



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **289/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de octubre de 2016, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 4 de septiembre de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **329/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de abril de 2014, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), centro integrado en el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relata la reclamante que el 11 de septiembre de 2012, encontrándose en la semana 39+2 de gestación y habiendo transcurrido el embarazo con normalidad, ingresa en el Servicio de Urgencias del HUVA por rotura prematura de membranas. Firma los consentimientos informados de contenido genérico, según la interesada, para analgesia epidural e inducción al parto. Esta última se llevó a cabo con postaglandinas, sin que se la informara debidamente de las consecuencias que dicha actuación pudiera tener, ni tampoco se justificara la utilización de dicho procedimiento a la vista de su historia clínica. Aquejada de un fuerte dolor en la pierna y frente a una posible hipoxia del bebé, de la que no es informada, se la sube al paritorio realizándose allí, sin previo consentimiento informado, una episiotomía que es suturada por un médico residente de ginecología, sin supervisión de su médico responsable.

El niño nace, tras más de 10 horas de parto, con la ayuda de una ventosa obstétrica, sin que presente malformaciones aparentes, aunque a los cinco meses se le diagnóstica un aplastamiento en el área occipital izquierda, que le obligó a llevar una órtesis craneal durante 88 días.

Según la reclamante la deficiente realización de la episiotomía le produjo una estenosis del introito vaginal y una fístula vagino-perineal de las que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente el día 29 de abril de 2013, mediante la denominada técnica de Pozzi, para la que firmó el correspondiente consentimiento informado, pero no se le informó de la necesidad de realizar tratamiento rehabilitador alguno ni curas específicas después de la cirugía.

Un año después de dicha intervención la paciente señala que, al seguir padeciendo fuertes dolores que le impiden mantener relaciones sexuales, acude en busca de una segunda opinión al centro privado --, donde le indican que necesitaba rehabilitar el suelo pélvico mediante ejercicios y la utilización de bolas chinas con el fin de evitar la dispareunia que padecía; asimismo se le informó de la imposibilidad de tener hijos por vía vaginal, es decir, que cualquier embarazo que pudiera tener tendría que acabar en cesárea.

En resumen, la interesada reclama por considerar que la inducción al parto con Propess no estaba indicada; que los consentimientos informados que firmó para la inducción al parto y para la anestesia epidural eran genéricos; que se le realizó una episiotomía sin su autorización y de forma inadecuada; y que en la intervención correctora de la estenosis, mediante la técnica Pozzi, no se le informó que debiera seguir un tratamiento rehabilitador.

Finaliza su reclamación solicitando una indemnización por los daños físicos y morales sufridos, que cuantifica en 365.896, 64 euros, según detalle que aparece a los folios 15 y siguientes de la reclamación.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por Resolución del Director Gerente del SMS de 27 de mayo de 2014, en la que se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesado la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), al tiempo que le solicita autorización para pedir su historia clínica obrante en el centro privado --.

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, al tiempo que recaba del centro hospitalario en que se atendió a la paciente copia de su historia clínica e informe de los facultativos actuantes.

TERCERO.- Tras recibir la autorización de la reclamante, el órgano instructor solicitó al citado centro privado la remisión de la historia clínica de la paciente, así como informe de los facultativos que la atendieron. Lo que se cumplimenta con fecha 25 de junio de 2014. Entre la documentación que se incorpora al expediente figura el informe emitido por la Dra. x, del siguiente tenor:

"- La paciente acudió a mi consulta tras 18 meses del parto por dolor vaginal. Tras revisar la zona le constaté que la reconstrucción vaginal no había quedado tan mal como ella pensaba.

- En ningún momento me escandalicé de que no la enviaran a rehabilitación del suelo pélvico, porque ésta es una indicación sujeta a criterio médico. En este caso yo consideré que podría verse beneficiada de esta terapia, que suele producir una mejoría en la fibrosis que puede quedar tras una cicatrización.

- El uso de bolas chinas u otro material de rehabilitación nunca lo indico yo, sino que lo dejo en manos de fisioterapeutas rehabilitadores del suelo pélvico.

- En ningún momento expresé que tuviera una imposibilidad del parto vía vaginal por estenosis de introito, pues

esta decisión está sujeta a una valoración dinámica en el momento del parto".

