

Expediente Núm. 205/2008  
Dictamen Núm. 85/2010

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de marzo de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de octubre de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de noviembre de 2007, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños atribuidos por la interesada a la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

Inicia su escrito relatando que “en fecha 21 de noviembre de 2006” acude como “gestante a término” al hospital, donde da a luz con aplicación de

anestesia epidural y espátulas para la extracción del feto, practicándosele una episiotomía sin que hubiera “firmado consentimiento alguno” al respecto. Añade que “en el informe obstétrico de alta (...), de fecha 24 de noviembre de 2006 (...), consta que se hizo una episiotomía `medio lateral´ y en el apartado datos del puerperio se menciona endurecimiento, tensión y dolor en la zona de episiotomía, precisando curas, sin que se me comunicara ninguna irregularidad en el parto o como consecuencia de la episiotomía realizada”.

Refiere que en los días siguientes al alta médica expulsa heces a través de la episiotomía, “haciéndolo constar a la matrona en la visita domiciliaria efectuada”, y que, con motivo de la detección de “fístula rectal con orificio de salida a nivel de 1/3 inferior de episiotomía”, el Servicio de Tocología solicita consulta al Servicio de Suelo Pélvico, efectuándosele una “eco endoanal y endorectal” el día 16 de febrero de 2007, así como una exploración radiológica el día 23 de marzo de 2007, cuyos resultados consigna. Manifiesta que fue remitida desde el Servicio de Ginecología del hospital que la atendía a un centro sanitario público de otra Comunidad Autónoma con objeto de ser evaluada “en segunda opinión”.

Con base en los informes periciales privados que adjunta, entiende la reclamante que “se ha producido una lesión quirúrgica consistente en dos trayectos fistulosos rectoperineales demostrados y documentados”, quedando claro “el nexo causal entre las lesiones” y las “dos negligencias imputables a la Administración”, que son una “defectuosa sutura de la episiotomía, que atravesó el recto en dos puntos” causando las fístulas, y una “omisión de tacto rectal después de la sutura, que hubiera determinado la defectuosa sutura y hubiera posibilitado su solución”.

Respecto a los perjuicios sufridos, afirma que le han quedado las siguientes “secuelas”: dos fístulas, a las que se les asignan 15 puntos (...) por analogía con el baremo previsto en la Ley 34/03 (...), que deben entenderse consolidadas, toda vez que, aunque cabe la posibilidad de corrección (...) a través de cirugía, ésta conlleva un alto riesgo de recidiva y puede ocasionar un

empeoramiento del cuadro que puede llevar a la paciente a una incontinencia total"; un síndrome posconmocional psiquiátrico (...), manifestado por dispareunia (...), asignándole 50 puntos", y un "trastorno depresivo reactivo, asignándole 10 puntos". Entiende la reclamante que, asimismo, "es de considerar el riesgo de infección del recién nacido en futuras gestaciones, por lo que se desaconseja una nueva gestación y un parto por vía vaginal".

Concluye que todo ello le ha ocasionado "un sufrimiento injustificado e innecesario", a la vez que la incapacita "para el desarrollo de una vida social normal" y que, "a mayor abundamiento, a fecha de hoy, casi un año después, aún no se ha ofrecido solución alguna" por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), a pesar de que desde febrero de 2007 se confirmó la existencia de fístulas y lesiones en los esfínteres".

Por los perjuicios sufridos solicita una indemnización de doscientos cincuenta y ocho mil ciento ochenta y un euros con doce céntimos (258.181,12 €), que desglosa en los siguientes conceptos: puntos por secuelas, 331 días de baja, gastos de especialistas y daños morales, todo ello "sin perjuicio de las cantidades que se puedan incrementar tras la aparición de nuevas secuelas psicológicas pendientes de valoración". En la partida relativa a "gastos de especialistas", por importe de 1.935,20 euros, se incluye el precio de las consultas médicas privadas y de los informes periciales que adjunta a la reclamación, así como el relativo al alojamiento en una ciudad de otra Comunidad Autónoma a la que se desplaza, según señala, con motivo de la consulta en un centro hospitalario público al que es remitida desde el Sespa para valoración.

