



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 5 / 2 0 1 5

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de octubre de 2015.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la ***Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por C.V.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 386/2015 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. Por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias se solicita dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma, respecto a la reclamación de indemnización de daños formulada por C.V.C., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en los Hospitales de L.C. y H.R., en la isla de Tenerife.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), debiendo ser remitida por el Consejero de Sanidad, según dispone el art. 12.3 LCCC.

3. El interesado manifiesta en su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial que, en fecha 24 de agosto de 2006, fue intervenido quirúrgicamente para la implantación de un marcapasos en el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria.

El día 31 de enero de 2007, el afectado ingresó en el Servicio de Urgencia del citado Hospital como consecuencia de haber sufrido una endocarditis en la válvula

* Ponente: Sr. Millán Hernández.

nativa derivada de la operación anteriormente practicada, lo que, a su vez, generó una verruga que se situaba en la base de la cara septal de la aurícula derecha por debajo de la válvula tricuspídea, ocasionando una insuficiencia tricuspídea severa. El afectado, como consecuencia de dicha enfermedad, fue intervenido por el Servicio de Cirugía Cardíaca de H.R.

En fecha 7 de febrero de 2007, el paciente fue nuevamente intervenido en H.R., para la extracción del cable del marcapasos y del generador y la implantación de un electrodo epicárdico y nuevo generador. También se le realizó resección de la válvula tricúspide e implantación de una prótesis mecánica.

Como efecto de la intervención, el paciente sufrió un deterioro en la función renal. El paciente fue asistido por el Servicio de Nefrología de H.R., aconsejándole hemodiálisis por empeoramiento de la función renal.

En fecha 21 de marzo de 2007, el citado Servicio de Nefrología decide el traslado del paciente al Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, siendo remitido el 24 de marzo del mismo año, debido a la parálisis hemidiafragmática derecha, neuropatía axonal de nervio femoro cutáneo derecho, insuficiencia renal aguda derivada del tratamiento antibiótico recibido y una hernia abdominal por dehiscencia de herida quirúrgica a nivel subsifoideo, donde se encontraban los drenajes que el afectado soportaba. Una vez ingresado el paciente, recibe dos transfusiones de hemoderivados e inicio de eritropoyetina.

El día 14 de septiembre de 2009, el afectado es nuevamente intervenido por acceso laparotómico subxifoidea, realizándose adhesiolisis y disección de un defecto aponeurótico de 8 cm. e implante de malla. Como consecuencia, tuvo que estar ingresado con fiebre e inflamación en la bolsa de marcapasos, por lo que se le realizó una eco-abdominal resultando una hipoecoica en la zona donde se le colocó la malla, recibiendo el alta con grado de infección contraído durante la operación.

Desde el día 12 hasta el día 18 de mayo de 2010, el paciente estuvo ingresado, practicándosele intervención el 14 de mayo de 2010 para la retirada del marcapasos endocárdico y posterior implantación de marcapasos vía vena subclavia izquierda.

En fecha 17 de diciembre de 2010, se le realizó una ecografía de abdomen por supuración local en la zona intervenida con malla, hallándose material de sutura o similar en el interior del cuerpo del paciente considerándose no significativo a pesar de la infección.

Durante los días 11 y el 15 de julio de 2010, el paciente estuvo ingresado en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria para la práctica de un cateterismo cardiaco.

El afectado manifiesta que desde el cambio de ubicación del marcapasos la eventración epigástrica se ha ido incrementando de forma significativa, por lo que se ha reducido su movilidad encontrándose en situación de incapacidad temporal. Particularmente, indica el paciente, ello se debe a las infecciones contraídas como consecuencia de las intervenciones realizadas encontrándose incluso material quirúrgico en el interior de su organismo, requiriéndose operación de eventración y la hernia inguinal, para la que se encuentra en lista de espera.

En concreto, el interesado solicita del Servicio Canario de la Salud que le indemnice -sin determinar cuantía-, ya que estima que ha padecido una mala praxis médica.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del afectado, al pretender el resarcimiento del daño presuntamente causado como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. En el análisis de adecuación jurídica a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada es de aplicación la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC, en adelante) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP, en adelante).

