Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 5 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 62/2026 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 los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo previsto en 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), pues se reclama por parte de las personas interesadas una indemnización conjunta de 800.000,00 euros. Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica.

4. En cuanto a 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 delega 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. En cuanto a la legitimación activa, es necesario precisar que la reclamación se presentó el día 29 de diciembre de 2021 por (...) y (...), en calidad de guardadores de hecho de (...) (arts. 263 y ss. del Código Civil), mientras se tramitaba judicialmente la declaración de incapacidad del afectado, por considerar que se le habían causado al mismo graves daños, incluidas las secuelas, por causa de la deficiente actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS.

Posteriormente, los reclamantes presentaron un escrito alegando que su padre y esposo había fallecido como consecuencia directa y exclusiva de los daños y secuelas que el SCS le ocasionó con su actuación deficiente e informaban que deseaban continuar con el procedimiento de responsabilidad patrimonial que ya se estaba tramitando en virtud de la reclamación presentada por ellos en la fecha referida (art. 4.3 LPACAP).

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 29 de diciembre de 2021 al considerar que los daños y secuelas reclamados se debieron a una actuación deficiente de la Administración sanitaria, que finalizó con el alta hospitalaria del afectado producida el día 17 de diciembre de 2020 y la posterior remisión a un centro sociosanitario con la finalidad de iniciar el proceso de recuperación funcional del paciente, lo que se inició los días 19 y 23 de febrero de 2021, considerándose estable su situación clínica el día 15 de noviembre de 2021 y, por último, el día 12 de diciembre de 2022 se le

realizó la revisión final en Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) para cierre del episodio hospitalario.

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 el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, del escrito de reclamación se deduce lo siguiente.

1.1. Que el día 20 de agosto de 2020 el afectado, (...), presentó malestar general y dolor abdominal, razón por la que el día 21 de agosto de 2020 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital del Sur, siendo derivado al HUNSC para la realización de pruebas diagnósticas y estando ya en dicho Centro hospitalario recibió la llamada telefónica de su esposa, que le comunicó que ella había dado positivo en Covid-19, informando de este hecho inmediatamente al personal del HUNSC, razón por la que se le realizó una PCR.

Tras ello, se le envió a su casa para esperar el resultado de la prueba con el diagnóstico de Leucopenia en contacto estrecho con paciente de Sars-Cov-2, sin que le realizaran las pruebas diagnósticas por las que había sido remitido desde el Hospital del Sur, manifestándole el personal sanitario que sus síntomas estarían posiblemente originados por esta enfermedad.

1.2. El domingo día 23 de agosto de 2020 se confirmó el resultado positivo en Covid-19 del afectado quedando confinado en su domicilio y sin retomar el estudio diagnóstico previsto en un primer momento. Sin embargo, al día siguiente el estado del paciente, que ya padecía una cardiopatía antes de resultar contagiado, empeoró y ante la negativa de Atención Primaria de acudir al domicilio para atender al paciente, se llamó al 112, decidiendo el facultativo de guardia trasladar al afectado de nuevo al HUNSC en ambulancia, donde le dan el alta al día siguiente, por considerar que no reunía en ese momento condiciones de ingreso.

1.3. El estado del afectado fue empeorando y cinco días después, tras llamar al 112 nuevamente, se le trasladó al HUNSC, donde se decidió su ingreso en la UCI con el diagnóstico de Neumonía bilateral grave, en la que permaneció hasta el 16 de noviembre de 2020.

Además, se alega en la reclamación que durante la estancia del paciente en la UCI desarrolló una escara sacra que evolucionó hasta grado IV, considerando los reclamantes que ello provocó que en septiembre de 2020 el afectado sufriera una segunda infección respiratoria por enterobacter cloacae, con hemocultivos positivos a enterococcus faecalis y exudado en escara positivo para klebsiella neumoniae y enterobacer cloacae, siendo esta segunda infección la que derivó a un estado de sedación y abundante tratamiento farmacológico, que finalizó con el diagnostico de Encefalopatía Farmacológica del afectado, que presentó tras la estancia hospitalaria deterioro neurológico encontrándose en una situación de absoluta dependencia.

1.4. Los reclamantes valoran los daños sufridos en 800.000,00 euros y reclaman porque consideran que la actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS fue deficiente y contraria la *lex artis*, concretándose ello en que consideran inadecuada las actuaciones iniciales, que no se aplicó el protocolo antiescaras adecuadamente, lo que favoreció la segunda infección y porque no se le dio una información adecuada a la familia durante el proceso médico referido.

2. Así mismo, para completar suficientemente los antecedentes de hecho expuestos, es necesario reproducir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), en el que se señala que:

«Antecedentes personales y médicos:

• Hipertensión arterial esencial en tratamiento farmacológico crónico.

• Exfumador.

• Cardiopatía isquémica avanzada intervenida.

• Dislipemia mixta en seguimiento por Atención Primaria.

• Ateromatosis aórtica calcificada descrita en estudio radiológico torácico (26/05/2021).

1.- Con fecha 22 de agosto de 2020, a las 00:44 horas, el paciente, de 72 años, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital del Sur de Tenerife por dolor abdominal y vómitos de varios días de evolución.

A la exploración presentó constantes dentro de límites normales: TA 116/65 mmHg, FC 87 lpm, T 36,7 ˚C, SatO□ 97 %. y se describió "Abdomen blando y depresible, sin masas ni signos de irritación peritoneal; auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos y murmullo vesicular conservado."

Se solicitaron pruebas básicas (analítica y radiografía de tórax) sin hallazgos patológicos relevantes. Ante la ausencia de signos de alarma y su comorbilidad cardiovascular, se decidió

remitir al HUNSC para ecografía abdominal y analítica ampliada. Traslado en ambulancia medicalizada, con constantes estables.

2.- Con fecha 22 de agosto de 2020, aproximadamente a las 02:00 horas, ingresó en Urgencias del HUNSC por persistencia de dolor abdominal y malestar. Presentó constantes dentro de límites normales: TA 131/80 mmHg, FC 87 lpm, T 36,8 ˚C, SatO□ 98 %. Abdomen blando y no doloroso; exploración respiratoria y cardiovascular normales.

Se solicitaron analítica, radiografía de tórax y PCR SARS-CoV-2 por contacto estrecho (esposa posteriormente confirmada positiva). La radiografía no mostró infiltrados; la analítica evidenció leucopenia leve sin desviación izquierda. Diagnóstico inicial: "leucopenia en contacto estrecho COVID-19." Por lo que se indicó alta domiciliaria con aislamiento y seguimiento por Atención Primaria.

3.- Con fecha 25 de agosto de 2020, a las 00:24 horas, el paciente acudió nuevamente a Urgencias del Hospital del Sur por persistencia del dolor abdominal, sin fiebre ni disnea ni síntomas digestivos ni urinarios. Se describió: "afebril, normotenso y eupneico; exploración sin hallazgos." En la analítica se confirmó PCR positiva para SARS-CoV-2, sin criterios de ingreso por la exploración sin hallazgos. Se indicó alta domiciliaria con aislamiento por dos semanas, tratamiento sintomático y reconsulta si empeoraba. Correspondería a un Caso confirmado de COVID sintomático sin signos de alarma.