Finalmente, solicita que se admitan como prueba los documentos que acompaña, entre otros, los siguientes: a) Hoja de visita domiciliaria al recién nacido y puérpera, en la que anota la matrona, el día 30 de noviembre de 2006, que la madre presenta "dehiscencia" de la episiotomía y que el día 12 de diciembre le manifiesta que "expulsa heces por vagina ¿fístula?", indicándose a continuación "la derivó por Urgencias (al hospital que la había atendido en el

parto), no quiere ir, le digo que si no vaya al M. cabecera”, y, en un apunte posterior, del que no consta fecha, “la llamo si fue por Urgencias, me dice que no, que va a llamar para que la vea la (...) -toco privado-”. b) Hoja de consulta médica que el Servicio de Tocología solicita al de Suelo Pélvico, con carácter preferente, el día 26 de diciembre de 2006, tras haber detectado a la exploración una “fístula rectal con orificio de salida a nivel de 1/3 inferior de episiotomía”. c) Informe de la ecografía endoanal y endorectal practicada el día 16 de febrero de 2007, en el que se lee que el esfínter anal externo (EAE) en “la parte más baja es normal”. En tercio medio el esfínter anal interno (EAI) “presenta una pérdida de continuidad de unos 115°, observando una alteración ecogénica (sutura?) en el EAE de igual amplitud en el mismo cuadrante anterior derecho, pero con mayor afectación en la parte más alta de esta zona media, donde el EAE presenta una falta de continuidad de unos 74°. En la parte más alta se observa como la rama derecha del PB se encuentra afectada y el EAI en la misma medida que en el resto del canal. Trayectos fistulosos: con la introducción de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> por el orificio que drena en estos momentos se observa como llega al canal anal en cuadrante anterior derecho entre 4 y 5 en GP, por tanto se trataría de una fístula transesfinteriana. No puedo asegurar un trayecto superior entre recto y pared posterior de vagina lateralizada a la derecha y en íntimo contacto, por lo que podría tratarse de un recorrido rectovaginal comunicado con el anteriormente descrito. Por tanto, sospecha de fístula compleja con un trayecto confirmado a ano (parte media del canal anal) y otro superior a valorar si comunicado con vagina, que es lo más probable (no confirmado)”. d) Informe de RMN perineal, realizada el día 23 de marzo de 2007, en el que consta que “de la parte anterolateral derecha en la región interesfinteriana del ano nacen dos trayectos fistulosos, uno que acaba en fondo de saco ciego en la grasa celular subcutánea del surco interglúteo del mismo lado y otro que se dirige craneal y ligeramente hacia atrás, hasta la base de la ampolla rectal de este lado, sin que se pueda apreciar si tiene comunicación con el interior de la misma o no”. e) Informe suscrito por un

facultativo del Servicio de Ginecología el día 25 de junio de 2007, en el que se consigna que "con fecha 24-01-07 muestra la siguiente exploración: en la cicatriz de la episiotomía se aprecian dos orificios fistulosos. El superior no parece comunicar con recto en este momento, aunque la paciente refiere expulsión de material fecaloideo por el mismo. Por el inferior, situado más distalmente, apreciamos la expulsión de material fecaloide y mediante la introducción de un estilete comprobamos su comunicación con la luz rectal a unos 3 cm del margen anal, pareciendo interesar en su trayecto el esfínter anal externo./ En posteriores visitas hemos podido constatar el cierre de los orificios fistulosos y su intermitencia en el débito tras episodios de cierre en falso y posterior apertura./ Se realiza ecografía endoanal y RMN, cuyos informes adjuntamos./ Rogamos valoración por vuestra parte". f) Informes periciales privados emitidos por un especialista en Obstetricia y Ginecología, uno del día 18 de octubre de 2007 y otro en el que no se indica fecha. En el primero se señala que la paciente "presenta dos trayectos fistulosos rectoperineales, uno de ellos transesfinteriano", que "con total seguridad son secundarios a la sutura de episiotomía que inadvertidamente atravesó en dos puntos el recto" y que, "a pesar de atravesar uno de ellos el esfínter externo del ano es susceptible de curación por cirugía". En el segundo expone que, "además de dos trayectos fistulosos rectoperineales demostrados y documentados, la ecografía endoanal confirma que la paciente sufrió durante el parto un desgarro o corte? extenso del EAI (...) en su tercio medio, con una pérdida de continuidad de 115° y un desgarro o corte? en el EAE (...) en la parte más alta del tercio medio con una pérdida de continuidad de 74° (...). En el informe del parto no consta que hubiera desgarros perineales, en consecuencia debieron pasar desapercibidos para el médico o matrona que asistió el parto y realizó y suturó la episiotomía, pues, aunque en (la) eco endoanal aparece un probable hilo de sutura situado en la zona del EAI, ésta confirmó la persistencia de solución de continuidad entre ambos esfínteres". Entiende que "en la etiopatogenia de las fístulas que comunican el recto con el periné, y que aparecen después de un parto (...),