II

1. En relación con la tramitación procedimental se observan las siguientes actuaciones:

El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación del interesado ante el Servicio Canario de la Salud el 27 de septiembre de 2011, de acuerdo con el apartado primero del art. 6 RPAPRP.

En fecha 28 de septiembre de 2011, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud requiere del interesado la subsanación y mejora de la reclamación antedicha, de acuerdo con los arts.70 y 71 LRJAP-PAC, practicándose la notificación al interesado el 3 de octubre de 2011. Y en fecha 7 de octubre de 2011, el afectado atiende oportunamente el requerimiento cursado.

El 10 de octubre de 2011, la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud emite Resolución por la que se admite a trámite la reclamación formulada por el afectado. Así mismo, solicita informe preceptivo del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP, en adelante), declarando suspendido el procedimiento por el tiempo que medie entre la solicitud y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses, de acuerdo con el art. 10 RPAPRP.

El 6 de abril de 2015, la instrucción del procedimiento recaba el informe preceptivo del SIP. Igualmente, se adjunta copia de la historia clínica del paciente, informe del Jefe de Servicio de Cirugía General, informe del Jefe de Servicio de Cardiología, informe del Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación, informe del Servicio de Nefrología, correspondientes al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y a H.R.

El 13 de abril de 2015, la instrucción del procedimiento acuerda notificar al interesado con el fin de que este proponga aquellos medios probatorios de los que pretenda valerse en el procedimiento de responsabilidad patrimonial que se tramita al efecto, recibiendo la notificación el día 16 de abril del mismo año. Igualmente, se notificó correctamente a los centros hospitalarios. Por lo que en fecha 5 de mayo de 2015, la instrucción del procedimiento emite acuerdo probatorio mediante el que admite las documentales propuestas notificándolo a las partes implicadas.

El 5 de mayo de 2015, el órgano instructor concede el preceptivo trámite de vista y audiencia a los interesados, notificándoles oportunamente, sin que el reclamante presentase alegación alguna al respecto.

Sin embargo, el 8 de junio de 2015, la Asesoría Jurídica solicita aclaraciones u observaciones sobre los hallazgos e infecciones soportadas por el paciente en relación con el resultado ecográfico de 17 de diciembre de 2010. Por lo que el 12 de junio de 2015, la citada Asesoría recibe la información requerida del Jefe de Cirugía General y Digestivo.

El 24 de agosto de 2015, la Asesoría Jurídica departamental emite informe favorable sobre el borrador Propuesta de Resolución, de acuerdo con el art. 20.j) del

Decreto 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

Y, finalmente, el 15 de septiembre de 2015, se emite la Propuesta de Resolución.

2. La tramitación procedimental se considera adecuada, pues obran en el expediente los trámites preceptivos previstos para los procedimientos de responsabilidad patrimonial, por lo que nada obsta para la emisión de un dictamen de fondo.

III

1. En relación con la secuencia de hechos médicos soportados por el reclamante, se comprueba que en la intervención quirúrgica a la que fue sometido el afectado en agosto de 2006 se le implantó un marcapasos DDDR T60 Vitatron, sin complicaciones ni incidencias durante su estancia en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

En enero de 2007, ingresa el afectado en la UMI (Unidad de Medicina Intensiva) con diagnóstico de endocarditis sobre válvula nativa. Razón por la que, previo consentimiento del paciente, es remitido a H.R. para su tratamiento.

En el informe de 24 de marzo de 2007, de H.R., entre otros, se observa que a su ingreso se realiza ecografía al afectado en la que se aprecia una verruga de gran tamaño pediculada, que asienta en la base de la cara septal de la aurícula derecha por debajo de la válvula tricuspídea; se comienza tratamiento antibiótico con Vancomicina y Gentamicina intravenosa; a la vista de la evolución clínica, apareciendo signos de sepsis, se decide cirugía cardíaca en dicho Hospital, intervención quirúrgica practicada el 7 de febrero de 2007, mediante la que se le extrajo el cable de marcapasos y de generador y se le implantó electrodo epicárdico Medtronic 5071 y generador Vitatron G20SR, siendo la evolución adecuada y presentando en el alta un buen estado general. Si bien, debido a que se mantuvo el tratamiento antibiótico anterior más Rifampicina, padeció afectación, empeorando su función renal en el post-operatorio inmediato, por lo que fue nuevamente remitido al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

El Servicio de Nefrología del HUNSC diagnostica insuficiencia renal aguda multifactorial.