4.- Con fecha 31 de agosto de 2020, acudió de nuevo a Urgencias del Hospital del Sur por dificultad respiratoria progresiva. Presentó "taquipnea, palidez, SatO□ 78 % y mal estado general". La Radiografía de tórax reportó: infiltrados bilaterales difusos compatibles con neumonía COVID-19.

Debido al hallazgo de desaturación se inició oxigenoterapia con reservorio y se solicitó valoración por Medicina Intensiva. Se trasladó e ingresó en UCI del HUNSC, precisando intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva y tratamiento con dexametasona, enoxaparina y soporte avanzado del síndrome de distrés respiratorio (SDRA).

5.- Con fecha 1 de septiembre de 2020, permanecía ingresado en UCI del HUNSC con diagnóstico de SDRA secundario a neumonía bilateral grave por COVID-19. Se mantuvo ventilación mecánica en modalidad protectora (VC < 6 mL/kg, PEEP 12 cmH□O, FiO□ 0,8), con PaO□/FiO□ aproximado de 130 mmHg (SDRA moderado-grave).

Se realizaron ciclos de pronosupinación con buena tolerancia, perfusión periférica adecuada, diuresis 2.000-2.400 mL/24 h y sin vasopresores. Mientras que la analítica reportaba: linfopenia, PCR 160 mg/L, ferritina 980 ng/mL y dímero D discretamente elevado, con tendencia descendente a lo largo de la semana; hemocultivos y urocultivos iniciales negativos.

Se mantuvo afebril la mayor parte del tiempo (T media 36,8 ˚C), con distensibilidad pulmonar adecuada. "Recibió nutrición parenteral total con transición a enteral trófica, profilaxis antitrombótica con enoxaparina 40 mg/24 h y dexametasona 6 mg/día" según protocolo actualizados que seguían recomendaciones nacionales e internacionales.

El control metabólico fue correcto (glucemias 130-160 mg/dL), con función renal y hepática conservadas y sin alteraciones de la coagulación.

6.- Entre los días 1 y 7 de septiembre de 2020, la evolución fue lenta pero estable, con mejoría gasométrica progresiva (PaO□/FiO□ 160-170 mmHg al cierre) y sin incidencias hemodinámicas.

Se mantuvo sedación con midazolam y fentanilo, reducida progresivamente para valoración neurológica, observándose "respuesta motora localizada y movimientos espontáneos leves al final de la semana"

De forma puntual, PaO□/FiO□ <100 mmHg a las pocas horas de la intubación, aplicándose prono con respuesta inicial limitada. Se retiraron relajantes al 3.º día y se re-introdujeron de forma transitoria alrededor del 8.º por desadaptación y delirio, permitiendo continuar el destete. Con evolución respiratoria estable, sin fallo orgánico añadido.

7.- Con fecha 23 de septiembre de 2020, presentó neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), con aislamiento de Klebsiella pneumoniae productora de BLEE en aspirado traqueal (>100.000 ufc/mL). Germen nosocomial multiresistente.

Se ajustó la antibioterapia de amplio espectro según antibiograma y función renal, manteniendo estabilidad hemodinámica y diuresis conservada.

En el contexto de inmovilidad prolongada y ventilación mecánica, apareció úlcera por presión sacra, inicialmente grado II pese a medidas preventivas protocolizadas (colchón antiescaras de aire alternante, cambios posturales cada tres horas y apósitos hidrocelulares). Evolucionó posteriormente a grado IV, instaurándose curas locales con Prontosan ® y Purilon ® y seguimiento conjunto por Cirugía Plástica y Enfermería especializada en heridas complejas, valorándose terapia de presión negativa (VAC).

8.- Con fecha 7 de octubre de 2020, los hemocultivos resultaron positivos para Enterococcus faecalis, iniciándose tratamiento dirigido con ampicilina/sulbactam, con buena respuesta clínica.

Durante octubre se realizaron cribados rectales positivos para Klebsiella pneumoniae BLEE (20 y 28/10), y el 26/10/2020 se aislaron hemocultivos con K. pneumoniae, sin focos en orina ni en catéteres.

Se observó descenso progresivo de PCR y mejoría de distensibilidad pulmonar, permitiendo reducir FiO□ ~60 % y disminuir sedoanalgesia, manteniendo ventilación controlada.

9.- Con fecha 15 de octubre de 2020, se mantuvo sedación ligera con adecuada respuesta a estímulos verbales y táctiles, y estabilidad hemodinámica sin vasopresores. Los controles analíticos reportaron: PCR 35 mg/L y hemocultivos de control negativos, indicando resolución del episodio infeccioso previo.

A finales de octubre toleró progresivamente la desconexión de ventilación, pasando a oxigenoterapia convencional con saturación adecuada. Se inició fisioterapia respiratoria activa y movilización pasiva, con buena respuesta. Se retiró sonda nasogástrica e inició alimentación oral progresiva con adecuada tolerancia.

10.- Con fecha 26 de octubre de 2020, cursó destete ventilatorio prolongado con episodios de desaturación y fatiga durante los intentos de weaning, que requirieron reintubaciones transitorias y ajustes del soporte ventilatorio (PEEP 8 cmH□O, FiO□ 0,5-0,6). Las gasometrías mostraron PaO□/FiO□ entre 180-200 mmHg, sin acidosis.

La úlcera por presión sacra grado IV presentó un curso tórpido, con exudado serohemático y mal olor; "se realizó desbridamiento mecánico superficial e instauración de VAC con recambios cada 72 h".

Se efectuaron curas húmedas secuenciales (Prontosan®, Purilon® y apósitos hidrocelulares), con seguimiento conjunto por Cirugía Plástica y Enfermería especializada.

Los cultivos de exudado (20/10/2020 y 26/10/2020) identificaron Klebsiella pneumoniae y Enterobacter cloacae sensibles a la antibioterapia en curso. La función renal permaneció estable, con PCR 40-50 mg/L y leucocitos 9.000-10.000/µL.

11.- Con fecha 10 de noviembre de 2020, el equipo de UCI informó "mejoría clínica significativa, con buena oxigenación basal, ausencia de fiebre y constantes hemodinámicas estables." Durante la primera semana de noviembre, permaneció consciente y colaborador, con oxigenoterapia convencional, manteniendo saturaciones >95 % sin signos de dificultad respiratoria.

Curas de UPP grado IV: tejido de granulación viable, disminución progresiva de la profundidad y bordes regulares, evolución favorable con VAC y apósitos hidrocelulares.

"Presentó delirio hipoactivo con mutismo y desconexión parcial", interpretado como encefalopatía farmacológica (sedoanalgesia prolongada y síndrome post-UCI). Y los estudios neurofisiológicos e imagen reportaron: sin lesiones estructurales agudas.

