

Dictamen n^o **197/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.05.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de mayo de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por A.I.F., en nombre y representación de M.E.A.P. y R.J.P. (en adelante, “*los reclamantes*”), sobre daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada durante la gestación de su hijo, R.J.A., en el Hospital Universitario Severo Ochoa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 1 de abril de 2013 un abogado colegiado, actuando en representación de los reclamantes, presentó en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial en el que ponía de manifiesto que la reclamante se sometió en el mes de septiembre de 2009 a un procedimiento de fertilización in vitro (FIV) en una clínica privada con resultado satisfactorio.

Según afirma, el seguimiento de la gestación se llevó a cabo en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés (HUSO), practicándose tanto triple screening como amniocentesis a las 16 semanas de gestación (7 de enero de 2010) con el siguiente resultado: “*16 S +OD Niño Normal*”.

Anteriormente, el día 10 de diciembre del 2009, y, posteriormente, el 22 de enero y 5 de febrero del 2010, las ecografías que le fueron practicadas arrojaron resultados dentro de la normalidad aunque la última refirió como hallazgo “*pelvis renal izquierda 7,5 mm*”.

El día 14 de abril se efectuó ecografía en la que se detectó “*agenesia renal derecha. Hidronefrosis del riñón izquierdo. Pelvis renal 16 mm., sin alteración de cauces. Corteza conservada. Ambos pies equinosinos*”.

El día 6 de junio del 2010, la reclamante dio a luz en el Hospital Universitario La Paz a un varón mediante cesárea, constando en el informe de alta hospitalaria de Ginecología, de fecha 8 de junio, que el neonato fue diagnosticado de síndrome de regresión caudal, hidronefrosis izquierda y agenesia renal derecha.

El citado diagnóstico fue confirmado el día 30 de junio al recibir el alta de planta.

Con fecha 1 de diciembre de 2010, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales reconoció al hijo de los reclamantes una minusvalía del 67%.

Tras el alta, precisó de seguimiento por especialistas de Neurología, Urología, Nefrología y Traumatología, continuando actualmente dicho seguimiento.

Consideran los reclamantes que el síndrome de regresión caudal, la hidronefrosis izquierda y la agenesia renal derecha pudieron y debieron haberse detectado durante el seguimiento llevado a cabo en el HUSO y, en consecuencia, haber sido informados para decidir libremente.

Solicitan por ello una indemnización por importe de quinientos mil euros (500.000 €) sin especificar los criterios utilizados para llegar a esa cantidad.

Aportaban con su reclamación copia de poder general para pleitos a favor del letrado firmante del escrito de reclamación así como diversa documentación médica tanto de la clínica privada de fertilidad como de los hospitales Severo Ochoa, La Paz, Móstoles y Nacional de Paraplégicos (Toledo).

SEGUNDO.- Del expediente administrativo, puede extraerse los siguientes hechos de relevancia para la resolución:

La reclamante, de 37 años de edad en el momento de los hechos y con antecedentes de estenosis asintomática de tronco celiaco, se sometió en septiembre de 2009 a un procedimiento de fertilización in vitro con resultado satisfactorio.

El 10 de diciembre de 2009 le fue practicada una ecografía en el HUSO que mostró resultados dentro de la normalidad.

En screening de cromosomopatías llevada a cabo el 18 de diciembre siguiente se objetivó un alto riesgo (1/100) para trisomía 21, de lo que se informó a los reclamantes y se practicó amniocentesis genética el 7 de enero de 2010, sin incidencias, cuyo resultado fue de cariotipo normal.

El 14 de enero de 2010 se practicó ecografía de control post-amniocentesis en la que se observó líquido amniótico ligeramente disminuido por lo que se citó para consulta de control el 22 de enero siguiente, en la que se constató movimiento cardíaco fetal positivo y movimiento fetal normal.

El 2 de febrero de 2010, la reclamante acudió por sangrado escaso. Tras ecografía realizada se descartó patología urgente y fue remitida para seguimiento a su tocólogo de zona (folio 41).

El 5 de febrero la ecografía practicada fue calificada como normal, con el único hallazgo de pelvis renal izquierda de 7,5 mm.

