



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **219/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de agosto de 2018, 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 21 de febrero de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **56/17**), 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).

En síntesis, expresa 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 para analgesia epidural e inducción al parto. Esta última se llevó a cabo con prostaglandinas, 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, naciendo el niño tras más de 10 horas de parto.

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 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 "*Instituto Mediterránea Asociados en Reproducción*", donde le indican que necesitaba rehabilitar el suelo pélvico mediante ejercicios y la utilización de bolas chinas con el fin de evitar la dispareunia (dolor a la penetración vaginal) que padecía; asimismo allí se le informó de la imposibilidad de tener hijos por vía vaginal, es decir, que cualquier nuevo

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 de 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, que, en síntesis, y por referencia al baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, resulta de los siguientes conceptos:

- Dispareunia, que valora en 30 puntos.

- Fístula anal, que valora en 10 puntos.

- Perjuicio estético, por cicatriz interna y externa y alteraciones en vagina por episiotomía mal realizada e intervención de Pozzi, que valora en 10 puntos.

- "Secuelas extracorpóreas-impotencia hombre", por no poder tener relaciones sexuales plenas con su marido, que valora en 20 puntos.

- Tiempo de estabilización de lesiones: 595 días, 3 de ellos de incapacidad hospitalaria y el resto impeditiva.

- Daños morales, por la situación personal resultante: 150.000 euros.

**SEGUNDO.-** Mediante Resolución del Director Gerente del SMS de 27 de mayo de 2014 se acuerda la incoación del correspondiente procedimiento y se nombra instructor del expediente, lo que se notifica a los interesados.

Asimismo, y tras recibir autorización de la reclamante, se solicitó la pertinente documentación e informe a la clínica privada antes mencionada. También se solicitó del HUVA la historia clínica e informe de los profesionales que atendieron a la paciente por los hechos de referencia.

**TERCERO.-** Con fecha 25 de junio de 2014 el referido centro privado remite documentación, entre la que destaca 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 constató 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, relativas 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, en la del 17 de septiembre de 2012, una Matrona indica: *"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"*. Y en la anotación del 6 de noviembre de 2011, la Dra. x señala: *"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"*.

b) Hoja de interconsulta del 13 de diciembre de 2012 suscrita por el especialista en Ginecología del Centro de Especialidades "Quesada Sanz", Dr. x, en la que expresa: *"sutura de episiotomía muy alta que estenosa demasiado el introito"* (folio 197).

2. Informes de los siguientes facultativos:

a) Del citado Dr. x, del Centro de Especialidades "Quesada Sanz", de 25 de junio de 2014, 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, de 15 de julio de 2014, en el que 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 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 donde aparecen más detalladas 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. (...)

A las 14.45 se realiza la apertura del partograma, donde 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 la 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 toda la recuperación del suelo pélvico.

El 13 de diciembre x acudió al centro de Especialidades Dr. Quesada, donde 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 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".*

*Adjunta varios documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): a) "Recomendaciones sobre la asistencia al parto", de 2008; b) Protocolo de Episiotomía, de 2004; y c) Protocolo sobre Rotura Prematura de Membranas, de 2012. También adjunta un documento sobre "Recomendaciones de Enfermería al alta" (tras el parto), del HUVA.*

**QUINTO.-** El 3 de febrero de 2015 se recaba el informe de la Inspección Médica de la Consejería consultante.

**SEXTO.-** La compañía aseguradora aporta dictamen pericial 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, la reclamante compareció y formuló alegaciones que, en síntesis, vienen a decir:

1º. 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, a la vista de los informes emitidos, 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.

**NOVENO.-** Solicitado en su día de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo Dictamen acompañando el expediente e índice de documentos del mismo, fue emitido el 17 de octubre de 2016 (Dictamen nº 289/16), en el que, en síntesis, expresa que debe recabarse el informe de la Inspección Médica para *"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 tuvieron 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"*.

**DÉCIMO.-** Solicitado dicho informe por la instrucción, fue emitido el 22 de noviembre de 2016, en el que la Inspección Médica, tras analizar las circunstancias del caso y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

*"1- La episiotomía realizada el 11/09/2012 está correctamente indicada.*

*2- Es correctamente diagnosticada de estrechamiento de introito vaginal.*

*3- La estrechez del introito vaginal en este caso, es consecuencia de una complicación que puede ocurrir en la episiotomía, por la mala reparación del tejido de la episiorrafia ante la fibrosis cicatricial retráctil que se produjo en el orificio vaginal.*