12.- Con fecha 16 de noviembre de 2020, fue trasladado desde UCI a planta de hospitalización médica del HUNSC para tratamiento y curas de UPP grado IV y rehabilitación funcional por debilidad post-UCI.

Se describió al ingreso: "consciente, orientado y colaborador", SatO□ 96 % con GN 2 L/min, TA 128/75 mmHg, FC 82 lpm, T 36,6 °C. Refirió astenia intensa y dificultad para la

movilidad. Plan: Fisioterapia y curas diarias; prevención de lesiones cutáneas. Informe de traslado: "neumonía bilateral por COVID-19 resuelta, SDRA en recuperación y UPP sacra grado IV en evolución favorable"Evolución inicial estable.

13.- Con fecha 18 de noviembre de 2020, ya en planta, se mantuvo clínicamente estable y afebril (T 36,5 °C), TA 130/80 mmHg, FC 80 lpm, SatO□ 96 % con GN 2 L/min. Se describió en la historia; "Consciente, colaborador y con adecuada tolerancia a la vía oral"

En la valoración funcional resaltó: dependencia total para ABVD y alto riesgo de UPP. UPP sacra grado IV con "lecho esfacelado, exudado moderado y piel perilesional íntegra." Por lo que se mantuvo el plan de; "Curas avanzadas con Prontosan, alginato y apósito de poliuretano, colchón antiescaras, cambios/3 h e hidratación con AGHO. Aviso a Cirugía Plástica; seguimiento conjunto y valoración de VAC."

14.- Entre los días 20 y 25 de noviembre de 2020, seguimiento diario por Medicina Interna y Enfermería especializada. Se registró en las hojas de curas: curas avanzadas cada 48 horas; afebril y estable.

Mientras que la herida se describió: "disminución progresiva del exudado, granulación bien vascularizada y bordes regulares, sin maceración ni celulitis". Se mantuvo Prontosan + alginato + poliuretano y medidas preventivas (colchón aire alternante y cambios/3 h).

"Mejoría del aspecto del tejido, sin signos de infección activa". Plástica: valorar terapia VAC si enlentecimiento.

15.- Con fecha 22 y 27 de noviembre de 2020, el paciente se encontraba afebril, con estabilidad hemodinámica y marcadores inflamatorios en descenso, según los registros de curas y evolución de la UPP.

En la toma del 22/11/2020 ("lecho esfacelado, exudado moderado y piel perilesional íntegra"), se consignó mejoría progresiva de la úlcera con curas avanzadas (Prontosan®, alginato y apósitos de poliuretano).

En la valoración del 27/11/2020 se describió tejido parcialmente esfacelado con áreas de granulación y evolución favorable ("no zona necrótica; exudado moderado"), manteniéndose afebril y en buen estado general. En estos días se inició rehabilitación progresiva con sedestación asistida y movilización pasivo-activa, con buena tolerancia.

16.- Con fecha 3 de diciembre de 2020, continuó estable, afebril y colaborador; con SatO□ 97% a bajo flujo y constantes normales.

La UPP se describió como: "granulación parcial, bordes regulares y exudado seroso escaso; piel perilesional íntegra." Curas cada 48 h (Prontosan, alginato y poliuretano) y medidas preventivas. Cirugía Plástica reiteró valorar VAC si no epiteliza; no constó inicio en esa fecha. Estado neurológico adecuado, con respuesta a órdenes y buena tolerancia a fisioterapia básica.

17.- Con fecha 8 de diciembre de 2020, se registró en Valoración UPP una úlcera sacra grado III-IV con "granulación en el lecho, partes esfaceladas e Intrasite + Iruxol + Allevyn" y riesgo alto de UPP.

El 9 de diciembre de 2020, la analítica de alta de Medicina Interna mostró "PCR 1,63 mg/dL (16,3 mg/L), hemograma y coagulación normales" con función renal y electrolitos normales.

El 15 de diciembre de 2020, la evolución de la herida fue consignada como "granulación homogénea, bordes epitelizantes y sin signos de infección", manteniéndose curas con Prontosan®, Intrasite®, Iruxol® y Allevyn® y cambios posturales cada 3 horas. En ese periodo (8-15 de diciembre), el paciente mostró mejoría cognitiva progresiva, mayor obediencia a órdenes y adecuada tolerancia a la sedestación y a la movilización activa-asistida, sin desaturaciones ni inestabilidad hemodinámica.

18.- Con fecha 17 de diciembre de 2020, el Servicio de Medicina Interna del HUNSC emitió informe clínico de alta hospitalaria tras estancia prolongada por neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2 con SDRA y complicaciones infecciosas.

Con los diagnósticos: "neumonía bilateral COVID-19 resuelta, SDRA en recuperación, sospecha de delirio hipoactivo vs encefalopatía farmacológica, UPP sacra grado IV en evolución favorable, síndrome post-UCI y miopatía del paciente crítico."

Y plan de continuidad: traslado a centro de media estancia-convalecencia "para rehabilitación funcional y curas avanzadas de la lesión sacra, dada la marcada debilidad muscular y dependencia total para la deambulación." Clínicamente estable, afebril y sin O□; SatO□ 96 %, TA 125/78 mmHg, FC 78 lpm.

19.- Con fecha 12 de enero de 2021, se documentó estabilidad clínica y respiratoria, con constantes dentro de la normalidad, afebril y con saturación adecuada en aire ambiente. UPP sacra en granulación avanzada, con menor profundidad y exudado disminuido.

20.- Con fechas 19 y 23 de febrero de 2021, fue derivado a centro sociosanitario de media estancia para recuperación funcional y curas de UPP. Diagnósticos de traslado: síndrome post-UCI, sospecha de encefalopatía farmacológica en remisión, debilidad muscular adquirida y UPP sacra en fase de granulación.

Plan estructurado: "movilización asistida diaria y fisioterapia programada, nutrición hiperprotéica y suplementos, curas cada 48 h con Prontosan y Allevyn, colchón antiescaras, cambios posturales e hidratación con AGHO"

Mientras que enfermería describió: "evolución favorable de la úlcera, disminución progresiva del tamaño y lecho de granulación homogéneo, sin signos de infección. Buena tolerancia a fisioterapia y plan nutricional; dependencia funcional alta y deterioro cognitivo leve-moderado en recuperación progresiva."

21.- Con fecha 31 de mayo de 2021, se registró mejoría parcial de la función motora (sedestación con apoyo y bipedestación parcial con asistencia), persistiendo debilidad generalizada.

A nivel de fisioterapia se mantuvo: movilización activa-asistida, reeducación postural y entrenamiento respiratorio; buena tolerancia.

Mientras que en las revisiones se mencionaba: mejoría neurológica/cognitiva lenta y sostenida (bradipsiquia leve, somnolencia ocasional), sin encefalopatía activa ni crisis. Dependiente para para todas las actividades de la vida diaria, con recuperación gradual de fuerza proximal e interacción cognitiva.