hemos de considerar: (...) La lesión inadvertida, directa de los esfínteres y/o recto puede producirse al efectuar el corte con tijera para realizar la episiotomía medio lateral o por desgarró al aplicar inadecuadamente un instrumento obstétrico (fórceps, espátulas). La parte más baja del esfínter externo puede permanecer intacta y lesionarse sólo la parte media y alta de ambos esfínteres (...). La infección y supuración de la herida de episiotomía, con formación de un absceso sin posibilidad inicial de drenaje hacia la piel y que afecta por continuidad la pared rectal (...). La inclusión de la pared rectal en algunos de los puntos de sutura de la herida de episiotomía (lo más probable en este caso). La infección posterior crea la fístula actuando el hilo de sutura como elemento formador del conducto fistuloso". Seguidamente afirma que "el porcentaje de curación espontánea de las fístulas rectovaginales es muy bajo, por no decir excepcional. Al estar el trayecto infectado cierran repetidamente en falso y no curan. Hay que extirpar íntegramente el trayecto fistuloso para obtener la curación definitiva". Respecto a la ausencia de firma del consentimiento informado para la práctica de la episiotomía, precisa el mismo informe que "teóricamente el consentimiento para una episiotomía, así como para la aplicación de un instrumento obstétrico, debería plasmarse en el contexto de la asistencia al parto./ En la práctica habitual de la Obstetricia no se hace, ni tampoco lo mencionan los protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)". Por lo que se refiere al "claro establecimiento del nexo causal entre la mala praxis en la sutura de la episiotomía y las fístulas que padece la paciente", es decir, "si la sutura se hizo de forma correcta o si por el contrario, y como parece ser, se hizo de forma incorrecta y en qué sentido fue incorrecta", considera que "en nuestra experiencia profesional hemos vivido casos de fístulas rectoperineales y rectovaginales cuya causa fue la errónea penetración de la sutura de episiotomía en el recto./ En el caso de esta paciente estamos convencidos de que ésta fue la causa". En cuanto a los cuidados posoperatorios, el perito afirma que "los estudios diagnósticos que secuencialmente se realizaron fueron

correctos” y estima que “un simple tacto rectal, que es obligado después de suturar una episiotomía, hubiera bastado para diagnosticar y solucionar en ese momento esta complicación”. Sobre la posibilidad de corrección quirúrgica de las fístulas que presenta la reclamante y las garantías de éxito de la intervención, sostiene que “en medicina no puede hablarse nunca de garantía (...). La cirugía es correctora y se orienta a la eliminación total de las fístulas y al mismo tiempo conseguir la reparación de los esfínteres lesionados. La intervención es compleja, al afectar los trayectos fistulosos los esfínteres. Aun en las manos más expertas puede producirse una recidiva y requerir una nueva intervención. Sin embargo, el porcentaje de curación es alto, aunque no del 100%./ Si la reparación es óptima no debería dejar secuelas anatómicas ni funcionales”. Finalmente, considera que “no sería aconsejable una nueva gestación y un parto por vía vaginal hasta no haber solucionado el problema de las fístulas (riesgo de infección del recién nacido)”. g) Informe privado elaborado por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal el día 9 de noviembre de 2007. En él se señala, respecto al “tiempo de curación de lesiones”, que “es difícil fijar un tiempo de curación (...), por un lado la lesión es susceptible de un tratamiento (...), puede valer la cirugía, pero (...) por lo que se indica tiene mucho riesgo, ya que podría empeorar el cuadro. Además, la lesionada está pendiente de un tratamiento psicológico y (...) desconozco totalmente la duración que va a tener dicho tratamiento. En principio, el tiempo de curación irá desde el parto hasta la fecha en que tras exploración de ginecólogo renuncia a operación, al conocer los riesgos (...). Esa fecha es el 18-10-07. Son 331 días no impeditivos”. Entiende que las fístulas han de considerarse secuelas a las que corresponde una valoración de 15 puntos, a los que “habría que sumar los que le correspondan si restan secuelas psíquicas al final del tratamiento”. h) Facturas relativas a los gastos de alojamiento, revisiones y elaboración de informes periciales por especialistas privados.