Acudió a consulta de Tocología en el CEP José Marvá el 9 de febrero de 2010 donde, tras abrir historia obstétrica y registrar los resultados de las ecografías facilitadas por la reclamante, fue remitida a la Unidad de Fisiopatología Fetal del Hospital La Paz para realización de ecografía de control, cuyos resultados objetivaron hidronefrosis moderada izquierda sin visualización de riñón derecho.

El 12 de abril de 2010 le fue practicada una ecografía en una clínica privada (folios 61-62), con los siguientes hallazgos: biometría fetal acorde con amenorrea, hidronefrosis izquierda moderada, riñón y uréter derechos no visibles, pie izquierdo tálpe (zambo). El resto visualizado fue calificado como normal. Finalmente, se emitió el siguiente diagnóstico: “1) *Hidrofrenosis renal izquierda*; 2) *No se visualiza el riñón derecho ni la salida de la arteria renal, lo que es compatible con agenesia del riñón derecho*; 3) *Pie zambo izquierdo*”. Se recomendó nueva ecografía en unas cuatro semanas.

El anterior resultado fue confirmado tras la ecografía practicada el 14 de abril de 2010 en el HUSO.

Consta, igualmente, la asistencia a consulta de Tocología en el CEP José Marvá los días 13 y 19 de abril, y 5 de mayo de 2010, en las que se registraron los resultados de las pruebas practicadas.

El 13 de mayo de 2010 acudió nuevamente a la citada clínica privada (folio 65) donde le fue practicada una nueva ecografía, anotándose “*Visualización restringida por posición fetal*”, y registrándose los siguientes resultados: situación transversa izquierda; latido y movimientos fetales presentes; crecimiento fetal dentro de la normalidad; longitud del fémur en límites bajos; ausencia de riñón y arteria renal derecha; hidronefrosis izquierda y pies zambos.

El 21 de mayo le fue practicada nueva ecografía en el Hospital La Paz, con los siguientes hallazgos en el estudio anatómico: hidronefrosis izquierda moderada por estenosis de la unión pieloureteral; no visualización del riñón derecho, no descartando la posibilidad de riñón pélvico y vejiga normal. Ante los resultados se programó cesárea para el 7 de junio de 2010.

Previamente a la realización de la cesárea, el 31 de mayo se efectuó una nueva ecografía en el CEP José Marvá, con los mismos resultados que la realizada anteriormente en el Hospital La Paz.

El 6 de junio de 2010 ingresa en obstetricia del Hospital La Paz para cesárea programada haciéndose constar expresamente que se trata de un embarazo de alto riesgo y que su control se había llevado a cabo en dicho centro (folio 48).

Finalmente, el 7 de junio se llevó a cabo el parto por cesárea, naciendo un varón con Apgar 3 al minuto y 4 a los 5 minutos, precisando reanimación tipo IV (intubación endotraqueal), y traslado a la UCI pediátrica.

Además de pie zambo bilateral, hidronefrosis izquierda y agenesia renal derecha, se apreciaron en el recién nacido piernas hipotróficas y limitación de la abducción de caderas. Los estudios de imagen evidenciaron un Síndrome de Regresión Caudal con agenesia sacra y de columna vertebral distal.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

En la instrucción, se ha recabado informe del jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del HUSO, de fecha 26 de abril de 2013, en el que puso de manifiesto:

“[la reclamante], acudió, a petición propia, a la consulta de Diagnóstico Prenatal de nuestro hospital, para realizarse screening combinado de cromosomopatías, encontrándose gestante de 10 trimestre. (...)

Realizada analítica específica de 1º trimestre y ecografía de las 12 semanas, que se informa como normal, con marcadores de cromosomopatías negativos, el índice de riesgo combinado para trisomía 21 es de 1/100 (riesgo elevado), por lo que se informa a la paciente y su pareja de los resultados y se les ofrece la posibilidad de realizar amniocentesis genética, técnica que se le efectuó, previo consentimiento informado, a las 16 semanas de gestación, sin incidencias y cuyo resultado fue de cariotipo normal 46 XY. La ecografía de control postamniocentesis también fue normal.

Se le programa ecografía morfológica de 20 trimestre, la cual se efectuó a las 20 semanas de gestación, informándose como normal, con el único hallazgo de pelvis renal izquierda de 7,5 mm, indicándose nuevo control ecográfico a las 28-30 semanas.