22.- Con fecha 01 junio de 2021, Enfermería consignó UPP sacra estadio III de 4,1 × 8 cm, con granulación activa, sin signos de infección y evolución favorable.

Se mantuvo protocolo de curas (Prontosan, Purilon y Allevyn ®), cambios cada 3 horas, colchón antiescaras e hidratación con AGHO. Tendencia a epitelización progresiva y reducción del tamaño. Estabilidad hemodinámica y buena tolerancia nutricional. Observación: mal pronóstico funcional a corto plazo por debilidad y antecedentes postcríticos.

23.- Con fecha 15 de noviembre de 2021, en revisión por Medicina Interna del HUNSC, se documentó situación clínica estable, constantes normales y función respiratoria/cardiovascular conservadas, sin oxigenoterapia.

UPP sacra completamente epitelizada, sin signos de recidiva ni infección; piel perilesional íntegra y normocoloreada. Persistía debilidad muscular leve-moderada con ayuda parcial para deambulación/ABVD.? Continuó fisioterapia ambulatoria y ejercicios domiciliarios.

24.- Durante el seguimiento hasta junio de 2022, no se documentaron episodios infecciosos ni complicaciones cutáneas, manteniéndose estabilidad clínica global y adecuado estado nutricional y funcional.

25.- En el primer semestre de 2022, la piel permaneció íntegra, sin nuevas UPP, y presentó mejoría funcional progresiva (transferencias con mínima ayuda y deambulación parcial con apoyo). Continuó fisioterapia ambulatoria para fuerza y equilibrio.

26.- Con fecha 12 de diciembre de 2022, se realizó revisión final en Medicina Interna del HUNSC para cierre del episodio hospitalario.

Se encontraba consciente, orientado y en buen estado general, afebril y con constantes normales (TA 124/70 mmHg, FC 76 lpm, SatO□ 98 %, peso 73 kg). UPP sacra completamente epitelizada, piel íntegra y sin dolor.

Persistía fuerza muscular 3/5 y dependencia parcial para ABVD (mejoría desde dependencia total en 2021). Diagnóstico final: secuelas de neumonía bilateral por SARS-CoV-

2, síndrome post-UCI con debilidad adquirida, úlcera por presión sacra curada y dependencia funcional parcial residual.

Se estableció alta definitiva del seguimiento hospitalario, con control por Atención Primaria y fisioterapia comunitaria.

27.- Entre enero y junio de 2023, fue seguido por Atención Primaria mediante controles trimestrales de constantes, peso, estado nutricional y piel.

Se mantuvo plan de ejercicio adaptado y movilización diaria, suplementos hiperprotéicos orales, hidratación adecuada y medidas preventivas frente a UPP (cambios posturales y cojines antiescaras).

28.- Con fecha 30 de agosto de 2023, a las 14:18 horas, fue valorado en Medicina Interna del HUNSC por cuadro respiratorio en contexto de sepsis respiratoria secundaria a neumonía izquierda de probable origen broncoaspirativo.

Durante el ingreso se instauró antibioterapia (piperacilina-tazobactam), oxigenoterapia y soporte respiratorio/nutricional. En la evolución del 30/08/2023 presentó mejoría respiratoria y estabilidad clínica, sin fiebre. Se emitió alta con seguimiento domiciliario y continuidad de cuidados.

29.- Con fecha 1 de septiembre de 2023, a las 18:07 horas, fue nuevamente valorado en Medicina Interna del HUNSC por fiebre y disnea de 48 horas de evolución, tras alta del 30/08/2023, donde había sido tratado por sepsis respiratoria secundaria a neumonía izquierda probable broncoaspirativa con piperacilina-tazobactam y daptomicina.

Se interpretó como reagudización por nuevo episodio broncoaspirativo, en contexto de deterioro funcional severo y disfagia orofaríngea.

El diagnóstico fue de: "sepsis de probable origen respiratorio nosocomial e insuficiencia respiratoria". Manejo orientado a medidas de confort, oxigenoterapia y control sintomático, sin RCP avanzada. Se informó a la familia y se acordó abordaje paliativo y cuidados de soporte.

30.- Con fecha 7 de septiembre de 2023, a las 09:36 horas, ingresó desde Urgencias del HUNSC con diagnóstico de sepsis respiratoria de probable origen broncoaspirativo.

Durante su estancia se mantuvieron oxigenoterapia y catéter venoso periférico hasta el fallecimiento. Se aplicaron protocolos institucionales de prevención de UPP y caídas (valoración de riesgo, cambios posturales y cuidados de la integridad cutánea).

A pesar de las medidas, presentó empeoramiento clínico progresivo, confirmándose el éxitus tras valoración médica. En observaciones de enfermería constó que se han aplicado las medidas preventivas para el riesgo de caídas y de úlceras por presión, así como la realización de los cuidados post mortem conforme al procedimiento institucional».

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, efectuada el día 29 de diciembre de 2021, como ya se manifestó anteriormente.

Con fecha de 3 de febrero de 2022 se dictó la Resolución de del director general del SCS número 265/2022 por la que se admite a trámite la reclamación formulada.

2. En el expediente consta el referido informe del SIP y los informes de la Supervisora de Enfermería de Cuidados Intensivos, del Servicio de Medicina Interna y Geriatría y del Coordinador de Urgencias del HUNSC.

3. Posteriormente, se dictó Acuerdo sobre periodo probatorio, constando lo siguiente en el mismo «*Rechazar la prueba documental referente a: Listado de pacientes con criterio de triaje especificado, que ingresaron del 25 de agosto de 2020 entre las 00:24 h y las 4:00 h, en el Servicio de Urgencias del CHUNSC en virtud del artículo 77.3 de la LPAC-AP por considerarse improcedente*.

La reclamación se centra en la asistencia sanitaria recibida por parte del afectado, sin que proceda la inclusión de otros pacientes que nada tienen que ver con (...), además de poderse vulnerar su derecho a la intimidad».

Después de ello, los reclamantes manifestaron por escrito que solo deseaban conocer el número de personas ingresadas y no su identidad, razón por la que el Subdirector Médico del HUNSC constó por escrito informando que «*Sí que le confirmo que en esa franja horaria acudieron 12 pacientes adultos al Servicio de Urgencias, y que (...) ingresó a las 00:24 horas y fue valorado por la Dra. (...) a las 01:38*».

4. en un momento posterior, se otorgó un primer trámite de vista y audiencia a los reclamantes, que presentaran escrito de alegaciones, emitiéndose tras el mismo el referido informe complementario del SIP, de fecha de 4 de diciembre de 2025.

Finalmente, tras dicho informe, se les volvió a otorgar el trámite de vista y audiencia, no presentando nuevo escrito de alegaciones.

5. Por último, el 20 de febrero de 2026 se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

Finalmente, no obra el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, y en la Propuesta de Resolución se señala al respecto sobre ello 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 del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos para que se genere la responsabilidad de la Administración.