2. Con fecha 11 de diciembre de 2007, el Gerente del hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la reclamante, y da traslado a la correduría de seguros de la reclamación formulada.

Obran en la historia clínica, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de partograma, en la que consta en el apartado relativo a “desgarros: no”, y en el de “epi/lapar”, el día 24 de noviembre de 2006, “endurecimiento y tensión ligera. Dolor. Propongo posponer alta, pero prefiere irse a casa. Explico curas. Si dolor que no ceda, acudir a Urgencias”. c) Hoja de enfermería al alta, en la que se consigna, en el apartado de incidencias, “ninguna”. d) Hoja de enfermera/o, en la que consta el día 24 de noviembre de 2006, a las 8:30 horas, “episiotomía (...) y dolorosa al tacto”. e) Hoja de observaciones del curso clínico en el Servicio de Obstetricia, en la que figura, el día 2 de enero de 2007, “revisión posparto (...). Refiere que le salían heces por episiotomía (ahora `ya casi no`)./ Expl. episio. con 2 ptos. enrojecidos. No se evidencia comunicación recto-vag. al tacto rectal”, y, el 13 de febrero, que “no acude”. f) Hoja de consulta al Servicio de Suelo Pélvico, en la que se indica el 19 de abril de 2007, “clínicamente en este momento está mucho mejor. Considera subjetivamente que el débito de la fístula ha disminuido mucho (de 100 a 20)./ Los dos orificios (...) están cerrados, sin aspecto inflamatorio y por tacto rectal se aprecia una ligera zona sobreelevada y muy dura, pero no abierta a ampolla rectal./ Veo en 2 meses”. g) Informe suscrito el día 13 de noviembre de 2007 por un facultativo de la Unidad de Coloproctología de un hospital público de otra Comunidad Autónoma, en el que consta el diagnóstico de “fístula transesfinteriana media-alta, radial a las 4-5 h en g.p. con pequeña cavidad abscesificada subcutánea”. El informe va acompañado de un escrito que, en la misma fecha, dirige aquél a un doctor del hospital que atendió el parto, en el que expone que “creemos que el tratamiento correcto sería practicar una fistulectomía (core out) y un colgajo de avance mucoso rectal. Nos ponemos a

tu disposición". h) Informe de colonoscopia, practicada el día 5 de diciembre de 2007, en el que se señala como diagnóstico "orificio fistuloso rectal".

3. Mediante escrito de 17 de diciembre de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del hospital en el que se le prestó asistencia a la interesada una copia de su historia clínica, así como un informe actualizado del Servicio de Ginecología.

4. Con fecha 18 de diciembre de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada que su reclamación ha sido recibida en el referido Servicio "con fecha 3-12-2007", las normas del procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 15 de enero de 2008, el Gerente del hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del informe del Servicio de Tología, sin fecha, suscrito por el Jefe del Servicio y dos facultativos. En él se consignan los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente -"4 abortos y una cesárea en el 2004, con feto muerto por nudo verdadero"- y se refiere que el día 21 de noviembre de 2006, "tras una hora de expulsivo, y debido a su mala historia obstétrica y antecedentes de cesárea anterior, se decide terminación del parto mediante espátulas en III-IV plano. Se realiza episiotomía medio-lateral, que se sutura según técnica habitual, tras procederse a la revisión del canal del parto, no evidenciándose ningún desgarro. Siempre por sistema, al finalizar se realiza tacto vaginal y rectal para comprobar la integridad de dichas paredes (...). El 24-11-06 la paciente recibe el alta, apreciándose enrojecimiento, tensión y dolor en la episiotomía, por lo que se propone posponer alta, pero prefiere irse a casa./ En el informe de alta consta cura local de puntos como se le indicó a la paciente./ El 2-1-07 en revisión posparto la paciente refiere que emite heces por episiotomía. En la