En septiembre de 2009, en el HUNSC, el paciente es intervenido por padecer protrusión por la cicatriz incisional del contenido abdominal, clínica digestiva dispepsia, consistiendo la operación en la práctica de una eventroplastia laparotómica subxifoidea, realizándose adhesiolisis y disección de un defecto aponeurótico de 8 cm. e implante de malla, siendo buena la evolución postoperatoria del paciente. Sin embargo, en noviembre de 2009, el afectado ingresa en el HUNSC como consecuencia diagnóstica de sospecha no confirmada de infección de generador de MP tras la realización de la exploración física y demás pruebas complementarias entre las que se observa ecocardiograma sin imágenes compatibles con endocarditis y eco-abdominal colección hipoeoica de 1,4x5,2 cm. en el tejido celular subcutáneo de zona epigástrica, anterior a la malla, edema importante de todo el tejido celular subcutáneo regional.

En el informe del HUNSC, en relación con el ingreso del paciente desde el 12 de mayo de 2010 hasta el 18 de mayo de 2010, se observa en la enfermedad actual «(...) ingreso de forma ambulatoria desde CCEE de marcapasos para recambio del dispositivo por disfunción. Desde el último ingreso por infección no confirmada de la bolsa, dos episodios más de inflamación de la zona con enrojecimiento, sin fiebre ni otras alteraciones», y en el juicio diagnóstico «disfunción del marcapasos. Retirada generador epicárdico implantación de MP VVI. Función sistólica. Los previos». En consecuencia, se le realizó una ecografía de abdomen completo el 17 de diciembre de 2010, siguiendo el protocolo sobre el control médico, en el que se observó «colección en tejido celular subcutáneo con extensión a planos musculares de bordes geográficos y aproximadamente 4x3 cm con ecos en su interior que presentan sombra acústica posterior en probable relación con material de sutura (clips, grapas, hilo de sutura ¿?). Resto del estudio no significativo».

Finalmente, en fecha 27 de noviembre de 2011, el afectado fue intervenido quirúrgicamente para la reparación de la eventración de una hernia inguinal, no detectándose hasta la actualidad complicaciones ni recidiva.

2. Es necesario añadir que en la intervención de fecha 24 de agosto de 2006, no se pautó recuento de instrumental quirúrgico (folio 462 del expediente); en la intervención quirúrgica de septiembre de 2009, se observa en el protocolo de intervención que el recuento del instrumental utilizado fue completo (folio nº 305 del expediente); en el protocolo de intervención de mayo de 2010, sin embargo, no se hizo constancia de la pauta sobre el recuento de dicho instrumental (folio del

expediente nº 347); en la intervención practicada el 27 de octubre de 2011, se observa que el contaje fue correcto (folio núms. 483 y 513 del expediente).

3. En cuanto al SIP en su informe concluye:

«(...) colocación del marcapasos por bloqueo aurícula ventricular completo con riesgo evidente de muerte. La implantación de marcapasos conlleva riesgos, entre ellos la endocarditis infecciosa. El riesgo de endocarditis asociada a implantación de marcapasos se estima entre un 0.1-1% del total de marcapasos implantados en las series publicadas. Este riesgo existe aunque se tomen medidas preventivas de asepsia y profilaxis antibiótica como el caso que nos ocupa.

(...) sobre el deterioro de la función renal respondemos con otro párrafo del informe mencionado anteriormente: el desarrollo de insuficiencia renal es frecuente tras una endocarditis ya que los antibióticos necesarios para curar la infección afectan la función renal».

El Servicio de Nefrología de H.R. aconseja hemodiálisis por empeoramiento de la función renal, casi un mes después de la operación.

En cuanto a la hernia abdominal por dehiscencia de herida quirúrgica, es un riesgo contemplado en el documento de consentimiento informado para cirugía abierta de la hernia en cuanto a los riesgos generales y específicos del procedimiento.

