

En Logroño, a 14 de julio de 2021, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. Pedro María Prusén de Blas y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José María Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

31/21

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Portavocía del Gobierno de La Rioja, sobre la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> E.N.G. por los daños y perjuicios que entiende causados por las secuelas que presenta tras las lesiones que sufrió en el parto de su primer hijo; y que valora en 208.337,73 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

1. El 2 de abril de 2020, tiene su entrada en la Secretaría General Técnica (SGT) de la Consejería actuante (de Salud y Portavocía del Gobierno) un escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, fechado el 31 de marzo de ese mismo año. De su contenido y del resto de documentos del expediente, se desprende el siguiente relato de hechos (son nuestras, para facilitar la lectura, las negritas, las palabras en letra no cursiva y la división en párrafos):

*-(La paciente) acude al Complejo Hospitalario San Millán San Pedro (HSP) el día **29 de enero de 2018**, siendo atendida en el triaje (del Servicio) de Urgencias a las 13:19 h, con síntomas de inicio de parto a término sin complicaciones. Contaba en ese momento con 33 años, era primípara y no presentaba antecedentes médicos de interés, salvo una intervención quirúrgica en un dedo de la mano derecha. Se trataba de una gestación controlada normo-evolutiva y normo-tolerada, según consta en la historia de su atención, con una estática fetal encefálica.*

*-Ingresa con 39 semanas y 4 días de gestación, produciéndose el parto de forma espontánea (amniorrexis, liquido amniótico claro) el día **30 de enero de 2018**, pasando la paciente al paritorio cuando el feto se encuentra en el III plano de Hodge. La presentación fetal era occipito-ilíaca anterior derecha (OIAD). Se realiza episiotomía medio-lateral derecha (EMLD), sin que se aclare en*

la historia si la causa que motivó dicho procedimiento y, además, se utilizan fórceps tipo Kjilland (parto instrumental) en la última fase, con el objeto de abreviar el periodo expulsivo.

-El nacimiento se produce a las 14:32, un recién nacido, de sexo femenino, de 2690 gramos de peso y con excelente vitalidad (Apgar 1':9, Apgar 5':10). El alumbramiento se produce de forma espontánea, con membranas íntegras.

-Al revisar el canal del parto, el personal sanitario aprecia la existencia de un desgarro en la zona media de la EMLD, con un 'ojal' en la mucosa rectal, lo que catalogan como desgarro de grado IV, se administra antibiótico endovenoso (ceftriaxona 1 gr, protocolo desgarro obstétrico) y se procede a repararlo mediante sutura de la mucosa rectal a puntos sueltos, sutura tipo overlap en el esfínter anal extremo, encontrando el esfínter anal interno íntegro; posteriormente, se cierra la EMLD por capas.

-La evolución tras el parto es normal, siendo dada de alta el día **1 de febrero de 2018**, con analgesia, hierro oral, yodo oral, antibiótico oral (metronidazol) y laxante (Duphalac) y los cuidados habituales de la episiotomía. Se la cita con su Matrona y en la Consulta (del Servicio) de Ginecología.

-El día 3 de febrero de 2018, 48 horas después del alta, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HSP por dolor, que se ha intensificado en las últimas horas, y supuración a nivel de la herida de la episiotomía. La paciente está tomando correctamente los antibióticos prescritos al alta.

-Es atendida, en (el Servicio de) Urgencias obstétrico-ginecológicas, por la Dra. F.L., que aprecia, a nivel de herida de la episiotomía, la salida de 'material acocholado y pus', además de manchado de heces en la propia herida; se encuentra 'induración en la parte lateral derecha de la episiotomía con bordes no necróticos'. Se toma una muestra para cultivo y se realiza tacto bimanual, sin apreciar datos de hematoma ni absceso. Posteriormente 'se retira punto de zona inferior de EMLD, con salida de material que impresiona de heces'. Se completa la exploración con una ecografía, en la que se observa útero puerperal normal. Se solicita analítica preoperatoria con PCR (proteína C reactiva), en la que se observa únicamente anemia y elevación de dicha proteína (15,0 mg/l).

-Con el diagnóstico de 'infección de herida de EMLD, con sospecha de comunicación recto-vaginal', la paciente ingresa en el HSP para tratamiento antibiótico intra-venoso y revisión de la herida en quirófano. Se entrega (el documento de) consentimiento informado de anestesia y de revisión de herida quirúrgica.

-La revisión quirúrgica tiene lugar, el día **4 de febrero de 2018**, en quirófano, bajo anestesia regional, de forma urgente y por parte de dos equipos quirúrgicos (de los Servicios) de Ginecología y Cirugía General.

-El protocolo redactado por (el Servicio de) Ginecología recoge los hallazgos con 'desgarro de mucosa rectal con salida de heces a periné'; como procedimiento, se puede leer: 'asepsia y colocación de campos quirúrgicos; sondaje evacuador; apertura de puntos de EMLD; visualización de fistula recto-perineal, por lo que se solicita la colaboración (al Servicio de) Cirugía General, quienes reparan la mucosa rectal anterior con puntos sueltos; se deja Penrose en zona inferior de la herida; piel con puntos sueltos'.

-Por parte (del Servicio de) Cirugía General, los hallazgos son: 'apertura de cara anterior rectal desde margen anal hasta unos 5-6 cm proximales; esfínteromía incompleta de aparato esfínteriano

externo'; como procedimiento quirúrgico, se realiza 'cierre de pared rectal anterior y esfínteroplastia en vicryl'; consta, como diagnóstico postoperatorio, 'apertura de cara anterior rectal'.