exploración: episiotomía con dos puntos enrojecidos, no se evidencia comunicación recto-vagina (...). Ante nueva consulta (...) por persistencia de sintomatología, la paciente es vista en Unidad de Suelo Pélvico el 24-1-07. En la exploración se aprecian dos trayectos fistulosos que no parecen comunicar con el recto, pero ante la proximidad del esfínter externo anal se piden: eco endo-anal y RMN. Ambas pruebas se realizan el 16-2-07 y el 23-2-07, donde se confirma la existencia de dos trayectos fistulosos./ En revisiones posteriores la paciente está clínicamente mucho mejor, con una disminución importante del débito./ En junio de 2007 se envía informe de la paciente a (un hospital público de otra Comunidad Autónoma), que es uno de los servicios pioneros y más cualificados para la resolución de esta patología./ El 13-11-07, en (el citado hospital) la paciente realiza eco endo-anal 2D y 3D, donde se observa un trayecto fistuloso transesfinteriano prácticamente radial a las 4-5 h enf-p con imagen de OFI en el límite entre 1/3 medio y superior del canal anal”.

Se concluye que “los trayectos fistulosos recto-vaginales se pueden producir por varios motivos, pero en este caso la opción más probable es que haya sido la infección y la supuración de la herida (como se evidenció al alta), con formación de absceso sin posibilidad inicial de drenaje y hacia la piel y que afecta por continuidad a la pared rectal”, y añade que “en algunos casos estos trayectos fistulosos se cierran espontáneamente y puesto que el débito había disminuido progresivamente se decide tomar una conducta expectante”. Finaliza afirmando que “la paciente es candidata a tratamiento quirúrgico”, que suele tener “buenos resultados estéticos y funcionales”.

**6.** Con fecha 30 de enero de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y manifiesta, a propósito de los desgarros perineales, como el que sufrió la paciente en el parto, que su diagnóstico “requiere una exploración minuciosa del canal blando del parto por inspección y palpación”, si bien “muchas veces, pese a la cuidadosa exploración (...), debido a la dilatación de sus estructuras

por el trauma del parto, los desgarros pueden pasar desapercibidos; situación que puede verse favorecida por la falta de tonicidad del sistema esfinteriano provocado por la aplicación de anestesia epidural". Respecto al tratamiento de estas lesiones, señala que "consiste en la reparación quirúrgica de los mismos, siendo de escasa dificultad la de los de grado I y II. En los de grado III y IV, en los que está implicado el sistema esfinteriano, la reparación del esfínter debe realizarse de manera cuidadosa, identificando sus extremos, que muchas veces pueden estar retraídos".

Finalmente, respecto de la fístula, concluye que, aun cuando "no cabe duda de que guarda relación con el parto (...), la actuación de los profesionales intervinientes ha sido correcta, realizando las exploraciones pertinentes del canal del parto y el tacto rectal. Se trata de una lesión que puede haber pasado desapercibida y tan sólo fue diagnosticada cuando semanas después comenzó la expulsión de heces por vía vaginal. No se procedió a una corrección quirúrgica inmediata al adoptarse una conducta expectante, dado el elevado porcentaje de cierres espontáneos". Por ello, estima que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*" y que debe desestimarse la reclamación.

**7.** Mediante escrito de 31 de enero de 2008, se remite copia del expediente de responsabilidad patrimonial a la correduría de seguros.

**8.** Con fecha 18 de marzo de 2008, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que modifica la valoración efectuada en su día, "en el sentido de añadir a la misma una nueva secuela consistente en trastorno depresivo reactivo". No obstante, la cantidad reclamada, en la que se incluyen 15 puntos de secuela por las fístulas, 8 puntos en concepto de trastorno depresivo reactivo, 331 días no improductivos, gastos de especialistas y daños morales, es menor que la determinada en el escrito de

reclamación, y queda fijada en ciento setenta y un mil ciento siete euros con treinta y dos céntimos (171.107,32 €).