En cuanto al hallazgo tras la realización de una ecografía de abdomen completo el 17 de diciembre de 2010, tras llevar más de un mes con supuración local en la zona intervenida con malla, de material de sutura o similar en el interior del paciente, el cual, a pesar de los numerosos ingresos por infección del paciente, se considera no significativo, respondemos con otro extracto del informe de Cirugía Digestiva.

«Las eventraciones son solución de continuidad de la pared del abdomen. El tratamiento quirúrgico plantea problemas técnicos, en ocasiones difíciles de resolver y con un elevado porcentaje de complicaciones.

La dificultad de la reparación tradicional abierta de los defectos parietales ha propiciado la aparición de múltiples técnicas quirúrgicas, mejoradas con la incorporación de los modernos biomateriales y suturas.

A pesar de estas mejoras técnicas, se siguen registrando cifras de morbilidad postoperatoria y recurrencia que oscilan entre el 14% y el 50% no existiendo en la actualidad ningún procedimiento que pueda considerarse como método estándar.

Hoy en día, la eventroplastia sin tensión, con prótesis no reabsorbible, tiende a convertirse en el método de referencia para todas las eventraciones, independientemente de su tamaño. No obstante, el índice de recidiva o recurrencia está en torno al 10% siendo similar en el abordaje por vía abierta que laparoscópica. Los biomateriales sintéticos no reabsorbibles son los más empleados.

Vistas las conclusiones anteriores, considero que se han dado los cuidados que exigen la *lex artis ad hoc*, debiendo desestimarse por tanto las pretensiones del reclamante».

Complementariamente, el informe del Jefe de Servicio de Cardiología del HUNSC, solicitado por la Asesoría Jurídica, indica: «(...) en todas nuestras eventroplastias se utilizan hilos de sutura, fijaciones o clips metálicos y mallas de distintos materiales, igual que en otros procedimientos se utilizan otros materiales, como en su caso fue el marcapasos, el cable de marcapasos y las suturas de la estereotomía (...) cuando esos se infectan provocando una tormenta clínica de grandes dimensiones parece entenderlo y aceptarlo y cuando es una eventroplastia opta por realizar una demanda.

En este caso no hay “olvidos”, esto es material de reparación que hay que utilizar por necesidad, igual que el marcapasos y su cable, también infectados o los materiales de la segunda eventroplastia (...)».

Por lo demás, en relación con el marcapasos epicárdico que le fue implantado al paciente, nos indican los facultativos en sus informes que pueden dar problemas como le ocurrió al paciente y que, por ello, en mayo de 2010, se le implantó un marcapasos endocárdico alojando electrodo en una vena cardiaca, pero que este último no se le colocó durante la cirugía porque, de acuerdo con el estado de salud del paciente, se le hubiera infectado con toda probabilidad.

IV

1. El interesado reclama por encontrarse en la fecha de la reclamación incapacitado como consecuencia de las infecciones contraídas por las intervenciones quirúrgicas soportadas, así como por el olvido de material quirúrgico en el interior de su organismo, por lo que ha tenido que volver a ser intervenido practicándosele eventración y hernia inguinal. El reclamante considera que ha padecido mala praxis

médica, solicitando del Servicio Canario de la Salud ser indemnizado sin determinar cuantía alguna.

2. La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio porque la instrucción del procedimiento considera que la asistencia sanitaria prestada fue en todo momento ajustada a la *lex artis*, ya que las técnicas empleadas fueron correctas y se realizaron adecuadamente. Además, indica, el paciente era conocedor de su tratamiento y los posibles riesgos que este podía conllevar, entre otros, infección, el rechazo de la malla o la reproducción de la eventración, como acreditan los documentos de consentimiento informado que firmó el reclamante.

3. Tanto la secuencia de hechos anteriormente expuesta, como el informe del SIP, realizado con base en la historia clínica del paciente y demás informes preceptivos de los Jefes de los Servicios que asistieron al paciente en las distintas intervenciones, todos coinciden en indicar que el paciente recibió el cuidado necesario de conformidad con su diagnóstico médico, tal y como exige la *lex artis ad hoc*.

4. Ciertamente es que en los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente (folios del expediente núms. 71, 205, 285, 293, 316, 521-524), se observa que en las intervenciones quirúrgicas que éste recibió era posible sufrir complicaciones y padecer de infección, entre otras.