-No hay datos de la evolución hospitalaria de la paciente desde esta cirugía hasta el día **14 de febrero de 2018**, cuando la paciente pasa a cargo del Servicio de Cirugía General, previsiblemente desde (el Servicio de) Ginecología y Obstetricia. Como digo, el día 14, se hace constar en la evolución médica: 'buena tolerancia; no hace deposición; sí tránsito para gases; herida, bien, sin manchado purulento ni entérico...'. Por parte (del Servicio) de Enfermería, se puede leer: 'visualizado zona de la fistula; no manchado purulento; restos de fibrina en gasas'.

-El día **15 de febrero**, sigue sin hacer deposición abundante, de consistencia dura y con algo de sangre. Esa misma noche, la paciente avisa (al Servicio de) Enfermería porque 'comienza a manchar contenido aparentemente fecal', situación que se hace constar telefónicamente como 'dentro de lo normal' y que, al parecer, ya se había comentado con la paciente durante ese día. La Enfermera anota que 'durante la noche, mancha dos compresas, contenido fecal escaso'.

-Al día siguiente, **16 de febrero**, según consta en la evolución médica, 'drenado de restos entéricos por vagina y antiguo orificio de drenaje'; por lo que, 'dada la mala evolución, se decide colostomía'; y se programa para el día 19 de febrero.

-Durante los días previos a la intervención, se sigue constatando la presencia de una comunicación entre la vagina y el recto; se obtiene el preceptivo consentimiento informado y se realiza preoperatorio.

-Durante la intervención para crear una colostomía lateral sobre barra en el sigma, se explora el recto, objetivando 'mínima dehiscencia de cara anterior rectal'. La evolución post-operatoria se complica con obstrucción del colon a nivel de la colostomía, que se comprueba mediante la realización de una tomografía axial computerizada (TAC), de forma urgente, tras lo que se coloca una sonda de Cliquet, a través de la colostomía; gesto que soluciona la obstrucción.

-Posteriormente, la evolución es correcta, con restablecimiento de la función intestinal, aprendizaje del funcionamiento del dispositivo de colostomía y buena cicatrización del periné. Alta, el día 28 de febrero.

-(Es de) señalar que, durante el ingreso antes referido, se realizó una inter-consulta al Servicio de Psiquiatría, que fue respondida el día 15 de febrero, (en la cual), tras valoración de la paciente, se le diagnóstica de un trastorno adaptativo, con estado de ánimo ansioso, a consecuencia de todos los hechos acontecidos; por lo que recomiendan tratamiento con ansiolíticos (Bromazepam y Lormetazepam), así como retirada de la lactancia materna. Ese mismo día, se inicia tratamiento con Dostinex (Cabergolina), con el objeto de inhibir la lactancia fisiológica.

-Posteriormente, la paciente acude en dos ocasiones a la Consulta externa (del Servicio) de Cirugía General: i) el día **9 de marzo**, se le realiza una anoscopia (prueba diagnóstica par ver el canal anal mediante un instrumento tubular con una fuente de luz acoplada), con el siguiente resultado: 'sin objetivar discontinuidad'; tampoco en el tacto rectal parece haberla; ii) posteriormente, el día 2 de abril, se vuelve a realizar anoscopia, sin objetivar dehiscencia y se anota, en la evolución médica: 'ningún manchado por vagina ni por periano; apunto en LEQ'. Se firma el (documento de) consentimiento informado correspondiente (cierre del estoma por cirugía abierta).

-El día **3 de mayo de 2018**, la paciente ingresa para cirugía programada al día siguiente. En el protocolo, queda reflejado que se explora la región anal y vaginal, sin objetivar comunicaciones

*anormales, por lo que se procede a realizar el cierre de la colostomía mediante sutura. El postoperatorio inmediato es satisfactorio, recuperando el tránsito intestinal para gases y heces sin problemas de continencia anal; tan sólo (es de) reseñar la aparición de un hematoma en la región inguinal, que se trata de forma conservadora. Es dada de alta el día **10 de mayo**, con cita para revisión en Consulta Externa (del Servicio de) Cirugía General.*

*-Posteriormente, el día **16 de mayo**, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HSP, por cuadro de fiebre y diarreas de 24 horas de evolución, aunque no ha sido posible encontrar el informe de la atención en dicho Servicio, procediéndose a su ingreso a cargo del Servicio de Cirugía General. La paciente no presentaba dolor abdominal y las exploraciones, incluyendo la herida quirúrgica, eran normales; tan solo (es de) resaltar febrícula (37,7°C). Ese día, presenta analítica, con mínima leucocitosis (11.700/uL). En (el Servicio de) Urgencias, se recoge cultivo de heces y se solicita radiología abdominal y TAC de forma preferente.*

*-El día **17 de mayo**, la paciente no presenta fiebre ni dolor abdominal, pero refiere varias deposiciones, no diarreicas, pero con moco y dolor anal "intenso" que, en la exploración, se localiza a nivel de la cicatriz donde estuvo colocado el drenaje de Penrose en la cirugía realizada en febrero, aunque no se observan 'signos inflamatorios ni de infección'. Esa mañana, se realiza radiografía de abdomen, que es normal; y, posteriormente, se conoce el resultado del cultivo de heces, en el que se aísla 'ADN toxina Clostridium Difficile positivo', lo que activa las oportunas medidas de aislamientos de contacto de la paciente ante el diagnóstico de infección por Clostridium Difficile.*

