentaba ya en domicilio una insuficiencia renal crónica (estadio 3b), secundaria a una poliquistosis renal. El deterioro agudo de la función renal no estaba presente ni documentado previamente, y se constata por primera vez en la analítica de control del 27/07/2023, con una creatinina de 1,9 mg/dl. Ante esta situación, se inició tratamiento con sueroterapia y se solicitó interconsulta al Servicio de Nefrología. La respuesta fue favorable, y el 31/07/2023 el nefrólogo registró que la función renal había retornado a su estado basal.

3b. – Se realizaron EEG seriados para poder realizar un ajuste dinámico de la medicación.

4.- HECHO TERCERO SEGUNDO: INGRESO EN UMI (31/07/2023-17/08/2023):

4a.- La paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) el 31/07 por reaparición de estatus epiléptico refractario, a pesar del tratamiento con múltiples antiepilépticos (lacosamida, brivaracetam y valproato) y clonazepam. El estatus epiléptico refractario se define como una situación en la que las crisis epilépticas persisten a pesar del tratamiento con al menos dos fármacos antiepilépticos adecuados.

En el caso que nos compete, ante la falta de control, se inicia de forma adecuada el tercer escalón terapéutico: sedación general en UMI.

Contrariamente a lo señalado por el perito, durante la estancia en UMI se administró tratamiento con infusión continua de propofol (anestésico), combinado con benzodiacepinas —midazolam y clonazepam—.

Como resultado, la evolución es favorable: el electroencefalograma (EEG) del 01/08 no muestra actividad compatible con estatus epiléptico, lo que permite reducir progresivamente la sedación y ajustar la dosis de clonazepam. Gracias a la mejoría clínica, la paciente es trasladada a planta de Neurología el 17/08.

4b. – Tal como se indica en el informe de traslado del Servicio, durante su estancia en la UCI se realizaron electroencefalogramas seriados (días 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 14 y 18), a partir de los cuales se ajustó dinámicamente el tratamiento farmacológico, incluyendo sedación general, benzodiacepinas y antiepilépticos.

Es importante señalar que el monitoreo electroencefalográfico continuo no está disponible en este entorno hospitalario. De igual manera, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, donde la paciente fue trasladada, se realizaron estudios de video-EEG de corta duración, sin acceso a monitorización continua.

Si bien la literatura reconoce los posibles beneficios de la monitorización electroencefalográfica continua, se trata de un procedimiento aún en fase de implementación, y no está disponible en los centros donde la paciente fue atendida. No se puede considerar mala praxis, ya que se actuó adecuadamente con EEG seriados y ajustes de medicación basados en los hallazgos, conforme a los medios disponibles, y no es cierto que en Madrid se le haya realizado monitorización EEG continua.

4c.- Durante el ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), se resolvieron satisfactoriamente las complicaciones intercurrentes, sin que se documentaran secuelas derivadas. Tal como señala el perito, las complicaciones presentadas —infecciones urinarias, respiratorias y candidemia— son frecuentes en pacientes críticos sometidos a sedación, ventilación mecánica e intubación orotraqueal (IOT). Del mismo modo, la debilidad muscular atribuida a la «polineuropatía del paciente crítico» constituye una secuela típica de estancias

prolongadas en UCI. En conjunto, estas complicaciones se consideran inherentes al manejo de enfermos críticos y no implican desviación alguna de la práctica clínica habitual.

En el informe de traslado de UMI a planta del 17/08/2023 se refleja que la paciente "no ha presentado fracaso de órganos, sin trastornos en el intercambio de gases, estable hemodinámicamente, fracaso renal crónico estable". Esto contrasta con la afirmación del perito de que "las infecciones tratadas dejaron secuelas en la función pulmonar y renal".

4d.- Durante el ingreso en UMI consta el uso de fentanilo (opiáceo) en formato de parche como parte del tratamiento analgésico.

4e. – En la UMI se inició un programa de rehabilitación orientado a optimizar la función respiratoria, que posteriormente se continuó en planta, compatiblemente con su estado clínico, con objetivos de recuperación funcional y reacondicionamiento físico global.