Es importante señalar que esta paciente, solamente acude a nuestro hospital para la realización de las ecografías, no demandando en ningún momento controlar su embarazo en la consulta prenatal de nuestro área, probablemente por ser ya atendida en otro área o en algún centro privado.

A las 30 semanas, tal como estaba programado, le hacemos una nueva ecografía, en la cual se evidencia agenesia renal unilateral (derecha), hidronefrosis renal izquierda, con pelvis renal de 16 mm, sin dilatación de cálices y con corteza renal conservada y pies equinovaros, sin observarse otras alteraciones.

El Dr. C.M., F.E.A. de nuestro hospital que realiza esta ecografía, manifiesta que la paciente le indica verbalmente que ya conoce estos hallazgos, hecho que no se refleja por escrito en el informe ecográfico.

Después de esta exploración, la paciente ya no vuelve a acudir para ningún control en nuestro hospital.

Hay que hacer constar que la atención prestada a esta paciente en nuestro centro es acorde, en todo momento, a protocolo, siendo correctos todos los pasos seguidos.

Por otra parte, hay que recordar las limitaciones diagnósticas que la técnica ultrasonográfica puede presentar en muchos casos, mencionadas en el consentimiento informado que la paciente firma antes de la exploración, el cual advierte que no todas las alteraciones son siempre detectables por ecografía. Así es sobradamente conocido que la ecografía de diagnóstico prenatal tiene una sensibilidad media del 60 % (aún siendo del 90 % en algunas de ellas), hay pues un 40 % de anomalías cuyo diagnóstico es postnatal.

Las malformaciones y anomalías del sistema urinario son, con frecuencia, evolutivas en el tiempo, lo que se traduce en que en ocasiones no son detectadas hasta comienzos del 3º trimestre de gestación. En cuanto a la agenesia renal unilateral, con bastante frecuencia, pero no siempre, es detectable en la ecografía del 2º trimestre, pero este hallazgo puede verse dificultado por la posición del feto, sombra acústica de la columna fetal, mala transmisión del sonido, escaso volumen de líquido amniótico... En cualquier caso, esta anomalía por sí sola, no tiene ninguna repercusión negativa, cuando el parénquima y función del otro riñón es normal. Así, en muchos individuos monorrenos, el diagnóstico es casual en algún

momento de su vida, al someterse a alguna exploración de imagen por otro motivo.

El término de síndrome de regresión caudal fue acuñado por Duhamel en 1961, pero la agenesia sacra fue descrita por primera vez por Hohl en 1852. Es una rara anomalía, cuya incidencia oscila según los distintos autores entre 1/300.000 y 1/17.500, con predominio en varones y el grado de repercusión de esta malformación depende del nivel de la lesión. Así, aquéllos con agenesia sacra parcial o del cóccix pueden ser asintomáticos y, por el contrario, los pacientes con agenesia lumbar o sacra completa pueden tener severas deformidades de los miembros inferiores, combinadas con malformaciones del tracto digestivo, como la agenesia anal o ano imperforado, genitourinario, cardiopatías congénitas, fisura palatina y defectos del tubo neural. La alteración neurológica derivada de la afectación de la médula espinal en su porción distal ocasiona incontinencia y déficits motores en miembros inferiores. Su etiología todavía no es bien conocida. Dentro de las hipótesis etiológicas se ha descrito la diabetes mellitus materna como uno de los factores más importantes responsables de las malformaciones de la zona espinal. También se han descrito casos familiares con un patrón autosómico dominante. (An Esp Pediatr 1996; 44:405-408.), (Rev. chil. pediatr. v.81 n.2 Santiago abr. 2010).

Aunque los aparatos de ecografía han mejorado sensiblemente en los últimos años, en este caso se trata de una anomalía poco frecuente y escasamente diagnosticada intraútero, según las series pediátricas que cuentan con mayor número de casos, las cuales informan que sólo en el 45 % de los casos publicados se hace el diagnóstico prenatal. En el contexto de una agenesia renal bilateral con un oligoamnios severo y con la demostración de una sola extremidad inferior, puede

permitirse el diagnóstico prenatal. Ninguna de estas anomalías se presentaban en este caso. (Arch Gin Obstet - 2008; 46).