2. Este Consejo Consultivo en su Dictamen 8/2026, de 9 de enero, entre otros, ha señalado con carácter general 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".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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».

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

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo 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".

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», todo lo cual es plenamente aplicable al asunto que nos ocupa.

3. El informe del SIP, basándose en los informes médicos obrantes en el expediente y en el historial médico del paciente, analiza no solo el proceso médico que aquí nos ocupa, sino lo alegado por los reclamantes, tratando las cuestiones formuladas de forma pormenorizada y extensa, demostrando que, en todo momento, se actuó conforme a la *lex artis.*

3.1. En dicho informe con carácter general se afirma lo siguiente:

«1.- La asistencia dispensada en los Servicios de Urgencias del Hospital del Sur y del HUNSC los días 22 y 25 de agosto de 2020 se adecuó al principio de triaje y proporcionalidad asistencial propio de la fase pandémica inicial por SARS-CoV-2. En ambos contactos se documentó un paciente afebril, hemodinámicamente estable, eupneico y con saturaciones de

oxígeno del 97-98 % en aire ambiente, sin disnea ni signos de insuficiencia respiratoria, y sin infiltrados radiológicos en la radiografía de tórax.

El Procedimiento de actuación frente a casos de infección por SARS-CoV-2 del Ministerio de Sanidad (3 de marzo de 2020) y las directrices del SCS establecían criterios de ingreso basados en saturación <94 % en aire ambiente, clínica de dificultad respiratoria, afectación radiológica significativa o descompensación de comorbilidades, reservando el ingreso y, especialmente, las camas de UCI para pacientes con insuficiencia respiratoria o compromiso sistémico.

A la luz de estos criterios, el paciente no reunía en esas fechas indicación de ingreso hospitalario ni de soporte respiratorio avanzado. La decisión de alta con aislamiento domiciliario, tratamiento sintomático y seguimiento por Atención Primaria fue prudente y se ajustó a los protocolos vigentes, y a los diagnósticos que presentaba el paciente, sin signos de alarma. Sin que se objetive omisión exploratoria ni demora diagnóstica en esos episodios.

Durante la primera ola de 2020, los sistemas sanitarios implementaron criterios estrictos de priorización debido a la extraordinaria presión asistencial, especialmente sobre camas de hospitalización y UCI. Los protocolos oficiales recomendaban:

- *Evitar ingresos innecesarios en pacientes estables,*
- *Reducir exploraciones complementarias no imprescindibles,*
- *Favorecer el aislamiento domiciliario con seguimiento,*
- *Reservar camas hospitalarias para pacientes con criterios de gravedad.*

2.- El cambio clínico cualitativo se produjo el 31/08/2020, cuando sí se objetivó un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con SatO¤ 78 %, infiltrados bilaterales y criterios de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), lo que motivó el traslado urgente e ingreso inmediato en la UCI del HUNSC, siguiendo las recomendaciones de triaje previamente descritas.

El Protocolo de manejo clínico COVID-19 del Ministerio de Sanidad para pacientes con neumonía grave y SDRA indicaba, en línea con las guías nacionales e internacionales, la aplicación de ventilación mecánica invasiva en modo protector, ciclos de pronosupinación cuando el cociente PaO¤/FiO¤ era <150 mmHg, administración de dexametasona 6 mg/día y profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular.

La evolución documentada del paciente muestra precisamente esta secuencia: intubación oportuna, ventilación mecánica protectora, prono-supinación, corticoides y heparina, sin retrasos en la instauración de las medidas y sin episodios de inestabilidad hemodinámica que exigieran soporte vasoactivo.

Dicho manejo se considera plenamente conforme a la recomendaciones nacionales e internacionales para el manejo de COVID-19 y alineado con el estándar asistencial descrito en el Protocolo COVID-19 del SCS para el año 2020.

3.- El manejo de la lesión por presión en región sacra se ajustó rigurosamente al Protocolo de Prevención y Curas de Heridas de Difícil Cicatrización del Servicio Canario de la Salud (SCS), que establece la valoración sistemática del riesgo, la implementación de medidas preventivas continuadas y el uso de productos de cura avanzada en ambiente húmedo.

Desde el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos se documentó la evaluación del riesgo con escala de Norton = 10 (alto riesgo) y la adopción de medidas específicas: uso de colchón antiescaras de aire alternante, cambios posturales cada tres horas, hidratación de la piel con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y curas con Prontosan, Purilon y apósitos hidrocelulares Allevyn.

Las anotaciones de enfermería corroboran que el protocolo fue seguido de forma estricta

y continua. Así, en los registros clínicos se consignan observaciones como:

• "Curas avanzadas cada 48 horas. Se realiza limpieza con Prontosan y aplicación de apósito Allevyn. Piel perilesional hidratada con AGHO. Se mantienen cambios posturales cada tres horas."

• "UPP sacra grado IV con granulación viable. Se retira exudado seroso y se coloca apósito hidrocelular. Colchón antiescaras en funcionamiento."

• "Seguimiento conjunto con Cirugía Plástica. Se valora posibilidad de VAC.

Evolución favorable, sin signos de infección ni maceración perilesional."

• "Paciente afebril, herida con bordes regulares y granulación homogénea. Sin secreción purulenta. Buena tolerancia a la cura."

Estas anotaciones demuestran una aplicación constante del protocolo institucional y la existencia de supervisión multidisciplinar (Cirugía Plástica, Medicina Interna y Enfermería especializada en heridas complejas).

La progresión inicial de la úlcera hasta grado IV resulta fisiopatológicamente explicable por la concurrencia de factores intrínsecos y extrínsecos propios del paciente crítico: edad avanzada, inmovilidad absoluta derivada de la ventilación mecánica, hipoxemia mantenida, sedación profunda, alteración de la perfusión tisular, desnutrición e hipoalbuminemia, además del uso de dispositivos invasivos que limitaron su movilidad.

Por tanto, la lesión debe considerarse una complicación inherente al estado clínico y no al funcionamiento anómalo del servicio sanitario.

No se objetiva desviación del protocolo ni déficit de cuidados, sino una actuación plenamente conforme a la práctica asistencial habitual y a las directrices del SCS, avalada por la trazabilidad documental de las curas y la evolución favorable final de la herida.

4.- El cuadro neurológico presentado durante la fase final de UCI (delirio hipoactivo, mutismo y desconexión parcial del medio) se inscribe en el contexto de un síndrome post-COVID y post-UCI, entidades ampliamente descritas en la literatura, con afectación multisistémica y recuperación prolongada.

4.1- Las revisiones sobre COVID prolongado describen con frecuencia alteraciones neurocognitivas (bradipsiquia, déficit de atención y memoria, enlentecimiento ejecutivo), debilidad muscular, fatiga intensa y trastornos del ánimo, incluso tras la resolución de la fase aguda. Estas manifestaciones se relacionan con:

• una respuesta inflamatoria sistémica intensa,

• liberación de citoquinas (IL-6, TNF-a, etc.),

• disfunción endotelial y microtrombosis,

• y daño de la B. hematoencefálica (BHE) con paso de mediadores inflamatorios al sistema nervioso central.