*-Ese mismo día, por la tarde, se realiza TAC abdomino-pélvico- con objetivo de 'descartar complicación postoperatoria', comparándose con TAC previo, de fecha 21 de febrero de 2018. El informe concluye: 'no hay colecciones intra-abdominales; imágenes dudosas que podrían corresponder a pequeños abscesos/trayectos fistulosos en el periné a nivel perianal; se recomienda completar con RM'.*

*-A la vista de estos resultados y (de) que la herida perianal es 'dolorosa y dudosa fluctuación' (comentario evolución médica), se explica, a la paciente, la posibilidad de exploración en quirófano, procediéndose a la firma del (documento de) consentimiento informado ('cirugía de urgencias').*

*-De la intervención urgente realizada este día, no dispongo del protocolo quirúrgico, tan sólo lo reseñado en el informe provisional de alta fechado en **28 de mayo de 2018**, en el que, en el apartado de intervención quirúrgica, se observa: 'drenaje absceso perianal y canalización de trayecto fistuloso con setton'; y, en la hoja de respuesta a interconsulta por parte del Servicio (de Aparato) Digestivo: 'exploración intra-operatoria; pequeño absceso de pus en antigua herida de episiotomía, comunicación entre piel y recto a nivel de la línea dentada en trayecto radial a las 11h; drenaje, lavados y setton'.*

*-Tampoco dispongo de datos de la prescripción farmacológica de la paciente durante el ingreso; aunque, en la respuesta a la interconsulta realizada (al Servicio de Aparato) Digestivo el día 21 de mayo, se puede leer: 'ha estado en tratamiento con Metronidazol 250mg, cada 8h', que puede corresponder al tratamiento de la infección por C. Difficile.*

*-La evolución de la paciente durante el ingreso no es satisfactoria, debido a la presencia de febrícula, junto con deposiciones diarreicas, dolor cólico abdominal variable, regular tolerancia a la alimentación oral y supuración perianal.*

*-El día **21 de mayo**, se consigna en la evolución médica: 'febrícula; desde ayer, intenso dolor abdominal, que responde mal a la analgesia pautada; sigue con diarreas, aunque algo menos;*

*abdomen un poco distendido, doloroso de forma difusa; hago interconsulta (al Servicio de Aparato Digestivo; valorar añadir Vancomicina al tratamiento; 14h, pico febril, de 38,4°C; se sacan hemocultivos y analítica'.*

*-(El Servicio de Aparato) Digestivo responde a la interconsulta esa misma mañana, concluyendo que se trata de una colitis pseudo-membranosa y, dado que la evolución con el tratamiento antibiótico pautado (Metronidazol 250 mg oral, cada 8 h) no ha sido buena, se cambia por Vancomicina oral, 250 mg, cada 6 h, durante 10 días.*

*-A partir de este momento, la evolución es lenta, con disminución de la fiebre y el número de deposiciones, pero con presencia de dolor abdominal de tipo cólico y supuración por drenaje (seton) perianal, que motiva añadir otro antibiótico, de nuevo Metronidazol, que es, posteriormente, retirado por mala tolerancia.*

*-Durante la evolución, se realiza otra prueba de imagen, por fiebre; y, solicitada por el Servicio de (Aparato) Digestivo, se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica, el día 25 de mayo, y es informada como: 'el estudio muestra dos pequeños trayectos fistulosos entre la pared posterior de la vagina y la pared anterior del canal anal, en su vertiente derecha. El más craneal tiene un calibre de 1 mm; y el más caudal, un calibre de 6mm; este último se continua con una colección, compatible con absceso, de 19x8 mm, que drena a piel, a nivel del pliegue inter-glúteo y tiene un catéter de drenaje bien posicionado en su interior'. A la vista de los resultados, se añade, como ya se ha señalado, Metronidazol intravenoso.*

*-Finalmente, el día **28 de mayo**, es dada de alta, con instrucciones para completar el tratamiento antibiótico oral y revisión en Consulta Externa (del Servicio de) Cirugía General.*

*-El día **3 de junio de 2018**, la paciente acude al Servicio de Urgencias del HSP por emisión de heces por la vagina y 'fiebre intermitente hasta 38°C, a pesar del tratamiento con Vancomicina oral'. Desde (el Servicio de) Urgencias, se consulta con (el Servicio de) Cirugía General, que, en la exploración, observa que el periné, con el seton colocado a las 6 h en posición genu-pectoral, no presenta signos de infección; tampoco observa heces en vagina, pero sí salida de suero por vagina tras introducirlo por el orificio externo cutáneo (peri-anal): recomienda ingreso para estudio, pero la paciente y familia deciden alta y valoración al día siguiente en consulta; impresión clínica: trayecto fistuloso recto-vaginal.*

*-El día **4 de junio**, acuden a Consulta Externa (del Servicio de) Cirugía General, refiriendo dolor abdominal, múltiples deposiciones y manchado de heces por la vagina. En la exploración realizada, se anota: 'parece identificarse trayecto fistuloso recto-vaginal, que nunca ha existido en exploraciones anteriores'. Se propone ingreso para estudio y tratamiento mediante dieta absoluta y nutrición parenteral, con la posibilidad de reabrir la colostomía si no fuera suficiente.*