*4- La intervención de POZZI está correctamente indicada, al ser una cirugía correctiva en la que se quitan las zonas fibrosas y poco elásticas del anillo del orificio vaginal (introito) y se amplía la entrada de la vagina, cuya finalidad es convertir el anillo vaginal en flexible y ampliarlo para una apta penetración.*

*5- La intervención de POZZI es una cirugía segura, usualmente sin complicaciones, ni problemas de sangrado. En el consentimiento informado firmado para cirugía de introito vulvar aparece correctamente indicado que "no existe seguridad de desaparecer la dispareunia previa".*

*6- En consultas externas de ginecología, el 24/06/2013 es correctamente dada de alta tras revisión de normalidad. No aparece en la historia clínica en ÁGORA ninguna consulta por dispareunia ni molestias menstruales desde esa fecha hasta octubre de 2016".*

**UNDÉCIMO.-** Concedido un nuevo trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presentó el día 19 de diciembre de 2016 un escrito en el que alega que la estenosis del introito vaginal se debió, según los informes de la historia clínica ya citados por ella, a una incorrecta sutura de la episiotomía, pues la estenosis no fue provocada inicialmente por la fibrosis luego detectada, aunque ésta la pudo agravar, ya que la estenosis apareció inmediatamente después de la intervención y antes de la aparición de la fibrosis, que según la Inspección aparece a las 4-6 semanas de la episiotomía, concluyendo, por tanto, que existió una mala praxis médica, a la que atribuye las secuelas alegadas, sin mayor especificación en cuanto a esas últimas y su valoración.

**DUODÉCIMO.-** El 2 de febrero de 2017 se formula una nueva propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar no acreditada la existencia de una infracción a la "*lex artis ad hoc*" médica causante de los daños por los que se reclama indemnización, a la vista de los informes obrantes en el expediente.

**DECIMOTERCERO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aplicables vista la fecha de iniciación del procedimiento.

### SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión indemnizatoria objeto del procedimiento dictaminado, al fundarse en daños físicos que dice haber sufrido en su persona.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia, prestados a través de su SMS.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. 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, una vez cumplimentado lo expresado en nuestro previo Dictamen nº 289/16, ya citado.

### TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia*



del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento*

*meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".*

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".*

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".*

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente

objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

**CUARTA.-** Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. Como se desprende de la comparación entre el inicial escrito de reclamación y el final de alegaciones presentado por la reclamante, en este último, seguramente a la vista de los informes del Servicio de Ginecología actuante y los periciales posteriormente emitidos, la interesada reduce sustancialmente sus iniciales imputaciones de mala praxis médica para censurar exclusivamente a los servicios del HUVA una errónea sutura en la práctica de la episiotomía (incisión en el perineo para aumentar la apertura vaginal y el canal blando del parto y facilitar y acortar el periodo expulsivo del feto, con posterior reparación de la parte afectada, llamada episiorrafia) que tuvo que serle realizada el 11 de septiembre de 2012 como parte de la instrumentación urgente del parto que hubo de realizarle vista la rotura prematura de membranas y posterior braquicardia mantenida que se apreció en el feto durante el proceso de inducción (vid. informe reseñado en el Antecedente Cuarto, 2, b).

Es importante delimitar el objeto del análisis porque deben rechazarse ya de entrada el resto de imputaciones efectuadas, incluida la referente a la indebida omisión sobre el consentimiento informado para realizar la episiotomía, ya que el informe de la Inspección Médica, en relación con el del Servicio de Ginecología del HUVA, no deja lugar a dudas en cuanto a la sobrevenida necesidad de instrumentar y acelerar el parto ante la aparición de braquicardia -luego mantenida- en el feto, que justificaban la rápida adopción por los facultativos de las actuaciones propias de tal modo de abordar el parto, entre las que se encuentran, como señalan dichos informes y no es cuestionado por la reclamante, la utilización de ventosa y la episiotomía, de la que, además, y dentro de la urgencia de la situación, se informó oralmente a la parturienta, como indican tales informes y no se niega por la interesada. La episiotomía, como informa la Inspección Médica, estaba, pues, correctamente indicada como medio para evitar un mal mayor (daños en el feto) frente a las posibles y, en algunos casos, inevitables complicaciones de tal actuación (fistulas, fibrosis cicatricial generadora de dispareunia, etc., según dicha Inspección), que la ciencia médica no puede evitar, sin perjuicio, claro está, de que ello no excluye que en su realización se pueda incurrir en probada mala praxis y generar eventualmente consecuencias indemnizatorias.