CUARTO.- Con fecha de entrada en el registro general del SMS de 25 de julio de 2014, el Director Gerente del HUVA remite la siguiente documentación:

1. Historias clínicas de la paciente correspondientes a las asistencias recibidas en el Centro de Salud de San Andrés y en el HUVA. De los documentos que las integran conviene destacar, a los efectos que nos ocupa, los siguientes:

a) Anotaciones en la historia clínica de atención primaria que aparecen a los folios 208 y 214 del expediente, en las que se indica: *"no es posible realizar la citología ya que el introito es muy pequeño (un dedo justo) a consecuencia de la sutura incorrecta de la episiotomía"* y la que se recoge el día 17 de septiembre de 2012, es decir, seis días después del alumbramiento, del siguiente tenor: *"acude porque está muy molesta con los puntos, retiro tres a ver si encuentra alivio, está muy inflamada toda la zona. Aconsejo blastoestimulina y los antiinflamatorios pautados"*.

b) Hoja de interconsulta suscrita por el especialista en Ginecología del Centro de Especialidades "Quesada Sanz, en el que se describe el estado de la paciente de la siguiente forma: *"sutura de episiotomía muy alta que estenosa demasiado el introito"* (folio 197).

2) Informes de los siguientes facultativos:

a) Del Dr. x, del Centro de Especialidades "Quesada Sanz", del siguiente tenor:

"Mi relación con este caso se recoge en historia clínica, cuya fotocopia adjunto, y consistió en establecer una posible causa de las molestias que refería la paciente y proponer una conducta para mejorar la misma. En estos casos la paciente es remitida a instancia superior (H.G.U. Virgen de La Arrixaca) donde colegiadamente se reevalúa el caso y se decide el más adecuado tratamiento".

b) Del Dr. x, responsable de paritorio del HUVA, en el que, textualmente, señala lo siguiente:

"La gestante x acudió el día 11 de septiembre de 2012 a las 9.08 horas refiriendo una rotura prematura de membranas a las 6.30 horas de ese mismo día. En Urgencias Fue atendida por la Dra. x, realizando la historia clínica pormenorizada, no observando antecedentes de riesgo, con una evolución normal de la gestación y objetivando que la gestante no era portadora del streptococo Agalactiae. En la exploración clínica de las condiciones obstétricas se aprecia un Bishop desfavorable (menor de 6), lo que indica que la maduración cervical no se ha completado. La monitorización fetal resultó satisfactoria, con una dinámica uterina escasa. Una vez analizados los datos anteriores y comentado con la paciente se indica la maduración cervical con proposs (prostaglandinas de depósito), según aconseja el protocolo de la rotura prematura de membranas de la SEGO y tras ser informada de forma verbal, la gestante firma el consentimiento informado dónde aparecen más detallada

las explicaciones ofrecidas. Tras la colocación de las prostaglandinas, la gestante sube a planta para comenzar el primer paso del proceso de inducción del parto, que es la maduración cervical, que concluye o bien comenzando el proceso de parto o bajando a las 24 horas tras su administración para continuar la inducción con oxitocina.

En planta a las 12.30 h la gestante avisa a la matrona por notarse contracciones, siendo examinada con un resultado de un cérvix dilatado 1 dedo amplio y borrado un 70 %, posición media y consistencia dura, cefálica I-plano, FCF +. A las 12.50 se le administra una mezcla analgésica de media dolantina y medio haloperidol intramuscular, para intentar aliviar los dolores de las contracciones. A las 13.45 avisa por contracciones, siendo de nuevo explorada por la matrona objetivándose un avance en la dilatación (2 dedos), pero sin parámetros de fase activa de parto, se realiza una monitorización externa y tras la objetivación a las 14.30 de la dinámica uterina adecuada, el avance en la dilatación y las molestias de la gestante se decide su traslado a la sala de partos para continuar atendiendo su evolución y poder administrar la analgesia epidural.

A las 14.45 se realiza la apertura del partograma, dónde se puede objetivar la evolución de la dilatación de la gestante de forma adecuada. A las 20.10 aproximadamente, durante la exploración de la gestante que se encontraba en dilatación completa desde las 19.30, se aprecia en el monitor una bradicardia mantenida, por lo que se traslada de forma inmediata al paritorio. En el paritorio, debido a la bradicardia fetal se realiza un parto operatorio vaginal con ventosa por parte de un Residente y Adjunto, realizando una episiotomía cuya necesidad de realización es comentado con la parturienta, como así lo aconseja el protocolo de la episiotomía de la SEGO, ya que en nuestro Hospital seguimos un protocolo restrictivo en la realización de episiotomías. Nació un varón a las 20.30h de 2880 grs apgar 9/10, que pasó con la madre. La episiotomía, tras ser valorada por el Adjunto de Ginecología, Dr. x, comprobando que no presentaba complicaciones, es suturada por la residente, Dra. x, al encontrarse facultada para esa sutura según explica la Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. De todos modos durante la realización de la episiorrafía la Matrona encargada de la gestante supervisa de forma habitual y en los casos que el residente, tanto de Matronas como de Ginecología lo demande. La episiorrafía se le practicó de forma habitual, no constando ninguna dificultad o complicación en su realización.