Adjunta copia de un informe clínico emitido por una especialista en Psiquiatría de un centro público de salud mental, fechado el 17 de diciembre de 2007, en el que figura que después de las “complicaciones tras el parto (episiotomía), que se complica con fistula (ano-vaginal), se siente triste, irritable, con apatía, desinterés, aislamiento social, anhedonia, mala calidad del sueño, astenia, anorexia. Es diagnosticada de trastorno adaptativo, reacción mixta de ansiedad y depresión (...) a la espera de evolución”. Acompaña también copia de un informe privado elaborado por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal el día 24 de enero de 2008.

**9.** Mediante escrito de 3 de abril de 2008, se remite copia de esta nueva documentación a la correduría de seguros.

**10.** Con fecha 5 de mayo de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología, en el que manifiestan que “ni en la práctica habitual ni en los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se contempla la obligatoriedad de solicitar el consentimiento de la paciente para realizarla (la episiotomía). Se considera una actuación urgente que, si es necesaria, se puede realizar sin dicho documento, sin que esto sea punible”, y que “la necesidad de realizar la episiotomía es mayor en las paciente primíparas y en los partos instrumentales, circunstancias ambas presentes en nuestro caso”. Por lo que se refiere al desgarro de tercer grado sufrido por la reclamante en el parto, sostienen que “los desgarros de tercer o cuarto grado son identificados clínicamente al momento del parto vaginal en el 0,6% al 9% de las pacientes. No obstante, la verdadera incidencia de la lesión es probablemente cercana al 11%, como se ha reportado usando ecografía endoanal en tres dimensiones. Otros estudios hablan de porcentajes aún

mayores, hasta de 1/3, sobre todo en primíparas, de desgarros que pasan inadvertidos en el parto. Vemos pues que, dependiendo de la altura a la que se sitúe el desgarro, éste puede pasar desapercibido, sin que por ello podamos hablar de negligencia. Si leemos el informe de la ecografía endoanal (...), el desgarro del esfínter está en la porción media y alta, estando la inferior conservada”.

En cuanto a la causa de formación de las fístulas, afirman que “estamos en desacuerdo con atribuir de forma incuestionable la formación de la fístula a la existencia de puntos transfixivos entre el periné y la mucosa rectal. Por supuesto que si esto hubiera sido cierto, al hacer el tacto rectal preceptivo tras la episiorrafía se podían haber diagnosticado y procedido a su retirada. Según los ginecólogos que atendieron el parto, se realizó dicho tacto y no se palparon suturas. No tenemos razón para dudar de la veracidad de ese testimonio, porque la formación de la fístula pudo deberse a cualquiera de las otras dos posibles etiologías: la lesión directa de la mucosa rectal o del esfínter, que pasaran inadvertidas, o al proceso infeccioso que provocó también la dehiscencia de la sutura de la episiotomía. Si bien cualquiera de las tres posibilidades puede ser cierta, no podemos establecer con seguridad cuál de ellas fue la causante de las fístulas”.

Respecto a la demora en el tratamiento de las fístulas, manifiestan que “sólo podemos justificarla por el hecho de que como la paciente en varias ocasiones refirió una mejoría en la clínica, con disminución de la cantidad de material que drenaba, se optara por una conducta expectante en espera del cierre espontáneo de la fístula”, aunque, “esto a veces, como en el presente caso, sólo consigue demorar la resolución del proceso y, dado que las fístulas de origen obstétrico afectan a tejidos sanos (...), su reparación está indicada en cuanto se diagnostican y se conoce su trayecto”. Añaden que, no obstante, “las pruebas complementarias realizadas (...) fueron las indicadas y consideramos también loable que se solicitara la opinión de expertos de otros hospitales con reconocido prestigio en la patología presente. Es en el informe

emitido por dicho centro de referencia donde por primera vez se contempla la necesidad de cirugía reparadora y el tipo de intervención a realizar. Como la reclamación está interpuesta 6 días después de dicho dictamen, no sabemos si a partir del mismo se planificó la intervención propuesta y ésta ha sido ya realizada”.