Así, analizando las diversas intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido el paciente, en relación con el objeto de su reclamación, el afectado padeció de endocarditis como consecuencia de la primera intervención, manifestada 5 meses más tarde, existiendo dicha posibilidad. Sin embargo, el afectado, no puede alegar aquí un funcionamiento incorrecto del Servicio Canario de la Salud, pues, se le colocó un marcapasos por un bloqueo aurículo ventricular completo con riesgo evidente de muerte, por lo que se considera que, en todo caso, la actuación de los facultativos que le asistieron con ello evitaron un mal mayor, es decir, el posible fallecimiento del paciente (folio del expediente 176, entre otros).

Por otra parte, la intervención practicada en H.R. en el año 2007, como consecuencia de la endocarditis padecida por el afectado, fue correcta, pues, entre otros, los cultivos posteriores con resultados negativos así lo manifiestan, confirmándose por lo demás una buena asistencia médica –control y seguimiento del paciente–.

En cuanto al tratamiento antibiótico pautado como consecuencia de la anterior intervención, fue adecuado a su diagnóstico, aunque le derivase en insuficiencia renal, ya que, como indican los informes médicos, dicho síntoma es frecuente tras ser tratada una endocarditis con los antibióticos que son necesarios para curar la infección, siendo el tratamiento médico más utilizado, aun conociéndose que pueden afectar a la función renal. Por lo que tampoco aquí observamos un funcionamiento médico contrario a *la lex artis ad hoc*.

En relación con la intervención quirúrgica de 14 de septiembre de 2009 y sus consecuencias, de los informes obrantes en el expediente se observa que tras la eventroplastia vía abierta con colocación de malla de polipropileno –prótesis no reabsorbible-, el paciente presentó infección de la herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato y en el seguimiento. Una vez solucionada la infección local, se detectó recidiva de la eventración –nuevo defecto herniario- por lo que se le incluyó en lista de espera quirúrgica siendo intervenido el 27 de noviembre de 2011, realizándose reparación de la eventración y de una hernia inguinal derecha por vía laparoscópica con colocación de malla (prótesis no reabsorbible), no habiéndose detectado complicaciones ni recidiva en el seguimiento realizado hasta la actualidad.

Entrando en el fondo de este último aspecto, particularmente, el afectado en su reclamación hace referencia al material quirúrgico encontrado, haciendo mención a la ecografía de abdomen realizada en diciembre de 2010, por lo que alega mala *praxis* médica.

Los informes médicos, concretamente el formulado por el Jefe del Servicio de Cirugía Digestiva, nos aclara que al paciente se le colocó una prótesis biomaterial de acuerdo con el protocolo médico a seguir, que hubo consentimiento informado sobre los riesgos quirúrgicos precoces y tardíos, siendo frecuentes la infección quirúrgica y la recidiva y/o reproducción de la eventración, y que en ningún momento hubo olvido de material quirúrgico en el interior del organismo del paciente, ya que se trata de un biomaterial permanente (mallas no reabsorbibles).

Y aunque las mallas que se implantaron al paciente no son reabsorbibles y es una técnica admitida en la Medicina, lo que se cuestiona por parte del interesado es el material instrumental utilizado durante alguna de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido y que se encontró en el interior de su organismo causándole infección.

En primer lugar, comparamos las ecografías de abdomen practicadas al paciente en fechas 3 de diciembre de 2009 y 17 de diciembre de 2010. Así, respectivamente indican:

- Colección hipoeecótica de 1.4x1.5x2 cm localizada en tejido celular subcutáneo de región epigástrica de localización anterior a imagen de densidad metálica (malla/grapas). Edema importante de todo el tejido celular subcutáneo regional (folio del expediente nº 434).

- Colección en tejido celular subcutáneo con extensión a planos musculares de bordes geográficos y aproximadamente 4x3 cm con ecos en su interior que presentan sombra acústica posterior en probable relación con material de sutura (clips, grapas, hilo de sutura ¿?) (folio del expediente nº 024).