La evolución en planta cursó sin complicaciones, no teniendo constancia de ninguna queja o problema ni en la hoja de evolución de enfermería ni en las médicas. La paciente es dada de alta sin complicaciones. En el momento del alta a todas las parturientas se les suministra una hoja de recomendaciones de Enfermería en el que están descritos todos los aspectos a cuidar en el puerperio.

En la revisión puerperal, dentro de los diez días tras el parto, la Matrona evalúa a la puérpera y revisa el estado de la cicatrización de la episiorrafía, y de forma muy habitual tiene que quitar algún punto por molestias o tiranteces, no porque la sutura sea inadecuada. En esa revisión y también durante los cursos de educación maternal la matrona informa y aconseja acerca de todo la recuperación del suelo pélvico.

El 13 de diciembre Dña. Violeta acudió al centro de Especialidades Dr. Quesada dónde el Dr. x dictamina 'Una sutura de episiotomía muy alta que estenosa demasiado el introito. Muy sintomática, Existe un orificio fistuloso pero que no comunica con recto'. La remite a las consultas externas de Ginecología para corrección quirúrgica. Una vez evaluada a la paciente el día 15/03/2013 que refiere dispareunia desde el parto, con exploración física con estenosis de introito vaginal que permite una entrada de 1 cm de diámetro, exploración monodigital dificultosa y dolorosa, se decide una intervención de ampliación del introito vaginal o intervención de Pozzi. El día 29/04/2013 se realiza por CMA la intervención con la exéresis de la fístula vagino-perineal, y disección de la fibrosis de la zona con posterior sutura con puntos transversales. El día 24/06/2013 fue revisada en consulta con una exploración normal siendo dada de alta y pasa a control por su Centro de Salud.

La atención a la gestante en nuestro servicio según nuestro criterio ha sido adecuada debido a:

En primer lugar la valoración en la puerta de urgencias de su rotura prematura de membranas y condiciones obstétricas desfavorables resulta en una catalogación de un parto medicalizado que precisa la inducción con prostaglandinas y no de carácter normal porque como dice la SEGO la definición de un parto normal es 'trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª-42ª semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica'.

La finalización pronta y sin dilaciones de la gestación se debió a que encontrándose la parturienta completamente dilatada y la cabeza encajada (III-plano de Hodge) el feto sufre una bradicardia, lo que obliga a una instrumentación del parto y la realización de una episiotomía, cuyo objetivo según la SEGO es: 'ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné con la intención de acortar el período expulsivo y evitar así la producción de desgarros complicados'. La indicación de la realización de la episiotomía según la SEGO es: 'indicación fetal: prematuridad, macrosomía, presentación de nalgas o cefálicas en posición occípito-sacras o deflexionadas, cuando el estado del feto aconseje su extracción rápida y en los partos operatorios'.

La reparación de la episiotomía corrió a cargo de una Residente completamente facultada para esa sutura según explica la Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, tras primeramente ser valorado por un Ginecólogo y posteriormente supervisada durante toda su realización por una Matrona, no constando anotaciones de complicaciones durante su realización.

La aparición de dolor perineal y dispareunia tras realización de la episiotomía y su posterior reparación no se debe a la forma de realización de la misma, sino que es una complicación frecuente a una técnica quirúrgica, como pueden consultar en la Tesis doctoral de la Universidad de Murcia titulada 'Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital Universitario de la Región de Murcia'.

Con posterioridad al consultar la paciente con su problema, nuestro servicio estableció el diagnóstico adecuado y la posterior intervención para solución de la complicación en la cicatrización. Con revisión posterior normal".

QUINTO.- El 3 de febrero de 2015 se recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica), y ante la ausencia de respuesta por parte de dicha unidad administrativa, el órgano instructor acuerda continuar con la tramitación del expediente administrativo, sobre la base del artículo 42.5 letra c) LPAC, en concordancia con el artículo 83.3 de la misma, y con los Dictámenes 137/2004 y 176/2003 del Consejo Jurídico, así como con el Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial (aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud, en su sesión de 27 de mayo de 2011), que determina en su apartado 4 que "el plazo máximo para emitir este informe será de 3 meses, pasado este periodo sin haberlo emitido, se continuarán las actuaciones".

SEXTO.- La compañía aseguradora aporta dictamen facultativo en el que un facultativo especialista en Ginecología y Obstetricia, tras realizar las consideraciones de índole médico que consideró oportunas, concluye del siguiente modo:

"La actuación del servicio de obstetricia durante la asistencia al embarazo, parto y puerperio de x, se ajusta a todos los protocolos y guías actuales, así como a la bibliografía general al uso sobre el tema. A pesar de lo cual se produjo una complicación típica de la episiotomía que fue reparada acorde a las técnicas indicadas. Todo el proceso se ajusta a la lex artis ad hoc".