Estudios en pacientes con COVID grave han demostrado marcadores de daño neuroaxonal y alteración de la BHE (aumento de NfL y metaloproteinasas en LCR y plasma) incluso tras la fase aguda, especialmente en quienes desarrollaron SDRA, lo que confirma que la gravedad respiratoria y la inflamación sistémica pueden producir daño cerebral sin necesidad de neuroinvasión directa del virus.

La encefalopatía farmacológica pura asociada al uso de sedoanalgesia suele ser de aparición y resolución más precoz tras la retirada de los fármacos, mientras que en este caso la documentación clínica refleja una evolución lenta y fluctuante, con mejora progresiva a lo largo de meses, compatible con el patrón descrito de síndrome post-UCI/post-COVID más que con una toxicidad medicamentosa aislada. Por todo ello, la hipótesis fisiopatológica más sólida es la de una encefalopatía multifactorial donde:

• el SDRA por COVID-19,

• la neuroinflamación mantenida,

• y la situación de paciente crítico prolongado tienen un peso mayor que la mera exposición a antibióticos o sedantes.

Trabajos de imagen avanzados (RM funcional, difusión y, sobre todo, PET con trazadores TSPO) han mostrado aumento de la señal de neuroinflamación glial en estructuras como el cíngulo, tálamo y ganglios basales en pacientes con COVID prolongado, correlacionado con síntomas cognitivos persistentes y fatiga.

En el presente caso, la ausencia de hallazgos estructurales agudos en las pruebas de imagen realizadas y la recuperación funcional y cognitiva progresiva descrita en las revisiones de 2021-2022 son coherentes con este modelo de daño funcional/inflamatorio reversible y no con una secuela estructural irreversible atribuible a toxicidad medicamentosa o infección cerebral directa.

4.2- Por otro lado, el síndrome post-UCI es una entidad multifactorial que surge de la combinación de inmovilidad prolongada, sedación profunda (necesaria para mantener el acoplamiento a la ventilación mecánica), disfunción metabólica, inflamación sistémica persistente y microlesión neuromuscular propias del paciente crítico.

La hipoxia mantenida del SDRA, la respuesta inflamatoria sistémica y la disfunción mitocondrial inducen miopatía y neuropatía del paciente crítico, con pérdida acelerada de masa muscular desde los primeros días de ventilación mecánica.

A nivel cerebral, la exposición prolongada a sedoanalgesia, la neuroinflamación secundaria y las alteraciones en la perfusión generan encefalopatía del paciente crítico, caracterizada por bradipsiquia, inatención y lentitud cognitiva.

Este conjunto de alteraciones explica la debilidad adquirida, el deterioro cognitivo y la lenta recuperación funcional tras el alta.

5.- La revisión detallada de la historia clínica y de los informes del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria permite constatar que la familia del paciente fue informada de manera continuada, documentada y conforme a la normativa vigente.

Durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde existían restricciones de visitas por la pandemia de COVID-19, se dejó constancia en repetidas ocasiones de la comunicación con los familiares. En los registros de enfermería se anotan expresiones como:

• "Se informa telefónicamente a la familia sobre el estado del paciente y las medidas terapéuticas en curso."

• "Se contacta con el hijo del paciente, se le explica la situación clínica actual y el plan de tratamiento, comprendiendo la gravedad del proceso."

• "Familia informada por el médico responsable sobre la evolución respiratoria y las pruebas realizadas. Se resuelven dudas."

En planta de hospitalización, tras la estabilización del cuadro respiratorio, se reiteran anotaciones similares:

• "Se comunica a familiares la evolución favorable y la planificación de traslado a centro de convalecencia."

• "Familia informada de la situación funcional y del estado de la herida sacra. Se ofrece posibilidad de visita concertada con las limitaciones del protocolo COVID."

• "Se contacta con la esposa, a la que se explica el proceso de rehabilitación y las curas de la úlcera. Manifiesta comprensión y conformidad con las medidas adoptadas."

Además, en el informe del Jefe del Servicio de Medicina Interna (11/03/2022) se recoge expresamente que:

"Existió una fluida comunicación entre el equipo médico y los familiares de (...), como puede comprobarse en las anotaciones diarias del curso clínico, informándose de todos los aspectos de su evolución (especialmente estado neurológico, nutricional y funcional)."

"Una vez estabilizado el paciente y teniendo en cuenta su deterioro funcional, fue trasladado, de acuerdo con su familia, a un centro de media estancia para recuperación funcional."

Estas observaciones documentan una comunicación constante, bidireccional y comprensible, ajustada al artículo 4 de la Ley 41/2002, que reconoce el derecho del paciente y sus allegados a "recibir información veraz, comprensible y continuada sobre su proceso clínico y los tratamientos aplicados".

Por tanto, no se aprecia incumplimiento del deber de información ni se evidencia falta de transparencia o confusión comunicativa.

6.- La causa del fallecimiento en septiembre de 2023 fue una sepsis respiratoria secundaria a broncoaspiración, en el contexto de disfagia orofaríngea, deterioro funcional severo y dependencia total, tal como se describe en los episodios de agosto-septiembre de 2023. Se trata de un proceso clínico ligado a la situación neurológica y funcional de larga evolución, no a los episodios asistenciales iniciales de 2020.

Tras el alta del episodio crítico, las secuelas funcionales y cognitivas fueron evaluadas y tratadas de forma estructurada, primero en el centro sociosanitario y posteriormente en las revisiones de Medicina Interna. El 15 de noviembre de 2021 ya se consignaba una UPP sacra "completamente epitelizada" y una situación clínica estable, con dependencia parcial pero sin signos de infección activa; esta estabilización fue ratificada en la revisión del 12 de diciembre de 2022, donde se describió al paciente "consciente, orientado y en buen estado general", con úlcera sacra curada y diagnóstico final de "secuelas de neumonía bilateral por SARS-CoV-2, síndrome post-UCI con debilidad adquirida y dependencia funcional parcial residual".

En la documentación posterior no consta ningún dato clínico, analítico o microbiológico que relacione la sepsis respiratoria de 2023 con la úlcera por presión sacra ni con los episodios infecciosos de 2020-2021, los cuales estaban resueltos y sin recidiva. No se describen nuevas infecciones de la herida, ni bacteriemias relacionadas, ni descompensaciones atribuibles al foco cutáneo.

Por tanto, la cadena causal propuesta por la parte reclamante (UPP → antibióticos → encefalopatía → fallecimiento) carece de soporte en la historia clínica:

• la UPP se curó y permaneció epitelizada en 2021 y 2022;

• la encefalopatía tuvo carácter multifactorial y cursó hacia la mejoría;

• la causa inmediata del óbito fue una neumonía por broncoaspiración nosocomial de 2023, sin vínculo clínico ni microbiológico demostrable con el proceso de 2020».