*-Ante esta situación, la paciente pregunta por una segunda opinión en una Consulta privada, donde se le comenta la posibilidad de realizar una cirugía correctora de la fístula en otra Comunidad, dada la carencia de ese tipo de profesionales en La Rioja, por lo que la paciente registra esa petición de valoración por una Unidad especializada en Cirugía Colorrectal en la Consejería de Sanidad, el día **7 de junio**.*

*-Ese mismo día, a las 22:58h, la paciente acude (al Servicio de) Urgencias, de nuevo por persistencia de la sintomatología: fiebre, dolor abdominal, deposiciones diarreicas y fístula recto-vaginal. Tras consulta telefónica con el Servicio de Cirugía General, se ingresa a la paciente, con el diagnóstico de fiebre y probable reinfección por Clostridium Difficile, en paciente con trayecto*

*fistuloso recto,vaginal en el Servicio de (Aparato) Digestivo, considerando que está a la espera de valoración por otro Centro y que ‘en este momento, acude por fiebre y dolor abdominal, que puede estar relacionada con una reinfección por Clostridium Difficile” Desde (el Servicio de) Urgencias, solicitan hemo-cultivos, uro-cultivo y copro-cultivo, con cribado de Clostridium; y estudio de parásitos.*

*-Una vez en la planta de hospitalización y con el diagnóstico de fiebre en posible relación con reinfección por CL. Difficile y fistula rectovaginal, se comienza con segundo ciclo de tratamiento con Vancomicina oral, 250 mg, cada 6 horas.*

*-A la mañana siguiente, **9 de junio**, se avisa, al Médico de guardia (del Servicio de) Medicina Interna, por persistencia del dolor abdominal y tensión arterial límite. El Médico, Dr. J.M.P.I., recoge, en la historia (clínica), que presenta dolor en hemi-abdomen inferior y alguna náusea sin vómitos; (que) ‘estos dolores empezaron hace unas 3 semanas y han empeorado en los últimos dos días; algunas deposiciones diarreicas de escasa cantidad; también se queja de no emisión de heces y sensación de meteorismo’. En el abdomen, a la exploración, presenta leve distensión y algo de induración en el cuadrante inferior izquierdo peri-cicatricial, con leve molestia a la palpación profunda, sin peritonismo.*

*-En el plan establecido, se observa que la toxina de C. Difficile es negativa; se solicita placa de abdomen, a pesar de que la previa el día anterior era normal; y se añaden 500 ml de suero al tratamiento ya pautado. Tras ver los resultados de las pruebas realizadas (analítica ‘anodina’ y placa de abdomen en bipedestación y decúbito: ‘niveles hidro-aéreos y ausencia de gas en recto con sospecha de íleo obstructivo’), se consulta con (el Servicio de) Cirugía General, que solicita TAC abdominal urgente.*

*-En los hallazgos del TAC, se recoge lo siguiente: ‘dilatación intestinal generalizada hasta masa de 5 cm en sigmoides, que asocia reticularidad y líquido alrededor y de dudosa valoración etiológica; se trata de un engrosamiento concéntrico que claramente ha evolucionado desde estudio previo de mayo aportado; por este motivo, lo más probable es que se trate de una masa inflamatoria, pero es inespecífica por imagen; se acompaña de una cantidad moderada de ascitis’.*

*-A la vista de la TAC, los Cirujanos de guardia deciden colocar una sonda naso-gástrica y hablar con el Endoscopista de guardia para realizar endoscopia urgente, cuyo resultado es la presencia de una estenosis de la luz, a 50 cm del margen anal, sin observarse lesión en la mucosa que impide el paso del endoscopio. Diagnóstico de ‘estenosis de sigma, de probable causa extrínseca’.*

*-Tras comunicar los resultados a la paciente, se le explica la indicación quirúrgica y se recoge el (documento de ) consentimiento informado (‘cirugía de urgencias’). La paciente es operada, ese mismo día, por el Dr. E.P.M., la Dra. B.E.N. y el Dr. A.R.E., encontrando un ‘gran plastrón, de aspecto inflamatorio, en la zona de cierre de colostomía, firmemente adherido a peritoneo y a plano posterior en zona de vasos, uréter con asa de delgado, firmemente adherida a él’. Se realiza resección de la zona de colon afectada y del intestino delgado adherido con anastomosis intestinal y colostomía terminal ilíaca (‘sigmoidentomía tipo Hartmann y resección de intestino delgado’). Asimismo, el equipo quirúrgico ‘realiza lavado rectal con Betadine, apreciándose salida del mismo por zona más proximal de vagina en rafe posterior, con gran debilidad de tabique recto-vaginal’.*

*-La evolución post-operatoria es satisfactoria- con recuperación del tránsito intestinal y retirada del seton perianal- sin complicaciones relevantes. Es dada de alta hospitalaria el día **21 de junio**, con cita en Consulta Externa (del Servicio de) Cirugía General, para seguimiento, con el diagnóstico de ‘plastrón inflamatorio en zona de cierre de colostomía’.*

*-El análisis patológico de la pieza quirúrgica (9 cm de intestino delgado, íleon, y 11 cm de sigma) revela signos inflamatorios agudos (peritonitis) y un trayecto fistuloso con tejido de granulación y abscesificación focal del tejido adiposo mesentérico.*