SÉPTIMO.- Concedido trámite de audiencia a los interesados (actora y aseguradora), la primera de ellas comparece y formula alegaciones que, en síntesis, vienen a decir:

1.º Que aunque existen diferentes actuaciones en la atención sanitaria que se le prestó con ocasión de su alumbramiento, fue la incorrecta praxis seguida con la episiotomía que se llevó a cabo *"la que me ha producido los daños objeto de esta reclamación"*.

2.º Respecto del informe emitido por el perito de la aseguradora, rebate los siguientes extremos:

a) No es cierto que la herida se infectara, como lo demuestra el hecho de que en ninguna de las anotaciones efectuadas en su historia clínica conste tal circunstancia.

b) La estenosis del introito no se produce dos meses después del alumbramiento como señala el perito, aquella ya se hace constar en la anotación que se realiza en su historia clínica el día 17 de septiembre de 2012, es decir, 6 días después de haber dado a luz, por lo tanto no puede considerarse que el estrechamiento constituya un efecto adverso de la episiotomía correctamente realizada, sino una consecuencia de la deficiente ejecución de la sutura.

OCTAVO.- Con fecha 20 de agosto de 2015, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado.

En la fecha y por el órgano indicados en el encabezamiento del presente se solicitó de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen, acompañando el expediente e índice de documentos del mismo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con los artículos 142.3 LPAC y 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación y plazo para reclamar.

I. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar en su condición de paciente que ha sufrido los daños que se imputan a la atención sanitaria recibida, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del Centro Hospitalario y del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños.

II. El artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su evento lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o desde la determinación del alcance de las secuelas.

En su aplicación al caso, como razona el órgano instructor, la acción presentada el 29 de abril de 2014 se habría ejercitado en plazo, ya que la intervención quirúrgica de Pozzi, a la que se sometió como consecuencia de la estenosis vaginal que sufrió por la episiotomía que se le practicó durante el parto que tuvo lugar el 11 de septiembre de 2012, tuvo lugar el 29 de abril de 2013.

TERCERA.- Del procedimiento seguido y la necesidad de completar la instrucción.

El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, toda vez que consta el preceptivo informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, la audiencia a los interesados y la solicitud del presente Dictamen.

En cuanto a la valoración de la *praxis* médica durante el alumbramiento, se dispone de los informes evacuados por el Servicio actuante (Servicio de Ginecología y Obstetricia) y por el perito especialista de la Compañía Aseguradora, que valoran la asistencia prestada por dicho Servicio a la paciente, si bien, a fin de disponer de todos los elementos probatorios para la valoración de la asistencia, y por reunir el informe de la Inspección Médica

las cualidades de imparcialidad y objetividad que lo dotan de un especial valor probatorio, debe completarse la instrucción reiterando la solicitud de informe a aquélla para que valore la concreta asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, centrada en establecer si la estenosis del introito que presentó la paciente constituyó la materialización de un riesgo propio de la episiotomía o si, por el contrario, vino motivada por una deficiente sutura tal como se indica por la médica de atención primaria y la matrona del Centro de Salud de San Andrés, en la anotación que aparece en la historia clínica (folio 208 del expediente), en la que textualmente se afirma *"no es posible realizar la citología ya que el introito es muy pequeño (un dedo justo) a consecuencia de la sutura incorrecta de la episiotomía"*, o por el Dr. x, del Centro de Especialidades Dr. Quesada, al folio 197 del expediente, que señala *"sutura de episiotomía muy alta que estenosa demasiado el introito"*; y si el hecho de que seis días después del parto tuvieran que retirarle tres puntos de la sutura (folio 214 del expediente), evidencia o no que ésta no se ejecutó correctamente. En cualquiera de los casos habrá de informar también sobre si el acto quirúrgico de la episiotomía requiere de consentimiento informado, bien de forma individualizada, bien como una posibilidad dentro del consentimiento informado del parto vaginal. También ha de pronunciarse sobre la valoración del daño reclamado.

Realizada tal actuación, que permitirá disponer de todos los elementos de juicio necesarios para adoptar una decisión y tras el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, habrá de formularse una nueva propuesta de resolución y solicitud de Dictamen de este Consejo Jurídico. Con la consulta, deberán acompañarse las nuevas actuaciones instructoras desarrolladas en cumplimiento de lo indicado.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el Consejo Jurídico que es necesario completar la instrucción con las actuaciones indicadas en la Consideración Tercera de este Dictamen, con carácter previo a la emisión de un parecer sobre el fondo del asunto.

No obstante, V.E. resolverá.