Una vez examinada toda la documentación aportada y en concreto el informe de alta neonatal, se puede constatar que el diagnóstico de tal entidad se realizó postnatalmente y que se desconocía antes del nacimiento. Esto unido al hecho de que sabemos que a la paciente se le realizaron exámenes en otros centros y por diferentes especialistas a edades gestacionales intermedias y posteriores a los nuestros y en los que lamentablemente tampoco se pudo realizar el diagnóstico antenatal de agenesia lumbosacra, aún siendo el feto de mayor tamaño, corrobora y confirma la dificultad del diagnóstico ya publicada en la literatura. (...)

Finalmente, queremos concluir con el hecho evidente de que dos facultativos de nuestro centro realizaron exámenes a esta paciente, sin haber objetivado la anomalía existente. Pero también es una realidad que otros especialistas pertenecientes a otros centros tampoco lograron realizar dicho diagnóstico antenatal. Por esta razón, se puede llegar a deducir que, aunque este diagnóstico fuese factible teóricamente en este caso particular, cuando menos no debía ser evidente en la práctica, por razones que no es posible precisar en el momento actual (disposición fetal, ausencia de marcadores intracraneales ...).

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe de 28 de octubre de 2013, en el que, tras la exposición de los antecedentes de hecho y el análisis de la historia clínica de la reclamante y de los informes médicos emitidos, destaca que la reclamante no era objeto de seguimiento en el HUSO sino en otros centros tanto públicos como privados, aspecto éste que no es destacado en la reclamación.

Por eso, la Inspección considera que deben tenerse en cuenta todas las ecografías realizadas para poder valorar adecuadamente los hechos.

Así, en cuanto a las realizadas en el HUSO los días 10 de diciembre de 2009 y 22 de enero de 2010 destaca que: *la primera corresponde a la "Ecografía del Primer Trimestre o de cribado de alteraciones cromosómicas". Confirmó la vitalidad fetal, se midió la translucencia nucal (2mm: normal) y se ajustó la edad gestacional según CRL en 11+3 semanas. Se cumplieron por tanto sus objetivos (ver Consideraciones Médicas) y resultó dentro de la normalidad.*

En lo que respecta a la segunda, poco afecta al caso porque su objetivo no era estudiar en detalle al feto. La [reclamante] había sido sometida a amniocentesis el 07/01/10. La técnica supone la introducción de una aguja en la cavidad amniótica a través de la pared abdominal y uterina maternas, bajo control ecográfico, para la extracción de líquido amniótico de donde se obtienen las células fetales para el estudio citogenético. De forma rutinaria se realiza una ecografía de control a la semana (tiene entre sus objetivos controlar posibles pérdidas de LA consecuencia de la punción).

Pues bien, en la ecografía de control (14/01/10) se observó una ligera disminución del líquido amniótico siendo ésta precisamente la razón de realizar otra el día 22/01/10. Obviamente el día 22 el estudio se limitó a medir el volumen de LA, que era ya "normal" y, en lo que respecta al feto, sólo se comprobó la existencia de latido y movimiento".

En cuanto a las ecografías realizadas en el segundo trimestre pone de relieve que se efectuó una el 2 de febrero de 2010 (semana 20) en el Hospital La Paz, otra el día 5 de dicho mes en el HUSO (semana 20+3) y otra el 9 de marzo en el CEP José Marvá (semana 25).

Señala el Informe de la Inspección que «(...) la ecografía en el Hospital La Paz estuvo motivada por una metrorragia leve. En el informe se señala su carácter básico (nivel 1) y, como tal, se limitó a comprobar la vitalidad fetal, su posición y biometría y las características

de la placenta y LA, Todo resultó dentro de la normalidad. Lo mismo puede decirse de la realizada en el CEP "José Marvá".

Pone de manifiesto que la ecografía del segundo trimestre tiene como uno de sus principales objetivos el estudio de la anatomía fetal y, en la que se realizó en el HUSO, tan solo se apreció una dilatación de la pelvis renal izquierda que medía en su diámetro antero-posterior 7,5mm.