5.- TRASLADO A HOSPITAL PUERTA DE HIERRO:

5a.- El traslado a Madrid se realiza a petición de los familiares, quienes firman el alta voluntaria en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (CHUIMI) el 15/09/2023, dado que la paciente reside habitualmente en Madrid. No consta que dicha solicitud de traslado sea iniciativa del CHUIMI con el propósito de derivar a la paciente a un centro "más especializado".

5b.- La paciente ingresó directamente a la UCI proveniente de otra UCI (CHUIMI) donde estaba ingresada desde el 8/09/2023 debido a un empeoramiento neurológico.

5c. – Incluso durante el ingreso en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, la paciente manifestó persistencia del estatus epiléptico tras la retirada de la sedación, y un empeoramiento clínico no esperado que motivó la realización de una tomografía craneal. En la solicitud de la prueba se describe un estatus hiperrefractario de 18 días de evolución, lo que refleja la complejidad e inestabilidad del cuadro neurológico que presentaba la paciente».

8. Resultado de todo ello es que la Administración sanitaria ha podido concluir, razonadamente y con fundamentos precisos, que en las actuaciones del personal sanitario del SCS no se perciben infracciones ni desajustes a *lex artis* aplicable a cada una de aquellas actuaciones, y que se puso a disposición de la interesada la totalidad de medios materiales y humanos con los que cuenta dicho SCS, que fueron todos ellos los adecuados.

Así, la celulitis que inicialmente padecía la interesada, cuya realidad está suficientemente demostrada y que según las antecedentes venía padeciendo con anterioridad a las intervenciones del SCS, fue correctamente diagnosticada y tratada médicamente de forma conveniente.

Además, como igualmente se explica en el informe del SIP, también se detectó el problema renal que la interesada padecía con anterioridad al proceso médico relatado, el cual se trató de forma correcta, consultando con el especialista de nefrología, y se logró que la función renal de la interesada volviera a desarrollarse con normalidad, sin incidencia alguna en su estado posterior, como consta que afirmó dicho especialista.

Además, puede tenerse por cierto, a la luz de los informes y demás elementos de prueba obrantes en el expediente, que no es correcto lo que se sostiene por el perito médico sobre la interrupción del tratamiento médico con benzodiacepina y analgésicos opioides a la interesada, como se razona suficientemente en los informes del SIP a la vista de los informes y constancias de la historia clínica. Se dice en ellos que durante su estancia en el CHUIMI siguió siendo tratada con medicación de tal tipo, pese a la indicación que sugería la probabilidad de que ello hubiera podido ocurrir.

Asimismo, tampoco se acredita que haya habido deprivación de tales medicamentos en el periodo previo, de acuerdo con lo manifestado en el informe complementario del SIP, anteriormente reproducido y que se apoya en el contenido de la historia.

Por tanto, no puede concluirse ni deducirse de las actuaciones que se haya privado de su medicación a la reclamante, ni es posible por ello establecer una relación de causalidad entre una deprivación inexistente y la aparición, posterior a su ingreso, de los síntomas de las patologías neurológicas que se describen y que ha padecido la reclamante.

Finalmente, también se ha probado que se hizo un seguimiento y tratamiento conforme a la *lex artis* del estado epiléptico que sufrió la interesada, con el debido monitoreo electroencefalográfico, que no que no fue diferente del que se le prestó a la interesada en el Hospital Puerta de Hierro, el cual se prestó en el CHUIMI de forma seriada y constante.

9. Por todo ello, se considera que las alegaciones ni, sobre todo, las pruebas, permiten considerar que la actuación del SCS haya sido deficiente y contraria a la *lex artis*, debiendo resaltarse que el informe médico pericial aportado por la interesada ha sido rebatido detalladamente a través de los informes médicos aportados por el SCS.

En relación con ello, se ha de tener en cuenta que en el Dictamen de este Consejo Consultivo 184/2025, de 6 de mayo, entre otros muchos, se ha manifestado que:

«Por otro lado, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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, sin perjuicio 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)», siendo esta doctrina también plenamente aplicable al presente asunto.

10. Por todo lo expuesto, procede concluir señalando que en el expediente tramitado no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio y el daño reclamado por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación formulada por la interesada se considera conforme a Derecho, por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.