Por tanto, cierto es que en el interior del organismo del paciente, sin perjuicio de la malla reabsorbible implantada, se encontró material instrumental utilizado durante la intervención quirúrgica. Ello lo confirma el historial médico del paciente en el folio del expediente nº 490, al indicar en relación con ambas intervenciones:

«(...) 14 de septiembre de 2009, eventración abdominal. Por acceso laparotómico subxifoidea, se realiza adhesiolisis y disección de un defecto aponeurótico de 8 cm. e implante de malla. La herida no deja de supurar desde que quitan el vendaje, alta con supuración.

30 de noviembre de 2009: en 3 ocasiones antes del ingreso inflamación con aumento de la temperatura en la bolsa de marcapasos.

Todo esto después de la intervención de la eventración del 14 de septiembre de 2009.

14 de mayo de 2010: retirada del marcapasos endocárdico con abandono del electrodo que no se puede retirar al estar suturado al corazón (...). En la misma intervención implantación de marcapasos vía vena subclavia izquierda, colocando electrodo en vena coronaria posterolateral. Se cambió de venas en varias ocasiones sin conseguir mejores umbrales. La retirada del marcapasos se realizaría para evitar complicaciones por las continuas inflamaciones de la zona y además coincidió con la disfunción del mismo. En quirófano se comprobó que el marcapasos estaba bien y que el problema estaba en el electrodo endocárdico.

Después del cambio de marcapasos (14 de mayo de 2010), hubo dos episodios más de inflamación de la zona con enrojecimiento y temperatura, la última con supuración, atendida en centro de salud, de las que se extrajeron restos de sutura.

De esto se deduce que no era el marcapasos lo que provocaba la inflamación, sino que fue a raíz de la intervención de la eventración (14 de septiembre de 2009) cuando comenzaron las inflamaciones en la zona del marcapasos».

5. Los documentos expuestos confirman, que en el interior del organismo del paciente, se encontró instrumental quirúrgico –grapas, restos de sutura- que le causaron una infección que no tenía el deber jurídico de soportar. Particularmente, en el informe médico de 4 de diciembre de 2009, se sospecha infección en bolsa de generador de marcapasos, y de acuerdo con la ecografía de abdomen de 3 de diciembre de 2009 se encuentra colección hipoecótica localizada, padeciendo el afectado un edema importante de todo el tejido celular subcutáneo regional. Aun así se decide el alta domiciliaria en la fecha del informe y es con posterioridad a la intervención practicada en el mes mayo de 2010, cuando los facultativos determinan que la causa de la supuración –infección, temperatura e inflamación- que estuvo padeciendo el afectado durante más de 8 meses tuvo origen en los restos de sutura que se extrajeron al paciente encontrados en su organismo como consecuencia de la intervención de la eventración practicada en fecha 14 de septiembre de 2009, momento en el que comenzaron las inflamaciones en la zona de marcapasos.

6. En consecuencia, este Consejo Consultivo considera que, de las distintas razones por las que el paciente reclama, procede imputar la responsabilidad al Servicio Canario de la Salud del material instrumental encontrado en el organismo del enfermo, antes aludido, que no tenía el deber jurídico de soportar por ser consecuencia del deficiente funcionamiento de la denominada *lex artis ad hoc*, al acreditarse que el personal profesional no actuó con la diligencia exigible. Dicho material –resto de sutura-, olvidado o no detectado en el interior del cuerpo del paciente durante un lapso temporal considerable, ha sido la causa de la infección alegada, confirmada en ecografía y finalmente extraído el material quirúrgico por los facultativos, supone una defectuosa praxis y la existencia de relación causal entre la asistencia prestada y los daños derivados de la intervención quirúrgica.

7. Es evidente la dificultad de valorar el daño, en esta clase de procedimientos, atendiendo a los baremos establecidos para otros ámbitos que tienen carácter orientativo y no vinculante. En este caso, los daños ocasionados derivan de los riesgos y molestias inherentes al sometimiento a una nueva intervención que no

habría sido necesaria de no haberse olvidado el material quirúrgico, por lo que procede fijar el daño causado, cuando menos de índole moral, en la cantidad de 6.000 euros.

C O N C L U S I Ó N

Concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado en relación con el material quirúrgico encontrado en el interior del paciente, a quien se le debe reconocer el derecho a percibir una indemnización de 6.000 euros, en concepto de daño moral.