Al respecto destaca la Inspección que: *"las dilataciones leves, sean uni o bilaterales, en la mayoría de los casos no reflejan patología importante. No obstante, teniendo en cuenta que pueden progresar y que un número pequeño de ellas asocian reflujo vesico-ureteral deben ser controladas rutinariamente durante el embarazo.*

Por tanto, señalar que la pelvis renal izquierda del feto media 7,5 mm es lo mismo que decir hidronefrosis (pielectasia) izquierda leve".

En cuanto a las ecografías realizadas en el tercer trimestre, la Inspección señala que se efectuaron los días 9 de abril de 2010 (semana 29+1) en el Hospital La Paz, el 12 de abril (semana 29+4) en una clínica privada, el 14 de abril (semana 30+1) en el HUSO, el 5 de mayo (semana 33+1) en el CEP José Marvá, el 13 de mayo (semana 34) en la misma clínica privada, el 21 de mayo (semana 35+1) en el Hospital La Paz y el 31 de mayo (semana 37) en el CEP José Marvá.

El informe afirma que, salvo las realizadas en el CEP José Marvá, el resto de las ecografías realizadas lo fueron de nivel II, utilizándose en el centro privado tecnología 3D/4D.

Para la Inspección, pese a que no se recoja así en la reclamación, lo mas probable es que en todas los hallazgos fueran superponibles: *«hidronefrosis izquierda con corteza renal conservada, pies zambos y no visualización del riñón derecho. En ninguna fue posible observar el Síndrome de Regresión caudal e incluso, en las más sofisticadas (3D/4D, Clínica xx)*

se señala expresamente que se ha examinado el esqueleto y “parece normal”.

La razón es que la ecografía no es una técnica infalible. Su sensibilidad media es del 56-60% con una importantísima variabilidad (18%/-85%) derivada de sus limitaciones. Así, la posición fetal, características de la madre (obesidad), cantidad de líquido amniótico, tipo de malformación, y, no menos importante, ser una técnica explorador-dependiente (en este caso no aplicable), hacen que no siempre sea posible ver los problemas que teóricamente puedan ser detectados. En definitiva, un resultado normal no garantiza al 100% que no se objetiven anomalías morfológicas al nacimiento».

Como resumen la Inspectora afirma que:

“1º. Que la hidronefrosis izquierda, la agenesia renal derecha y los pies zambos SÍ fueron diagnosticados en el HSO.

2º. Que si el Síndrome de Regresión Caudal no pudo ser detectado en tres diferentes centros utilizando equipos de alta gama y última generación, es que no era posible observarlo”.

Concluía finalmente afirmando que la asistencia sanitaria prestada en el HUSO se ajustó a la *lex artis*.

El 14 de enero de 2014 se concedió el trámite de audiencia a los reclamantes, que presentaron escrito de alegaciones el 31 de enero, en el que ratificaban íntegramente su escrito inicial.

Con fecha 18 de marzo de 2014, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación por considerar que la reclamación es extemporánea y que la actuación del Servicio de Ginecología del HUSO se ajustó a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio de 26 de marzo de 2014 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 31 de marzo siguiente, formula consulta a este Consejo Consultivo y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 7 de mayo de 2014.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 de la misma ley.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 de la ley.

SEGUNDA.- Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC).

Tal y como resulta del escrito de reclamación solicitan la responsabilidad patrimonial de la Administración al considerar que el síndrome de regresión caudal, la hidronefrosis izquierda y la agenesia renal derecha debieron haber sido detectadas en las ecografías efectuadas en el HSO *“debiendo haber sido informados y libremente haber actuado en consecuencia”* (folios 4). Por tanto nos encontramos ante el ejercicio de una acción de las del denominado *“wrongful birth”*, en las que, como señala la sentencia del Tribunal Supremo (Civil) de 14 de marzo de 2013 (recurso 1785/2010) con cita de la sentencia de 31 de mayo de 2011, el daño *“(…) es independiente de la decisión de abortar y resulta no sólo del hecho de haber privado negligentemente a la madre de la posibilidad de decidir acerca de su situación personal y familiar y de consentir, en definitiva, dar vida a un nuevo ser, que afectará profundamente a la suya en todos los sentidos, sino de los efectos que dicha privación conlleva derivados de los sufrimientos y padecimientos ocasionados por el nacimiento de una hija afectada por un mal irremediable -daño moral-, y de la necesidad de hacer frente a gastos o desembolsos extraordinarios o especiales -daños patrimoniales- teniendo en cuenta en cualquier caso que no estamos ante la concepción no deseada de un hijo, sino ante un embarazo voluntario en el que el niño no representa un daño más allá de lo que comporta ese plus que resulta de la incapacidad”*.