Cabría añadir lo expresado por el Dictamen nº 142/2009, de la Comisión Jurídica Asesora del País Vasco, en un caso análogo:

*"32. Respecto a la infracción de la lex artis derivada de la ausencia de consentimiento informado para la práctica de la episiotomía, debe señalarse que esta intervención fue adoptada a la vista del desarrollo de la fase expulsiva, dentro de las circunstancias recogidas por las guías médicas en vigor, en una situación de urgencia que le exime de tal requisito, conforme lo dispuesto en el art. 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".*

A partir de todo lo anterior, puede decirse que la imputación de incorrección de la sutura realizada en la episiorrafia la basa la reclamante en varias anotaciones realizadas en su historia clínica en el nivel de Atención Primaria: a) las de la Matrona que la revisó en su Centro de Salud el 17 y el 24 de septiembre de 2012, en las que expresa, en la primera, que la paciente está *"muy molesta"* con los puntos de la episiotomía y ve *"muy inflamada"* la zona; y, en la segunda, que la *"periorrafia está algo rara, parece que tenga una fístula"*; b) la de la Dra. x de dicho Centro del 8 de noviembre de 2012, en que consigna que no puede realizarle una citología por la estrechez del introito vaginal *"a consecuencia de una sutura incorrecta de la episiotomía"*, sin mayor concreción al respecto;

c) la de 13 de diciembre de 2012, del Dr. x, del Centro de Especialidades Médicas "Dr. Quesada Sanz", que reseña una *"sutura de episiotomía muy alta que estenosa demasiado el introito"* y *"un orificio fistuloso perineo que no comunica con recto"*, remitiéndola (al HUVA) *"para corrección quirúrgica"*.

II. Siendo presupuesto necesario imprescindible para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial la cumplida acreditación de daños imputables (inicialmente en meros términos de causa médica, sin analizar en este momento la praxis realizada) a la actuación sanitaria que el reclamante considera errónea, debe destacarse de forma primordial que, frente a lo expresado por la Inspección Médica en el sentido de que la paciente *"en consultas externas de ginecología el 24/06/2013 es correctamente dada de alta tras revisión de normalidad. No aparece en la historia clínica en ÁGORA ninguna consulta por dispareunia ni molestias menstruales desde esa fecha hasta octubre de 2016"*, e incluso ante los términos del informe emitido por la facultativa privada a la que acudió tras la intervención de Pozzi, reseñado en el Antecedente Tercero, la reclamante no ha formulado objeción ni observación alguna, por lo que no puede considerarse acreditada secuela alguna imputable a la actuación médica que se cuestiona.

Quedaría, no obstante, el periodo de incapacidad temporal (impeditiva, vista la dispareunia sufrida durante el mismo) que, en la mera hipótesis planteada por la reclamante, iría desde el 11 de septiembre de 2012 (fecha del parto y en que se le practicó la cuestionada episiotomía), hasta el citado 24 de junio de 2013 (fecha del alta tras la intervención de Pozzi, realizada el anterior 29 de abril).

Sin embargo, la propia reclamante reconoce, a la vista del informe de la Inspección Médica, que la estenosis del introito vaginal es una complicación típica y propia de la episiotomía debido a la posible aparición de fibrosis cicatricial en los tejidos afectados por la misma, originando una *"lesión fibrosa, eritematosa, que sobresale, pruriginosa, retráctil"*, que puede provocar dispareunia, para cuya reparación se indica la mencionada intervención de Pozzi, en cuyo documento de consentimiento informado se expresa, no obstante, que no asegura la eliminación de dicha patología. Y, de hecho, es esencial destacar que en la hoja del protocolo quirúrgico de la intervención de Pozzi que se realizó a la paciente el cirujano advierte, por un lado, la existencia de una fístula vagino-perineal, de la que realiza exéresis y, por otro, la referida fibrosis, de la que realiza su disección *"de manera cuidadosa"* lo que da idea de la entidad de la misma. (Significativamente, el cirujano no consignó en dicho protocolo quirúrgico ninguna anomalía ni necesidad de realizar actuación alguna en relación con la sutura de la episiotomía, lo que hubiera sido lógico que reflejara de haber advertido alguna particularidad al respecto).

No obstante lo anterior, como el informe de la Inspección señala que la aparición de esta fibrosis y la consiguiente estenosis del introito vaginal por tal causa se produce sobre las 4-6 semanas siguientes a la episiotomía, la reclamante sostiene que en este caso la estenosis se empezó a producir inmediatamente después de la realización de la episiotomía, a la vista de las anteriormente transcritas anotaciones en la historia clínica en el nivel de Atención Primaria.