3.2. Además, en el informe del SIP se contesta a las distintas alegaciones efectuadas por los reclamantes en los siguientes términos:

«REPLICA A LAS ALEGACIONES DE LA PERSONA RECLAMANTE

7.- "Falta de ecografía abdominal y alta prematura" (22/08/2020)

A su llegada al hospital de referencia, el paciente fue revalorado por el equipo médico del Servicio de Urgencias del HUNSC, constatándose exploración abdominal normal, abdomen blando y depresible, sin dolor localizado ni defensa, además de constantes vitales dentro de la normalidad (TA 131/80 mmHg, FC 87 lpm, SatO□ 98 %).

La analítica mostró leucopenia leve sin desviación izquierda, hallazgo compatible con un cuadro viral incipiente, y la radiografía de tórax no evidenció infiltrados ni signos de patología abdominal obstructiva o inflamatoria.

En ese contexto clínico, no existía indicación médica de realizar una ecografía abdominal urgente, ya que el paciente no presentaba signos de abdomen agudo, masa palpable, ictericia, fiebre ni alteraciones analíticas sugestivas de patología hepatobiliar o vascular. Las guías de triaje y manejo del dolor abdominal en Urgencias establecen que la ecografía solo está indicada ante sospecha fundada de patología estructural, por ejemplo abdomen con resistencia, signos de irritación peritoneal positivos, lo que no concurría en este caso.

Además, el protocolo de actuación frente a casos de infección por SARS-CoV-2 (Ministerio de Sanidad, actualización 3 de marzo de 2020), vigente en esa fecha, recomendaba reducir al mínimo la estancia hospitalaria y los procedimientos innecesarios en pacientes sin criterios de gravedad, a fin de evitar contagios y preservar la disponibilidad de recursos críticos.

En consecuencia, la decisión de alta domiciliaria con aislamiento preventivo y seguimiento por Atención Primaria fue prudente, proporcionada y ajustada a la práctica asistencial habitual, tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico.

No se evidencia omisión diagnóstica ni pérdida de oportunidad, dado que el paciente no reunía criterios clínicos ni analíticos que justificaran la realización de ecografía abdominal ni el ingreso hospitalario en esa fecha.

8.- "Alta del 25/08/2020 sin pruebas"

No es cierto que no se hicieran pruebas el 25 de agosto de 2020. El episodio recoge exploración completa y ausencia de criterios de ingreso. Se realizó anamnesis y examen físico en donde se describió al paciente como eupnéuico y sin signos de alarma, también se realizaron analítica completa y sistemático de orina la cual reportó linfopenia similar a la anterior y PCR positiva para SARS-COV-2.

9.- "Incumplimiento del protocolo COVID e ingreso tardío"

Los protocolos clínicos vigentes en agosto de 2020, tanto el Procedimiento de actuación frente a casos de infección por SARS-CoV-2 del Ministerio de Sanidad (actualización 3 de marzo de 2020) como las Directrices del Servicio Canario de la Salud (abril de 2020), establecían de manera expresa los criterios de ingreso hospitalario en pacientes con COVID-19 confirmado o sospechoso.

Estos criterios incluían:

• Saturación de oxígeno inferior al 94 % en aire ambiente.

• Disnea moderada o grave o signos de dificultad respiratoria.

• Alteraciones analíticas graves (linfopenia marcada, elevación de ferritina, dímero D o PCR).

• Comorbilidad descompensada o imposibilidad de seguimiento domiciliario.

Durante los contactos asistenciales previos al ingreso (22 y 25 de agosto de 2020), el paciente no presentaba ninguno de esos criterios. Se encontraba afebril, normotenso, eupneico y con saturación de oxígeno del 97-98 %, sin evidencia clínica ni radiológica de neumonía ni de insuficiencia respiratoria.

La analítica solo mostraba una leucopenia leve, sin alteraciones inflamatorias significativas.

Por tanto, en esas fechas, no existía indicación médica para ingreso hospitalario ni para administración de soporte respiratorio avanzado, tal como estipulaban las recomendaciones nacionales y autonómicas en el contexto de pandemia.

El deterioro respiratorio se produjo de manera súbita el 31 de agosto de 2020, en el curso natural de la enfermedad COVID-19 en pacientes de edad avanzada. Ante la aparición de disnea y saturación del 78 %, el paciente fue trasladado de inmediato e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUNSC, iniciándose ventilación mecánica y tratamiento específico (dexametasona, profilaxis antitrombótica, prono-supinación), conforme al Protocolo de Manejo Clínico del COVID-19 del SCS.

En consecuencia, no se evidencia demora diagnóstica ni terapéutica, sino una evolución aguda y súbita dentro del patrón clínico típico del COVID-19 grave. La actuación médica fue coherente con los criterios de triaje y priorización de recursos propios del contexto pandémico, garantizando una respuesta asistencial inmediata cuando aparecieron signos de gravedad.

Por todo ello, no se acredita incumplimiento del protocolo COVID-19 ni pérdida de oportunidad asistencial, y la cronología del proceso refleja una atención ajustada a las recomendaciones oficiales y a la práctica clínica habitual.

10.- "No se aplicó el protocolo antiescaras"

Tal como se detalla en el punto 3 de las conclusiones, la Supervisión de Enfermería de la UCI del HUNSC (abril 2022) acredita la aplicación completa del Protocolo de Prevención y Curas de Heridas de Difícil Cicatrización del SCS, incluyendo la valoración inicial mediante escala de Norton (alto riesgo), colchón anti escaras, cambios posturales cada tres horas, hidratación cutánea con AGHO y curas avanzadas con Prontosan, Purilon y apósitos hidrocelulares, bajo seguimiento de Cirugía Plástica y Enfermería especializada.

La progresión de la úlcera hasta grado IV se explica por la sinergia de factores intrínsecos y extrínsecos del paciente crítico (edad avanzada, inmovilidad absoluta, ventilación mecánica, hipoxemia, hipoalbuminemia, sedación prolongada), sin que se evidencie desviación del protocolo ni deficiencia en los cuidados.

11.- "Encefalopatía por infección de la UPP y antibióticos"

No se evidencia relación causal entre la úlcera por presión, el tratamiento antibiótico instaurado y el episodio de encefalopatía presentado durante la fase final del ingreso en UCI.

Según la documentación clínica, los cultivos realizados en septiembre y octubre de 2020 aislaron Enterobacter cloacae, Klebsiella pneumoniae y Enterococcus faecalis, todos ellos gérmenes habituales en infecciones nosocomiales de origen cutáneo y respiratorio en pacientes críticos.

La antibioterapia se pautó conforme a los resultados microbiológicos:

• Meropenem y linezolid ante el aislamiento inicial de Enterobacter y Klebsiella

(8/09/2020).