*-Posteriormente, es valorada en diferentes ocasiones en Consulta Externa (del Servicio de) Cirugía General: **6 de julio, 13 de julio, 11 de agosto, 12 de septiembre y 28 de septiembre**. La paciente evoluciona favorablemente y está pendiente de intervención quirúrgica en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla' (Santander, Cantabria). Durante este tiempo, (es de) reseñar que se realizó TAC abdominal, por dolor abdominal, distensión abdominal y despeño diarreico, que fue normal.*

*-El día **11 de octubre de 2018**, fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', realizándose la resección de la fistula, con cierre de ambos orificios fistulosos y reparación del tabique recto-vaginal, ante la presencia de una fistula recto,vaginal baja.*

*-El postoperatorio fue satisfactorio, con alta el día **15 de octubre**. Dos revisiones posteriores, 16 de noviembre y 21 de diciembre, son satisfactorias, quedando pendiente de realizar RMN en el Centro remitente. También ha acudido a Consulta (del Servicio de) Cirugía General en un Hospital de referencia, los días **2 y 23 de noviembre**, sin nada resaltable.*

*-En **enero de 2019**, la paciente ha precisado hospitalización, durante 36 horas, en el Servicio de Cirugía General, por cuadro de obstrucción intestinal aguda por bridas, diagnosticado mediante TAC y solucionado con reposo intestinal y sonda nasogástrica.*

*-Se ha realizado, el día **24 de enero de 2019**, RMN pélvica de control, tras el tratamiento quirúrgico de la fistula recto-vaginal en octubre de 2018. En el informe- se confirma la resolución radiológica de la fístula.*

*-El día **1 de abril de 2019**, se realizó nueva intervención programada para comprobar definitivamente el estado de la reparación de la fistula recto-vaginal. Fue intervenida por los Cirujanos, que comprobaron la correcta cicatrización de la intervención previa con la desaparición de la fístula.*

*-Tras un nuevo preoperatorio, el **25 de junio de 2019** se procede a la reconstrucción del tránsito digestivo mediante laparotomía y anastomosis colo-sigmoidea- tras comprobar la existencia de abundantes adherencias en la cavidad abdominal que precisan ser liberadas. El postoperatorio es satisfactorio y la paciente es dada de alta hospitalaria el día 7 de julio de 2019.*

*-El **22 de noviembre de 2019**, se produjo el alta en el INSS para comenzar a trabajar. La última revisión en Consulta (Externa del Servicio) de Cirugía General se produjo el día **6 de marzo de 2020**, se le detectó una hernia abdominal por lo que sigue precisando seguimiento, se la cita en 6 meses.*

**2.** Se adjunta diversa información médica relativa a la atención dispensada, así como dos informes periciales: i) uno, elaborado por un Médico Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo; y ii) otro, de Valoración del daño corporal.

3. Debe indicarse que, con antelación, en fecha 30 de enero de 2018, la reclamante ya presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial por estos mismos hechos, que no fue admitida a trámite por no haber finalizado el proceso terapéutico, al no haberse producido todavía en ese momento la curación.

### Segundo

En fecha 1 de junio de 2020, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructor del mismo y comunicándose, a la reclamante, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

### Tercero

El 2 de junio de 2020, se requiere a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital San Pedro (HSP), así como al Hospital ‘Marqués de Valdecilla’ de Santander, cuantos antecedentes existan de la atención prestada a la reclamante, la historia clínica del mismo en lo relativo a la asistencia objeto de la reclamación; y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron sobre la asistencia dispensada. La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo.

### Cuarto

1. Obran en el expediente, a continuación, tanto el informe pericial de la Consultora médica *Promede*, realizado a instancia de la Aseguradora de la responsabilidad civil del SERIS, cuyas **conclusiones generales** son las siguientes:

*1. En cuanto a la instrumentación del parto mediante el uso de fórceps, como indicación de alivio de expulsivo en feto en cefálica y en III plano, responde a las indicaciones y condiciones marcadas por la SEGO para instrumentalización del parto.*

*2. En cuanto al diagnóstico y resolución quirúrgica del desgarro de IV grado producido, se realiza según las indicaciones de protocolo SEGO (de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia); tanto en la reparación quirúrgica como en las medidas encaminadas a prevenir complicaciones.*

*3. En cuanto a cada una de las siguientes actuaciones, tanto diagnósticas como de abordaje quirúrgico, según se van produciendo cada una de las complicaciones acontecidas, se realiza todos los medios adecuados para el diagnóstico, como para evitar posteriores complicaciones.*

*4. El manejo terapéutico de la fistula anal compleja, con preservación de la continencia fecal constituye un verdadero reto quirúrgico.*

## 2. Este informe pericial termina con la siguiente **conclusión final**:

*“De la documentación revisada, puedo concluir que el manejo, tanto en cuanto las medidas encaminadas a realizar un correcto diagnóstico, como en los abordajes y resoluciones quirúrgicas, efectuadas a (la paciente) por los Facultativos del Servicio de Cirugía General (del HSP) de La Rioja es acorde a ‘lex artis ad hoc’, a pesar de las múltiples y graves complicaciones que ha padecido (la misma) a lo largo de los siguientes meses tras el parto”.*

### **Sexto**

1. Posteriormente, consta el informe de la Inspección médica, de fecha 15 de septiembre de 2020, cuyas **conclusiones** son las siguientes:

1ª. (La paciente) *presentó, durante el parto, alteraciones en el registro cardio-tocográfico sugestivas de riesgo de pérdida de bienestar fetal, persistencia de pérdida de variabilidad y bradicardia fetal mantenida, circunstancias por las que procedía la finalización del parto, tal y como se reconoce en la literatura médica.*

2ª. *Ante el riesgo de sufrimiento fetal, se procedió a realizar un parto instrumental, mediante el uso de fórceps, para acortar el periodo expulsivo, no pudiendo considerar esta decisión inadecuada, al existir indicación y condiciones para ello. Tuvo lugar el nacimiento de un bebé sano.*

3ª. *La práctica de una episiotomía en el parto instrumental está contemplada en la literatura médica, no existiendo signos de una mala realización.*

4ª. *En la salida del feto, se produjo un desgarro vaginal grado IV, siendo esta una posible complicación que, si bien se puede relacionar con el uso del fórceps, al estar descrita como posible complicación, también queda recogida como posible complicación del propio parto en el consentimiento informado firmado por la paciente, no pudiendo atribuirse a una incorrecta asistencia durante el parto.*

5ª. *En relación con la primera reparación quirúrgica del desgarro vaginal realizada en la sala de partos, y en respuesta a las preguntas que se plantean en la reclamación sobre si esta fue adecuada en medios y personal o si fue técnicamente incorrecta (es de) indicar que:*

*-Siendo la sala de partos una sala de quirófanos habilitada para atención de partos, que cuenta similares requisitos técnicos, puede considerarse una sala adecuada para la intervención que se realizó, al contar con las condiciones de asepsia, instrumentos adecuados e iluminación precisos.*

*-Igualmente, se puede considerar adecuado que, siendo el HSP un centro con docencia y formación de residentes, la reparación inicial del desgarro fuera realizada por un MIR de Ginecología y Obstetricia, junto con una Facultativa de dicha Especialidad de años de experiencia y con capacidad para su realización. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas frecuentes en la Obstetricia.*

*-Si bien solo queda constancia en la historia clínica de la paciente de un breve esquema de la técnica quirúrgica llevada a cabo, ésta figura haber sido realizada según protocolo y de manera satisfactoria, pese a la tórpida evolución que presentó posteriormente, sin que se aprecien datos*

*que indiquen algún tipo de incorrección que, por otra parte, tampoco queda probada en la reclamación.*

*6ª. Se puede razonar que, tras la reparación del desgarro y pese a las medidas profilácticas que se utilizaron, recomendadas en los protocolos médicos, como tratamiento antibiótico y uso de laxantes, se produjo una de las posibles complicaciones descritas en la literatura médica, de infección y dehiscencia de la sutura del desgarro, con presencia de fistula, no pudiendo atribuirse, de manera inequívoca, (a) una incorrecta actuación quirúrgica, tal y como se reclama. Como ya se ha expuesto, la intervención fue realizada de manera adecuada; tras la misma, en las exploraciones de la zona, se observaron las estructuras íntegras; y la presencia posterior de infección puede condicionar, por sí misma, un defecto en la cicatrización de la sutura realizada.*

*7ª. Ante la ausencia de protocolos médicos consensuados para el manejo de fistulas recto-vaginales y quedando a criterio del Facultativo la indicación del tratamiento a realizar a cada paciente de manera individualizada, no se puede considerar incorrecto que, tras la tórpida evolución de la fistula, al no resolverse con la segunda intervención, se optara por la realización de una colostomía derivativa, siendo ésta una de las alternativas terapéuticas aceptadas en la literatura médica.*

*8ª. Presentando una evolución satisfactoria, se procedió al cierre de la colostomía, al no presentar clínicamente ningún síntoma, ni detectarse la fistula en las exploraciones realizadas, tanto de manera ambulatoria como en revisión quirúrgica. Por lo tanto, se puede razonar la procedencia de esta intervención, una vez resuelta la fistula que por la que se indicó y, siendo esta realizada en el margen de tiempo adecuado, tal y como recomiendan ciertos autores en la bibliografía.*

*9ª. En la reclamación, se hace referencia a haberse podido beneficiar de la realización de una prueba de imagen (RNM) para confirmar la resolución de la fístula, por si hubiera procedido otra actuación al no haberse resuelto; pero no se aportan criterios en los que se basan para justificar la necesidad de su realización en este caso.*

*10ª. Siendo la recurrencia de este tipo de fístulas una posible complicación que pueden presentar, los hechos nos hacen suponer su recurrencia en este caso (en) coincidencia con un proceso infeccioso en la zona, ya que todos los datos sugerían su resolución, pese a que posteriormente volviera a aparecer.*

*11ª. En relación al tratamiento de la colitis por Clostridium Difficile, tal y como se indica en la reclamación, inicialmente no fue tratado con la dosis antibiótica de Metronidazol que se recomienda en los protocolos; pero, pocos días después, recibió otro tratamiento, este, ya sí, a dosis adecuadas, sin que esto haya condicionado la evolución.*

*12ª. En relación a la colostomía que tuvo que realizarse posteriormente ante un cuadro de ileo obstructivo, por la presencia de una gran masa inflamatoria en zona de cierre previo de la colostomía, (es de) señalar que, no existiendo contraindicación para su realización, entre las alternativas terapéuticas que se pudieron valorar, no puede considerarse improcedente ante la situación clínica que presentaba, aunque, a opinión del perito que participa en la reclamación, la considerare innecesaria.*

*13ª. Tras una evolución posterior favorable, con alguna incidencia, como un cuadro de sub-oclusión intestinal que se resolvió con tratamiento médico, se procedió al cierre quirúrgico de la fistula; y, más tarde, al cierre de la colostomía, sin nuevas complicaciones.*

**2.** Este informe de la Inspección médica termina con la siguiente **conclusión final**:

*“Por lo expuesto y pese a que la evolución no haya sido la esperada, no se puede considerar que la asistencia sanitaria que le ha sido prestada en todas las situaciones que ha ido presentando no haya sido correcta y conforme a la lex artis”.*

### **Séptimo**

En fecha 8 de enero de 2021, se notifica a la reclamante, en el domicilio de su Abogado, el trámite de audiencia, que es evacuado mediante escrito de fecha 11 de febrero de 2021.