En relación con las secuelas, estiman que son “muy importantes” pero “probablemente sean transitorias, pues, como hemos confirmado con publicaciones científicas y como el mismo perito (...) reconoce, la reparación quirúrgica es una solución definitiva entre el 88-100% de los casos, al tratarse de tejidos sanos y pacientes jóvenes. Ello conseguirá que la paciente vuelva a tener una vida familiar y personal como antes del parto”.

Sobre la incapacidad para tener más hijos, “no hallamos válidos los argumentos esgrimidos en su contra. Es lógico que se desaconseje un embarazo hasta que la paciente solucione el problema que le preocupa actualmente. Pero no se desaconseja por el riesgo de infección del feto: incluso persistiendo la fístula en el caso de un parto, la salida de heces es hacia el periné completamente externa, por lo que sería una situación similar a la que ocurre en el parto normal si no se ha aplicado un enema evacuador, y está comprobado que en ese caso no se aumenta la morbilidad infecciosa”.

**11.** Con fecha 18 de julio de 2008, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

**12.** Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, el día 4 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “la actuación de los profesionales intervinientes ha sido correcta, realizando las exploraciones pertinentes del canal del parto y el tacto rectal. Se trata de una lesión que puede haber pasado

desapercibida y tan sólo fue diagnosticada cuando semanas después comenzó la expulsión de heces (...). No se procedió a una corrección quirúrgica inmediata al adoptarse una conducta expectante, dado el elevado porcentaje de cierres espontáneos. No es admisible atribuir de forma incuestionable la formación de la fistula a la existencia de puntos transfixivos entre el periné y la mucosa rectal. Por supuesto que si esto hubiera sido cierto, al hacer el tacto rectal preceptivo tras la episiorrafía, se podían haber diagnosticado y procedido a su retirada. Según los ginecólogos que atendieron el parto, se realizó dicho tacto y no se palparon suturas, no habiendo motivo para dudar de la veracidad de este testimonio, y la formación de la fistula pudo deberse a cualquiera de las otras dos posibles etiologías: la lesión directa de la mucosa rectal o del esfínter, que pasaran inadvertidas, o al proceso infeccioso que provocó también la dehiscencia de la sutura de la episiotomía”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de octubre de 2008, registrado de entrada el día 8 de ese mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del

Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone 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 efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 21 de noviembre de 2007, y puesto que en esa fecha la curación -aunque posible, como coinciden en señalar todos los documentos e informes obrantes en el expediente, incluso las pericias de parte- aún no se había producido, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en

virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, hemos de señalar que la comunicación remitida a la interesada, a efectos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, incurre en error respecto a la indicación de la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, pues la que se especifica como tal -3 de diciembre de 2007- figura en una anotación manual carente de toda apariencia de diligencia de registro. De conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación, registro que debe estar legalmente constituido, y no consta que en el repetido Servicio instructor radique uno con tal carácter.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria que se le prestó en un hospital público con ocasión de un parto.

Obran en el expediente diversos informes de la sanidad pública en los que consta el diagnóstico a la perjudicada de una fístula transesfinteriana y desgarros tras un parto con episiotomía el día 21 de noviembre de 2006, así como el de trastorno adaptativo, reacción mixta de ansiedad y depresión. Además, la interesada aporta facturas relativas a gastos de alojamiento, varias consultas e informes médicos.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquéllos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización solicita.

En el asunto que analizamos, la perjudicada considera que hubo dos negligencias en la asistencia sanitaria que recibió con ocasión del parto: una defectuosa sutura de la episiotomía y una omisión de tacto rectal después de la sutura. Igualmente, reprocha demora en la solución de la fistula.

La reclamante no objeta la pertinencia de la episiotomía, que el informe suscrito por cuatro especialistas en Ginecología y Obstetricia califica de necesaria, por ser la paciente primípara y el parto instrumental. Ahora bien, en relación con su posterior sutura y la comprobación ulterior de ésta como factores causales de los daños alegados, la interesada aporta dos informes periciales realizados por un especialista en Obstetricia y Ginecología. En uno de ellos, el perito afirma, "con total seguridad", que los trayectos fistulosos son secundarios a la sutura de episiotomía que inadvertidamente atravesó en dos puntos el recto. En el segundo -más elaborado- establece como "lo más probable" el paso inadvertido de dos puntos de sutura al recto, pero reconoce