Procede, por tanto, reconocer la legitimación activa de los reclamantes en cuanto padres del menor afectado por las citadas malformaciones.

Junto a la reclamación se aportó un poder general para pleitos otorgado por los reclamantes a favor del letrado firmante de la reclamación. De esta forma, ha de entenderse acreditada la representación conforme a lo previsto en el artículo 32.3 de la LRJ-PAC.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid al referirse la reclamación a la asistencia prestada en un centro integrado en sus servicios sanitarios.

En lo relativo al procedimiento, el órgano peticionario del dictamen ha seguido en su tramitación los trámites previstos en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado por el Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

En concreto se ha admitido la prueba documental aportada por los reclamantes, se ha recabado el informe del servicio supuestamente causante del daño y se ha concedido trámite de audiencia tal y como establecen los artículos 9, 10 y 11 del RPRP.

Debe hacerse una especial referencia al plazo para reclamar.

A tenor del artículo 142.5 de la LRJ-PAC las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, cuando se trate de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, como se ha expuesto, los reclamantes basan su reclamación en la falta de diagnóstico previo al nacimiento del síndrome de regresión caudal, de la hidronefrosis izquierda y la agenesia renal derecha que padece su hijo.

Con independencia de que, tanto la hidronefrosis y la agenesia, sí fueron detectadas en las pruebas realizadas tanto en los centros públicos como en la clínica privada a la que acudió la reclamante, lo cierto es que la presencia de esas malformaciones en el menor quedó plenamente establecida en el informe de alta del Servicio de Neonatología de fecha 30 de junio de 2010 (folios 27-29).

Como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2013 (recurso 4606/2012) *«La determinación del “dies a quo” para el cómputo del plazo de prescripción parte de la teoría de la “actio nata”, que tal y como ha sido formulada por nuestra jurisprudencia se basa en un completo conocimiento de las consecuencias dañosas que el evento le ha causado, y que en el caso de lesiones y secuelas se sitúa en el momento en el que el lesionado conoció el alcance de las mismas, tal y como expresamente dispone el art. 142.5 de la Ley 30/1992. Y este conocimiento puede coincidir con el alta médica o situarse en un momento anterior, ello dependerá de los datos existentes y de que estos sirvan para determinar que la lesión o secuela se ha estabilizado o consolidado y sea posible conocer el alcance real del daño que se reclama».*

Aplicando esa doctrina al presente caso debemos entender que es la fecha del informe de alta de Neonatología la que constituye el *dies a quo* para el cómputo del plazo, toda vez que la naturaleza de las malformaciones que padece el menor supone que estamos ante un daño permanente por lo que los tratamientos o intervenciones posteriores que traten de mejorar la calidad de vida del menor o mitigar sus padecimientos no reabren el plazo de prescripción, tal y como indicamos en nuestro Dictamen 79/08, de 5 de noviembre, con cita de la sentencia del Tribunal Supremo de 12 de noviembre de 2007.

En consecuencia, la reclamación, presentada el 1 de abril de 2013, resulta manifiestamente extemporánea, por más que esté fechada el 23 de noviembre de 2010 y que en la misma se mencione de forma sintética que se presenta dentro del plazo legal sin ninguna explicación al respecto.

En cualquier caso, debemos destacar, siquiera sea de forma somera, que el informe de la Inspección y el de la Sección de Obstetricia y Ginecología del HUSO afirman que la asistencia se ajustó a la *lex artis* sin que en las ecografías realizadas existieran elementos suficientes para advertir a los

padres del síndrome de regresión caudal diagnosticado al menor tras su nacimiento y sin que los reclamantes hayan aportado prueba alguna que permita establecer lo contrario.

En cuanto a la hidronefrosis y la agenesia renal, no puede hablarse de daño alguno pues sí fueron diagnosticadas en el embarazo y los reclamantes no fueron privados de ninguna posibilidad de actuación relacionada con esas deformaciones.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente



CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen al haberse presentado de forma extemporánea y haber prescrito el derecho a reclamar.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 7 de mayo de 2014