### **Octavo**

En fecha 24 de febrero de 2021, se formula la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por considerar no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios; la cual es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 19 de mayo de 2021.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 19 de mayo de 2021, y registrado de entrada en este Consejo el 20 de mayo de 2021, la Excma. Sra. titular de la Consejería actuante remitió, al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente 24 de mayo de 2021, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad de 208.337,73 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPAC'15.

### **Segundo**

#### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración**

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 CE y 32.1 y 34.1 LSP'15 y 65, 67, 81 y 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y

debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así, como, finalmente que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos, la obligación del profesional médico y la administración sanitaria es una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

**2.** Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primera que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Solo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

## Tercero

### Sobre la existencia o no de responsabilidad en el presente caso

1. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario el funcionamiento del servicio público, que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento, consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los artículos 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios* y *no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.

2. Del escrito de reclamación y, fundamentalmente, del informe pericial emitido por un Médico Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, se desprenden las siguientes **cuestiones** como fundamento de la reclamación formulada:

-A pesar de tratarse de un embarazo y un parto sin problemas aparentes y de bajo riesgo, se realiza instrumentación del mismo usando el instrumental (fórceps) que más riesgo presenta de cara a producir un desgarro obstétrico asociado a episiotomía; con lo que, finalmente, se produce un desgarro grado IV.

-A la vista del resultado fallido de la reparación del desgarro y de la infección perineal que desarrolló la paciente, cabe hacerse la pregunta de si fue adecuada dicha reparación en medios (no se usó personal de anestesia ni se pasó a la paciente a quirófano) y personal (nivel de experiencia y entrenamiento en la reparación de desgarros graves con lesión de esfínteres anales).

-A la vista del resultado fallido de la segunda reparación del desgarro y del posterior desarrollo de una fístula recto-vaginal, cabe hacerse la pregunta de si la reparación del desgarro fue técnicamente correcta, puesto que el protocolo operatorio es parco en detalles.

-Tras comprobarse clínicamente el fallo del segundo intento de reparación del desgarro, no se contemplaron soluciones alternativas a la creación de una colostomía (tratamiento conservador y derivación a Unidad Especializada o incluso tratamiento conservador en espera de resolución espontánea que se produce en un número apreciable de estos casos).

-La paciente pudiera haberse beneficiado de la realización de una prueba de imagen (RMN), antes de proceder al cierre de la colostomía, para asegurarse completamente de la solución de la fistula recto-vaginal, teniendo en cuenta que clínicamente estaba resuelta. En caso de que, en la RMN, hubiera signos de no resolución, la paciente se hubiera podido beneficiar de haber esperado más tiempo para cerrar el estoma, una vez conseguida, hipotéticamente, la solución radiológica de la fístula.

-La paciente es explorada quirúrgicamente, el día 17 de mayo de 2018, por sospecha de absceso peri-anal y fístula, por los hallazgos clínicos y de la TAC, sin reconocer la presencia de la fístula recto-vaginal, que ya estaba activa, tal y como certifica la RMN de fecha 25 de mayo de 2018.

-La infección por CD es, inicialmente, tratada de forma no adecuada, puesto que se usan dosis bajas de *Metronidazol*, por error en catalogar como reinfección la infección por CD.

-El día 9 de junio de 2018, se realiza, a la paciente, una colonoscopia innecesaria, con el riesgo que ello conlleva, cuando ya se tenía el diagnóstico y la indicación quirúrgica urgente era clara: masa inflamatoria por dehiscencia de anastomosis previa.

-La paciente ha sufrido múltiples complicaciones, ingresos e intervenciones quirúrgicas, tras un parto que se presentaba de bajo riesgo, las cuales condicionan actualmente, y condicionarán en un futuro, una merma en la calidad de vida de la paciente.

**3.** Sin embargo, para los Facultativos que atendieron a la paciente las cosas no son como se indican anteriormente, pues los mismos indican que:

-La paciente había firmado el documento de consentimiento informado para parto, en el que se explican los riesgos del mismo, incluyendo los desgarros perineales.

-Tanto el parto como la reparación del desgarro fueron llevados a cabo por un MIR de segundo año (rotación en paritorio), con íntima supervisión de Obstetra con amplia experiencia en paritorio (más de 20 años), que trabaja a diario en el Área de Partos, siendo el HSP un centro sanitario con docencia y formación de médicos residentes.

-Ante una bradicardia fetal mantenida (presentación en III plano de Hodge), el método indicado más rápido y seguro de extracción fetal, para evitar el sufrimiento fetal agudo con secuelas graves, es un parto instrumental por vía vaginal, en vez de cesárea. La decisión de utilizar un instrumento u otro depende de la experiencia del

profesional que asiste dicho parto para obtener un resultado óptimo. En este caso, se obtuvo un buen resultado neonatal (Apgar y pH), gracias a la rápida toma de decisiones y el uso de fórceps.