otras posibles causas de las fístulas. Sostiene esta consideración de mayor probabilidad en su propia experiencia, sin exponer los conocimientos extraídos de la misma que, aplicados al caso, le permiten llegar a dicha conclusión. Se trata, por tanto, de una afirmación que pretende presentarse como una suerte de “máxima de experiencia” objetiva, pero que en realidad constituye una afirmación subjetiva, ya que el informante no explicita las razones que le permiten asociar los datos o indicios que observa en el caso concreto con el hecho que pretende probar. En cuanto a la comprobación del estado de la sutura, el perito privado asegura que un simple tacto rectal, que es obligado después de suturar una episiotomía, hubiera bastado para diagnosticar y solucionar en este momento la complicación.

Frente a estas hipótesis, el Servicio de Tocología que atendió a la reclamante, en un informe suscrito por los facultativos que la asistieron en el parto, señala como causa más probable de la fístula la infección y la supuración de la herida que se evidenció al alta. Y explica que, en estos casos, se forma un absceso sin posibilidad inicial de drenaje y hacia la piel que afecta por continuidad a la pared rectal. Además, el Servicio hace constar que “siempre por sistema, al finalizar (la sutura de la episiotomía) se realiza tacto vaginal y rectal para comprobar la integridad de dichas paredes”.

El informe suscrito por cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología que se incorpora al expediente mantiene que no se puede establecer con seguridad cuál fue la causa de la fístula, rechaza que quepa atribuir de forma incuestionable la formación de la fístula a la existencia de puntos transfixivos entre el periné y la mucosa rectal, y justifica la posibilidad de que se debiera a la lesión directa de la mucosa rectal o del esfínter, que pasaron inadvertidas, o al proceso infeccioso que provocó también la dehiscencia de la sutura de la episiotomía.

Por otra parte, no resulta posible concluir que la falta de detección en el parto de desgarros perineales en III grado, posteriormente diagnosticados, a la que hace referencia el informe pericial aportado por la interesada, evidencie la

omisión de exploración tras el parto o negligencia en su práctica. En efecto, el informe técnico de evaluación señala que pueden pasar desapercibidos, a pesar de una cuidadosa exploración del canal del parto, debido a la dilatación de sus estructuras por el trauma del parto; situación que puede verse favorecida por la falta de tonicidad del sistema esfinteriano por la aplicación de la anestesia epidural. El informe colegiado apunta también a la localización del desgarro -en la porción media y alta del canal del parto- como dato que justifica su no detección e impide apreciar negligencia.

El informe técnico de evaluación avala la actuación de los médicos en el caso, pues, aunque realizaron las exploraciones pertinentes del canal del parto y el tacto rectal, “se trata de una lesión que puede haber pasado desapercibida y tan sólo fue diagnosticada cuando, semanas después, comenzó la expulsión de heces por vía vaginal”, tras la práctica de unos estudios diagnósticos que el informe pericial elaborado a petición de la reclamante reconoce que fueron correctos.

Por lo que se refiere al reproche de demora en la solución de la fístula que también formula la interesada, constan en el expediente periodos de mejoría, incluso reconocidos por ella en las consultas de los días 2 de enero y 19 de abril de 2007. Según informa el Servicio de Tocología, se decidió tomar una conducta expectante porque el débito había disminuido progresivamente y en algunos casos estos trayectos fistulosos cierran espontáneamente. No obstante, este Consejo considera que la actitud inicial de la perjudicada pudo haber contribuido a la demora terapéutica que ahora denuncia, toda vez que en la “hoja de visita domiciliaria” de la matrona -aportada por la reclamante junto con su reclamación- se refiere la sospecha de una fístula el día 12 de diciembre de 2006, reflejando la negativa de la paciente a acudir a los servicios de urgencia o a su médico de cabecera, y que, según se hace constar en una anotación posterior, correspondiente a una llamada telefónica, la paciente manifiesta a la matrona que finalmente no acudió a aquellos servicios

asistenciales y que tiene intención de pedir una cita con una especialista privada.

Por todo ello, y a la vista de la documentación incorporada al expediente, no podemos estimar probado que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante haya infringido la *lex artis ad hoc*.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.