• Ampicilina/sulbactam durante diez días tras el aislamiento de Enterococcus faecalis en hemocultivos (16/09/2020).

• Posteriormente, ante F. polimicrobiana sensible, se indicó amoxicilina/clavulánico oral durante 10 días (30/11/2020).

Estos antibióticos, todos ellos de uso estandarizado en infecciones mixtas de origen hospitalario, fueron prescritos en dosis y duraciones acordes con la práctica médica habitual

y los protocolos vigentes, tal como se detalla en el punto 4 del presente informe. En ningún momento se documentaron efectos adversos neurológicos ni toxicidad central asociada al tratamiento antibiótico, ni tampoco signos clínicos o analíticos de sepsis sistémica coincidentes con el deterioro neurológico.

Los hemocultivos obtenidos en octubre y noviembre resultaron negativos, y los parámetros inflamatorios (PCR, leucocitos, procalcitonina) mostraron una tendencia descendente durante todo ese periodo, descartando un cuadro de encefalopatía séptica.

Por el contrario, el equipo de Medicina Interna documentó que el cuadro neurológico correspondía a una encefalopatía farmacológica/post-UCI, secundaria a la estancia prolongada en UCI (requerimiento de sedoanalgesia), la hipoxemia mantenida y el síndrome post-COVID-19. En el informe médico se consigna textualmente: "Salió de UMI con diagnóstico de delirio hipoactivo vs encefalopatía farmacológica, en un estado de mutismo y desconexión del medio. Su evolución fue lentamente favorable."

Por tanto, la secuencia causal alegada por la parte reclamante—úlcera → antibióticos → encefalopatía → fallecimiento— no se sustenta en los datos clínicos ni en la evolución documentada. El paciente se mantuvo estable, con buena ventilación basal, herida epitelizada y estado cognitivo normal en las revisiones de 2021 y 2022.

En conclusión, no existe evidencia clínica, analítica ni fisiopatológica que permita establecer un nexo causal entre la UPP, la antibioterapia y la encefalopatía farmacológica, y la evolución posterior del paciente confirma el carácter transitorio y no infeccioso del cuadro neurológico.

12.- "Fallecimiento por mala praxis"

La documentación clínica posterior a 2020 refleja una evolución favorable y estable del paciente. Durante los años 2021 y 2022 se constata la curación completa de la úlcera por presión sacra, la ausencia de infecciones activas y una dependencia funcional parcial residual, compatible con las secuelas esperables tras un síndrome post-UCI prolongado y un cuadro grave de COVID-19.

En la revisión de Medicina Interna del 12 de diciembre de 2022 se describe al paciente "consciente, orientado y en buen estado general, con constantes vitales normales, sin signos de infección ni recidiva de la lesión". La úlcera aparecía "completamente epitelizada, con piel íntegra y sin dolor", y el diagnóstico final recogía: "secuelas de neumonía bilateral por SARS-CoV-2, síndrome post-UCI con debilidad adquirida, úlcera por presión curada y dependencia funcional parcial residual."

Y la causa del éxitus una neumonía por broncoaspiracion 1 año después del alta médica.

No consta en la historia clínica ni en los informes de seguimiento ningún episodio de reinfección, descompensación o evento agudo que pudiera relacionarse causal mente con la

asistencia sanitaria prestada en 2020. Tampoco se recoge en la documentación oficial el fallecimiento del paciente como consecuencia directa o indirecta del proceso infeccioso, del tratamiento antibiótico o del episodio de encefalopatía farmacológica.

Los hechos documentados evidencian que:

• La úlcera se manejó conforme al protocolo y evolucionó hacia la curación completa.

• La encefalopatía fue de origen multifactorial y transitorio, con recuperación neurológica progresiva.

• No se documenta ningún evento vital posterior que vincule el fallecimiento al episodio asistencial de 2020.

13.- La evolución posterior del paciente, marcada por debilidad muscular adquirida, enlentecimiento cognitivo y recuperación funcional parcial, se enmarca plenamente en el síndrome post-COVID y post-UCI, entidades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y descritas en la literatura científica como cuadros de recuperación prolongada con fatiga, disautonomía, alteraciones neurológicas y deterioro funcional persistente.

Estas manifestaciones no representan una desviación de la práctica asistencial, sino la consecuencia fisiopatológica esperable tras una neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2 tratada con ventilación mecánica, sedoanalgesia prolongada y cuidados críticos intensivos.

La dependencia funcional parcial y la lentitud en la recuperación observadas en las revisiones de 2021 y 2022 reflejan las secuelas naturales de este proceso y no evidencian negligencia ni deficiencia en la atención prestada.

Por todo lo anteriormente expuesto, se emite informe desfavorable a la reclamación, al no apreciarse funcionamiento anómalo del servicio sanitario ni relación causal entre la actuación médica y el desenlace clínico del paciente».

4. En conclusión, ha quedado acreditado que el SCS cumplió con su obligación de medios, poniendo a disposición del paciente todos los medios personales y materiales de los que dispone, desde el inicio del proceso médico relatado, actuando en todo momento conforme a la *lex artis*.

Así, desde el inicio se le practicaron todas las pruebas adecuadas a los síntomas que presentaba, sin que el paciente presentara manifestaciones clínicas precisas para su internamiento hospitalario en los primeros momentos de su proceso médico, establecidas en los correspondientes protocolos médicos relativos al Covid-19, y no fue sino hasta el día 31 de agosto de 2020, cuando correctamente se decidió el ingresó en el HUNSC por reunir ya en ese momento concreto tales manifestaciones y no antes.

A su vez, el tratamiento médico del paciente durante su prolongada estancia hospitalaria fue correcto y adecuado a su grave patología, que se solucionó finalmente, incluyendo el tratamiento de la escara, que fue tratada de acuerdo también con los protocolos médicos, siendo inevitable la aparición de esta por el largo periodo de ingreso hospitalario del paciente.

Además, la segunda infección referida por los reclamantes no tuvo nada que ver con la mencionada lesión cutánea, la cual fue una inevitable infección nosocomial de carácter, principalmente, respiratorio, que, además, se trató correctamente y con éxito, al igual que ocurrió con la curación de la escara.

En cuanto a la patología neurológica del paciente se debió únicamente al propio Covid-19, a los necesarios y prolongados tratamientos farmacológicos y al tiempo que estuvo ingresado el paciente, no derivándose de actuación médica incorrecta alguna.

Así mismo, también se ha acreditado que los familiares del paciente recibieron una adecuada y constante información por parte del personal sanitario durante todo el proceso médico.

Por último, los reclamantes no han aportado prueba alguna que permita desvirtuar lo manifestado en los diferentes informes médicos obrantes en el expediente, ni que permitan considerar acreditadas sus alegaciones.

5. Este Consejo Consultivo ha señalado en múltiples ocasiones el 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).

6. Por todo lo expuesto, procede concluir señalando que los interesados no han demostrado la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio y el daño reclamado.

C O N C L U S I Ó N

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