Sin cuestionar ahora tales anotaciones, lo anteriormente expuesto es relevante a los efectos de determinar el periodo de tiempo en que la estrechez del introito vaginal pudiera ser imputada exclusivamente al alegado error en la sutura (sin analizar ahora tal praxis), ya que del lapso de tiempo antes citado habría que tener en cuenta únicamente las 4 primeras semanas tras el parto, pues a partir de la cuarta la fibrosis provocaba asimismo tal estrechez, no siendo esta última patología, ni la intervención de Pozzi reparadora, incluyendo sus resultados, imputable a ninguna mala *praxis* médica, como indica la Inspección. Se estaría, así, pues, en la apuntada hipótesis de mala *praxis*, ante un eventual periodo de incapacidad temporal impeditiva de las primeras 4 semanas tras el parto, pero nada más.



### III. Sobre la indemnizabilidad de tal período deben realizarse dos observaciones:

- En primer lugar, no puede obviarse lo expresado en el informe del Servicio de Ginecología en el sentido de que *"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"* (Antecedente Cuarto), hoja que obra en el folio 267 del expediente, entre las cuales está la siguiente indicación: *"Patrón sexualidad reproducción. No existe momento definido para el reinicio de las relaciones sexuales. Se recomienda reiniciar las relaciones sexuales una vez pasado el puerperio o cuarentena, pero siempre dependerá de la pareja. Es muy probable que en las primeras relaciones sexuales después del parto sienta molestias y sequedad vaginal. Si ha habido episiotomía, debe estar recuperada..."*.

Las anotaciones de la Matrona del 17 y 24 de septiembre de 2012 hacen referencia a la molestia de la paciente con los puntos y la inflamación de la zona, lo que es consustancial con la episiotomía, como señala la Inspección Médica, y le prescribe medicación; y la segunda alude a una posible fístula, que es una complicación posible en estos casos al margen de la corrección de la intervención, como señala la Inspección, por lo que la Matrona decidió ver su evolución y posteriormente valorar la situación. Es decir, la paciente sabía que le habían realizado una episiotomía, por lo que no estaba indicado mantener relaciones sexuales hasta la recuperación de aquélla, y desde la semana siguiente al parto sabía que tenía complicaciones en la zona vaginal, por lo que todavía no debía mantener tales relaciones.

- En cuanto a las observaciones del 8 de noviembre de 2012 de la Dra. x, es cierto que se refiere a una *"sutura incorrecta de la episiotomía"*, pero no concreta en qué consiste tal incorrección.

No obstante, tal incorrección podría consistir, según la posterior anotación del Dr. x del 13 de diciembre de 2012, en que la sutura estaba *"muy alta, que estenosa demasiado el introito"*. Esta es la única anotación concreta sobre la situación de la sutura, y parece que apunta a que afectó no sólo al perineo, sino también a la parte inferior de la vagina, ocasionando así la estrechez del introito. Cuando se recaba posteriormente un informe aclaratorio a este facultativo, no resulta tan concluyente como en aquella anotación, ni aclara nada, pues se limita a decir que su actuación 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"* (Antecedente Cuarto).

En este preciso sentido, y como se apuntó anteriormente, la Inspección destaca que, remitida la paciente al HUVA, el cirujano que realizó la intervención de Pozzi no consignó en su protocolo quirúrgico ninguna anomalía ni necesidad de realizar actuación alguna en relación con la sutura de la episiotomía, lo que hubiera sido lógico que reflejara de haber advertido alguna particularidad al respecto, como la eliminación de una eventual e indebida sutura en la parte de la vagina a que podría haberse referido el anteriormente citado facultativo.

- De todo lo anterior se extrae, en fin, dos conclusiones: a) que existen fundados elementos de duda sobre la corrección o no de la sutura de la episiotomía y sus efectos sobre la paciente; b) que los indeseables efectos que hubiera producido la sutura de la episiotomía durante el primer mes tras el parto en cuanto a las relaciones sexuales de la reclamante estarían dentro del periodo de evolución de tal intervención, en que no se recomienda la práctica de relaciones sexuales plenas precisamente ante las complicaciones que pudieren surgir. En estas condiciones, no puede concluirse que exista un daño indemnizable a la reclamante imputable a la actuación sanitaria pública.

IV. En consecuencia con todo lo anterior, a los efectos resarcitorios pretendidos no puede considerarse acreditada, con la certeza que es jurídicamente necesaria, la existencia de daños indemnizables imputables a los servicios sanitarios públicos, por lo que, conforme con lo expresado en las previas Consideraciones, no puede reconocerse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** A los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional que se pretende, no se acredita la existencia de una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

**SEGUNDA.-** En consecuencia con lo anterior, la propuesta de resolución remitida objeto de consulta, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por los indicados motivos, se dictamina favorablemente, sin perjuicio de la conveniencia de completarla con lo expresado, siquiera en síntesis, en la Consideración Cuarta del presente Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.