-Para un buen pronóstico del desgarro, se hicieron las dos actuaciones requeridas: minimizar los factores de riesgo, evaluación minuciosa del canal blando del parto y diagnóstico y reparación inmediata y correcta del mismo, según protocolos del servicio. Se minimizaron los factores de riesgo de desgarro perineal: reducir la duración del segundo periodo del parto, se realizó episiotomía medio-lateral derecha en lugar de medial. Sin embargo, existen otros factores no prevenibles como son: factores genéticos y personales, intrínsecos a cada paciente (características de los tejidos, forma de cicatrización...) y otros, tampoco modificables, que cursan en el desarrollo del parto, como puede ser la procedencia de mano fetal.

-En el hospital, el paritorio/quirófano, cuenta con los medios necesarios, disponibilidad de anestesista y acceso a la realización de actos quirúrgicos que requieran anestesia general (se realizan de manera habitual legados, cesáreas...).

-Todo esto, podría justificar la evolución tan tórpida e inusual de esta paciente, dado que, en su experiencia, ningún caso como este ha evolucionado de esta forma con mismo manejo.

**4.** A la vista de todo lo anterior, a juicio de este Consejo Consultivo, y lamentando sinceramente la tórpida evolución de las lesiones de la reclamante, lo cierto es que la misma **no ha aportado prueba suficiente** en apoyo de sus manifestaciones, mientras que obran en el expediente diversos informes que, por más que puedan calificarse como de parte, desvirtúan las manifestaciones contenidas en el escrito de reclamación, así como en el informe pericial adjuntado al mismo.

Este es el motivo por el que debemos dictaminar la desestimación de dicha reclamación, sin perjuicio de que, en un hipotético procedimiento judicial, pueda aportarse prueba pericial que contraríe lo manifestado por nosotros en el presente dictamen.

Y decimos esto porque, del citado informe aportado junto a la reclamación, no se desprende con la necesaria claridad la existencia de alguna actuación médica no ajustada a la *lex artis*, ya que, en dicho informe, lo que se vienen a plantear son dudas teóricas acerca de lo que pudo haber ocurrido, pero sin atribuir ninguna actuación inadecuada a ningún interviniente.

Así, se dice que, a la vista del resultado fallido de la reparación del desgarro, *debe plantearse si fue adecuada dicha reparación en medios y personal*; igualmente, se indica sí, a la vista del resultado fallido de la segunda reparación del desgarro y el posterior

desarrollo de la fistula recto-vaginal, *debe plantearse si dicha reparación fue técnicamente correcta, puesto que el protocolo operatorio es parco en detalles*. Por lo tanto, no son nada más que meras hipótesis que, en modo alguno, suponen la concreción de comportamiento inadecuados al estado actual de la Ciencia médica.

5. Pues bien, a partir de ahí, es de recordar que *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente, según el estado actual de la Ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. En efecto, como recuerda la STS de 13 de julio de 2007:

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste”.*

Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, STS, 3ª, de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

6. En otro orden de cosas, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración, es preciso analizar también si quien recibe un servicio de esa Administración sanitaria ha prestado su **consentimiento informado** a las técnicas médicas que ésta pone en juego sobre él.

Por ello, hemos recapitulado en otros dictámenes a propósito del consentimiento informado, que esta figura opera como criterio negativo de imputación objetiva cuando el paciente ha sido informado de los riesgos que presenta el tratamiento o la intervención que se propone, presta su consentimiento a estos y, finalmente, adviene un daño de cuya eventual producción fue informado en su momento.

Pero también hemos recordado reiteradamente que el hecho de que conste por escrito la existencia del consentimiento informado prestado por el paciente puede no constituir, en ciertos casos, una causa de exoneración de la responsabilidad patrimonial de

la Administración sanitaria, pues el consentimiento informado no puede operar como una especie de salvoconducto que legitime todo evento dañoso ulterior.

Consta en el expediente y no ha sido contradicho en el informe emitido por los Facultativos que atendieron a la reclamante en el parto, que ésta firmó el correspondiente documento de consentimiento informado en el que, entre los posibles riesgos, se advierten los desgarros perineales. Por tal motivo, además y agotando las posibilidades de razonamiento que ofrece el presente caso, si pudiera entenderse que la reclamación lo que plantea es que, con la actuación de los intervinientes, se causó un perjuicio excesivo, ha de indicarse que la doctrina del llamado *daño desproporcionado*, entendido como daño anormal, insólito e inusual en comparación con el resultado que sería previsible que se produjera (doctrina aplicada por el Tribunal Supremo en reiteradas ocasiones a aquellos casos en que los actos médicos producen un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los padecimientos que se trata de atender), no resulta de aplicación al caso dictaminado, por cuanto dicha doctrina tan solo puede ser proyectada cuando nos encontramos ante riesgos inusualmente graves, no previstos y no explicables en la esfera de la actuación profesional, circunstancia que, este caso, no concurre.

## CONCLUSIONES

### Única

A juicio de este Consejo Consultivo, desde luego lamentando la desgraciada evolución de las lesiones sufridas por la reclamante, por los motivos indicados, la presente reclamación debe ser desestimada.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero