

Dictamen n.º: **275/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios que dice sufridos, atribuidos a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (en adelante HUFA) con ocasión del parto realizado en el mismo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 28 de junio de 2022, firmado por abogada que dice actuar en representación de la reclamante, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños derivados del parto realizado en dicho centro hospitalario.

Relata la reclamación que, a finales del año 2016, la reclamante consiguió quedarse embarazada, embarazo que transcurrió con normalidad, siendo así que, el día 30 de septiembre de 2017, tras la rotura de bolsa o saco amniótico, ingresó el HUFA. Según refiere, el

parto fue instrumentalizado, con fórceps, desgarro y episiotomía amplia, además de traumático, agresivo y deshumanizado, sufriendo aún, la reclamante, las consecuencias del mismo tanto a nivel físico como psicológico. Durante la dilatación, el niño sufrió períodos de bradicardias y, aun así, y a pesar de las continuas llamadas de la interesada refiriendo dolor, los facultativos decidieron continuar con un parto vaginal que, tras la pérdida del bienestar fetal decidieron instrumentalizar, como se mencionaba anteriormente.

Continúa señalando que se ignoraron las continuas llamadas realizadas por la reclamante que refería que “*algo no iba bien*”, y efectivamente, el niño venía con vueltas del cordón umbilical en su cuello y los dolores eran demasiado intensos para haber recibido por aquel momento dos dosis de anestesia; tras el mismo, tampoco se le prestó la atención merecida a sus dolores, que fueron referenciados varias veces, y al “*mal aspecto*” que recibían sus cicatrices y puntos tras la episiotomía. Refiere la reclamación que, prueba de la agresividad de la situación, es el hecho de que el recién nacido nació con un encefalohematoma, siendo cuatro años después diagnosticado, tal y como constan en los últimos informes del menor con “*plagiocefalia residual*” a efectos estéticos.

A su entender, es este momento del parto el desencadenante del intenso dolor en zona pélvica y genital que actualmente viene sufriendo la interesada desde 2017 y que por momentos se ha ido agravando, dejándola sin la oportunidad de desarrollar su vida personal y profesional con la más mínima normalidad.

Tras muchas sesiones de rehabilitación, la situación no ha mejorado ni lo más mínimo, de hecho, incluso le han derivado a distintas especialidades como Neurofisiología por el padecimiento de incontinencia urinaria tras el parto y por “ *posible lesión en lado derecho del suelo pélvico por asimetría en la exploración*”.

En junio de 2019, se le realizó un estudio de los músculos esfínteres, cuádriceps, tibial anterior, gemelo y pedios bilaterales cuya conclusión fue que se observaban signos de “*denervación crónica en el territorio radicular L5, S1 y S2, bilaterales de intensa moderada (radiculopatía motora crónica moderada)*”. También en ese mismo año diagnostican “*incipiente discopatía degenerativa de discos con cambio de señal grado 2, L2/L3 y L5/S1*” y “*extensa fibrosis de la vulva, con contornos asimétricos más prominentes (...) con posibilidad de atrapamiento de ramas del nervio perineal*”. También el año 2019, estuvo en seguimiento por la Unidad del Suelo Pélvico, en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, tras diagnóstico de dolor pélvico crónico por atrapamiento del nervio pudendo, de hecho, así consta en los informes de dicho año que incluso detallan que la paciente “*no debe permanecer sentada de manera continuada*”.

En mayo de 2020, la interesada volvió a dar a luz a un segundo hijo, esta vez en otro centro hospitalario sin complicaciones ni incidencias alguna, si bien, tras ello, acude a varias revisiones puesto que el dolor que comenzó en 2017 no hizo más que empeorar.

El 17 de marzo de 2021, acude a rehabilitación también en el Hospital Universitario La Paz, por aumento del dolor. En esta cita realizan infiltraciones transvaginales y transperineales en los puntos dolorosos, aún sin éxito ni mejoría, por lo que continúan los dolores, ya incluso sin permitirle permanecer sentada más de 20 minutos, con imposibilidad de mantener relaciones sexuales y con aumento de incontinencia tanto urinaria como fecal. En noviembre de ese mismo año, sigue constando en algún informe de evolución, del Hospital Universitario la Paz, “*dispaurenia postparto*”, mientras que, en otros, como el informe de radiodiagnóstico de fecha 27 de enero de 2021, consta que “*sospecha de neuralgia del nervio pudendo derecho*”. Según se indica, la reclamante, también precisó de asistencia psiquiátrica y

psicológica, que la recibió también en el Hospital Universitario la Paz, debido a la situación que estaba viviendo, los dolores padecidos y las consecuencias personales y laborales que este le estaba causando.

Precisa que, en 2022 también ha recibido este tipo de tratamientos y de intervenciones, infiltrándose distintos tipos de medicamentos (lidocaína, corticoide ...) sin mejoría, teniendo incluso que permanecer en baja por incapacidad temporal que ha ido conjugando con previas excedencias ya que no puede desarrollar su actividad profesional con normalidad.

La reclamación que no cuantifica la indemnización pretendida, viene acompañada de diversa documentación, así, informe de asistencia al parto del HUFA de 3 de octubre de 2017, informe alta nido del HUFA de igual fecha e informe cuidados de Enfermería de dicho centro hospitalario.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La reclamante de 38 años a la fecha de los hechos objeto de reclamación, presenta como antecedentes ginecológicos más relevantes, esterilidad primaria, causante mixta, diagnosticada de baja reserva ovárica. Un embarazo en 2016 tras fecundación in vitro (FIV), aborto en tratamiento conservador. Transferencia de un embrión descongelado el 7 de enero de 2017. Sangrado ligero (spotting) desde hace 4 días.

En comentario de evolución médica, del 30 de septiembre de 2017, se recoge “*primigesta de 40+1 sem, ingresa en TP. Gestación controlada en HUFA dentro de la normalidad. an3T: HB 12.4 plaq 169. VIHnegativo. TOxo negativo. S.O. y UC negativo. eco34: cefálica, p70. Niño. EGB negativo*”.

En comentario de 1 de octubre de 2017, se recoge ya el parto, consignando al respecto “*el día 1/10/17 se realiza Fe por RPBF. RCTG con deceleraciones profundas de hasta 80 1pm, con todas las contracciones, seguidas de bradicardia mantenida a 80 1pm.*

TV: dilatación completa, OP, 111 plano. Episiotomía MLD.

Nace RNV varón de 3305g, Apgar 7/9, pH 7.12/7.13, con 3 circulares reducibles y un nudo verdadero de cordón.

Alumbramiento espontáneo. Revisión del canal blando del parto, no desgarros, episiorrafia sin incidencias. Útero bien contraído, SV orina clara, TR normal. Diclofenaco IR.”.

En comentario de evolución de la matrona, de 1 de octubre de 2017, se recoge “*cumplimentado y firmado consentimiento de DSCU. Se recoge sangre para DSCU pública y se envía a banco de sangre. Puerperio inmediato. TA: 112/54 mmHg, P37.5°C. Útero bien contraído, metrorragia fisiológica. Oxitocina 10 UI iv. Inicia lactancia materna precoz. 2º control puerperio inmediato TA:129/58 mmHg, T 37.8 °C. Útero bien contraído, metrorragia fisiológica. Periné en buen estado. Realizado sondaje vesical de vaciamiento. Retirado catéter epidural según protocolo. Se deja vía periférica por febrícula materna. Comprobada identidad materno-filial. Se hace entrega de documentación para registro civil a la madre. Pasa a planta. Avisada a Enfermería. Cuidados habituales. No cumple criterios de AM”.*

Queda ingresada en planta, recogiéndose a su ingreso, “*a su llegada a planta consciente, orientada, afebril, normotensa y normocárdica. Ligero edema vulvar aplicamos hielo local. Útero contraído infráumbilical, sangrado fisiológico. Se inicia tolerancia oral. Movilidad completa de MMII. Pendiente de micción y aseo autónomo. LM precoz.*

Mamas de aspecto normal. Calostro +. Se instruye en cuidados del puerperio y RN. Ayudamos a enganchar".

En comentario de evolución de Enfermería, de 2 de octubre de 2017, se consigna "periné en buen estado. No presenta edema vulvar. Loquios fisiológicos. Refiere haber tenido un episodio puntual de incontinencia fecal. Precisa analgesia oral.

LM: mamas de aspecto normal, precisa ayuda para enganchar al RN al pecho. Aclaramos múltiples dudas e insistimos en las tomas frecuentes al pecho. Damos recomendaciones para el autocuidado y cuidado del RN".

En exploración neonatal prealta, de 3 de octubre de 2017, no se aprecian hallazgos relevantes salvo cefalohematoma parietal derecho, ictericia leve y angiomas tenues en regiones frontal media y occipital.

Con igual fecha, 3 de octubre de 2017, se procede con el alta de la paciente.

El 20 de marzo de 2018, acude a consulta de Ginecología del HUFA, se recoge al respecto "paciente de 39 años que acude a consulta de suelo pélvico remitida por incontinencia de orina y alguna perdida de heces tras la deposición. Continua con lactancia materna exclusiva. Tiene molestias a pesar de la hidratación local. Ha acudido a fisio y ha mejorado algo, pero no mucho. Cerro la episiotomía de 2 intención.

*Incontinencia Fecal NO/ Incontinencia gases: NO

*IUE no

*IUU no

*Tiene perdidas inconscientes. Gotas.

*Frecuencia no Urgencia no· y volumen miccional no.

**Nicturia: 1.*

**Tenesmo terminal: no Goteo postmiccional: no.*

**Estreñimiento: no Digitalismo: no.*

**RS: * Dispareunia si.*

**Uso de absorbentes/día: si.*

**Dificultad para iniciar la micción: no.*

**Precisa prensa abdominal: NO.*

**Índice de Sandvick: a diario gotas.*

**ICIQ-SF:*

(...)

cicatriz, externa de episiotomía normal.

Dolor a la palpación profunda del elevador del ano derecho y posible avulsión aunque parcial. Laxitud vaginal. Tacto vaginal sin patología palpable. Atrofia vulva vaginal.

JD IU a filiar.

Explico que la valoración total solo se puede hacer cuando haya terminado por los efectos de la PRI a nivel genital.

Juicio diagnostico.

IU a filiar.

Dolor a nivel elevador del ano derecho.

Doy recomendaciones”.

El 4 de mayo de 2018, consta “*ecografía ginecológica AR: útero en AVF, regular, de 58x29x51 mm. Endometrio lineal de 1mm. Cervix libre. Mioma subseroso en cara anterior de 9x5mm, avascular. OD:25x20mm, OI:25x11mm. Ambos ovarios se visualizan de tamaño y ecoestructura normal. Orientación diagnóstica: aparato genital interno normal. Renderización: Sin defectos en el elevador. IAS / EAS integras*”.

El 9 de mayo de 2018, figura comentario de evolución médica, en el que se recoge “*resultados*”:

-ECO-AR: Útero en AVF, regular, de 58x29x51 mm. Endometrio lineal de 1 mm: Cervix libre. Mioma subseroso en cara anterior de 9x5mm, avascular.

OD:25x20mm, OI:25x11mm. Ambos ovarios se visualizan de tamaño y ecoestructura normal.

Orientación diagnóstica: aparato genital interno normal.

Renderización:

Sin defectos en el elevador. IAS / EAS íntegros.

Se reexplora: TV normal, no signos de vaginismo. Comenta dolor a palpar MSP sin puntos TRIGGER

Solicita canalización para RHB SP en otro centro. Tramito la solicitud y cito para seguimiento 1a. Doy informe”.

Con posterioridad, es atendida en otros centros hospitalarios. Así consta consulta en Rehabilitación del Hospital Universitario Ramón y Cajal (en adelante HURC), de 25 de marzo de 2019, respecto de la que se anota “*revisión urinaria esfuerzo y dolor tras parto traumático*”.

El dolor es constante y empeora con las RRSS. La cicatriz cerró por segunda intención. Ha hecho rhb SP por lo privado 25 ss con indiva, tratamiento manual... sin mejoría

Aquí lleva 8 sesiones de rehabilitación de suelo pélvico y aún no ha notado mejoría. ICQ SF previo 18 puntos, hoy 18 puntos, igual.

En la EF asimetría en la exploración, más debilidad en lado derecho 2/5, izdo 4/5. Dolor a la palpación en cicatriz en a 3 cm de profundidad y el vestíbulo vaginal. Eco ginecológica Mayo 2018 informada sin alteraciones.

Pido EMG

Continuamos rehabilitación de momento. Explico posibilidad infiltrar la cicatriz. Revisión tras 8 - 9 sesiones más”.

Vuelve a ser atendida en el HUFA, así en comentario de evolución médica, fechado el 14 de mayo de 2019, se recoge “40a. Seguimiento Dolor Pélvico Crónico

-Actualmente en tto en H. Ramón y Cajal (3 días en semana desde marzo) y también estuvo con fisio privados e incluso con RF (Indiva).

-Tiene solicitado cita para electromiografía, en 6/2019.

Cito con resultados en julio y según resultados, remitir a U. Dolor.

La paciente está dudando si realizar seguimiento en Unidad Suelo Pélvico (porque tienen equipo con fisioterapeutas)”, consignándose en resumen de situación “paciente de 40 años en Seguimiento en la Unidad del Suelo Pélvico por diagnóstico de Dolor Pélvico Crónico probablemente secundario a síndrome del atrapamiento del Nervio Pudendo por lo que no debe permanecer sentada de manera continuada”.

Consta, informe electromiográfico, de 19 de junio de 2019, del Servicio de Neurofisiología Clínica del HURC, en el que se concluye que “el estudio neurofisiológico no muestra signos de neuropatía del nervio pudendo en el momento actual.”.

El 24 de julio de 2019, consta nueva consulta en Ginecología del HUFA, haciendo constar en la evolución médica, “41a. Seguimiento Dolor Pélvico Crónico.

- *Realizado tto en H. Ramón y Cajal (3dias en semana desde marzo) y también estuvo con fisio privados e incluso con RF (Indiva).*

- *Aporta informe electromiografía, en 6/2019: Denervación crónica radicular LS S1 S2 y bilateral de intensidad moderada. Radiculopatía crónica motora moderada sin signos de lesión aguda Potenciales N. Pudendo normales.*

- *Pdte de infiltración el 2/9/2019.*

- *Comenta deseo de gestación a corto / medio plazo, pero tiene mucho miedo a que aumente la sintomatología. Se aclaran dudas y que se trata de un proceso complicado por ser patología neurológica degenerativa y crónica.*

- *Ha consultado en ginecólogo privado recientemente por molestias VV y le ha pautado una crema (¿antimicótica?) y ha notado mejoría.*

- *Expl.gine: Vulva sin eritema. Vagina normal con flujo fisiológico”.*

El 2 de septiembre de 2019, figura informe de evolución de Rehabilitación del HURC en el que figura como juicio clínico el de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) postparto resistente a tratamiento conservador y dolor pélvico crónico postparto.

El 16 de diciembre de 2019, se fecha el informe de alta de Ginecología del HURC, en el que al referirse a la historia actual, figura “*mujer de 41 años remitida desde Rehabilitación por "41 años. Dolor en episiotomía tras parto 2017 (parto con expulsivo prolongado+ fórceps). El dolor no mejora con RHB ni infiltración. Actualmente embarazada. Ruego valoración. Gracias*”, consignándose en lo referido a la exploración física “*genitales externos normales. Vagina sin alteraciones. Cervix bien epitelizado. útero gestante con altura acorde a edad gestacional. Anejos libres.*”.

El 21 de abril de 2020, consta que se postpone la cita en HUFA, ante la situación de crisis sanitaria de pandemia Covid-19.

El 22 de diciembre de 2020, acude nuevamente a consulta, consignándose “*ha tenido su 2ºparto eutócico en 5/2020 y sin dolor.*

- *Antecedente de que su 1ºparto fue con mucho dolor y que no le hizo efecto la epidural (RN: 3300g)*
- *Describe gran episiotomía y dehiscencia posterior*
- *No refiere IU con golpes de tos pero tiene sensación de escapes de orina*
- *Ha consultado a ginecólogo privado*
- *RMN en c. privado (7/2019): extensa fibrosis de la vulva, cordones asimétricos más prominente hacia la grasa isquiorrectal dcha con posibilidad de atrapamiento de ramas del n.perineal .*

Cambios postquirúrgicos en relación con la episiotomía. Regiones proximales de grasa isquiorrectal y canal principal del pudendo, normales.

Planteo opción de remitir a la Unidad del Dolor y acepta. Tiene pendiente revisión en H. Ramón y Cajal para RHB”.

Consta nota de asistencia, de 27 de abril de 2021, reflejando “*dolor miofascial suelo pélvico*”.

Evolución Médica:

27/04/2021 Paciente acude remitida de ginecología por presentar dolor a nivel de la cicatriz de episiotomía realizada hace tres años y medio sin compromiso de nervio pudiendo evidente con EMG normal, con contractura ms de isquipubianos, obturadores, trasverso del periné y elevador del año debido a retracción de cicatriz.

En seguimiento en U. dolor en suelo pélvico, recomiendo seguir esa pauta y control en 6m

DIAGNOSTICO:

- Sindrome doloroso miofascial de suelo pélvico a expensas de hipertrofia generalizada.”.

En igual nota de asistencia de 23 de diciembre de 2021, se indica “*le están viendo en la paz (unidad de suelo pélvico) También dolor de glúteo y cadera. Va a múltiples centros para el tratamiento pero con escasa mejoría. Doy cita de revisión.*

Tratamiento: igual”.

Con fecha 26 abril de 2022, figura nueva consulta respecto de la que se recoge “*consulta por hallazgo de quiste anexial de aspecto funcional. Mala respuesta a los ttos por dolor pélvico crónico. Citología negativa hace menos de tres años.*

Exploración: GE y V normales. Cervix buen aspecto. Utero y anejos sin patología palpable.

Ecografía en consulta: útero en AVF. Mioma en cara anterior de 9 mm. LME sin patología focal, de 3 mm. Ovarios de aspecto normal.

Se remite a suelo pélvico.”.

En el HUFA, Servicio de Ginecología, consta como última consulta la fechada el 3 de mayo de 2022, en la que se hace constar “43 años. *Acude para valoración. Dx de dolor pélvico crónico.*

Clínicamente es sugestivo de neuropatía del pudendo

Se queja de estar húmeda pero no nota las pérdidas de orina y a veces también tiene urgencia fecal.

Está en tto con la Unidad del Dolor de la Paz.

Electromiograma: Sin signos de neuropatía del pudendo. Ella dice que el dolor lo tiene continuamente.

Exploración. No se palpan lesiones. Es un dolor de tipo neuropático que cede con el masaje. No tiene hipertono de elevadores. No celes. Especuloscopia normal.

Le han hecho muchas infiltraciones de pudendo, neuromodulación y están valorando toxina.

Recomiendo iniciar tto con Tryptizol.

Pauto EMla (dice que con fortacin no puede por el spray).

Tiene muy mala calidad de vida porque dice que no puede estar sentada y le afecta a su capacidad de concentración.

Remito a Psiquiatría”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito de la instrucción notificado el 5 de julio de 2022, se requiere a la abogada firmante de la reclamación para que en el plazo de diez días o bien se firme la reclamación por la interesada o se acrecrite en debida forma la representación que dice ostentar. Requerimiento atendido el 19 de julio de 2022, adjuntando escritura pública de poder para pleitos, de 12 de julio de 2022, por la que la interesada otorga poder general y especial en favor de la abogada actuante.

Consta incorporado informe atinente a la reclamación formulada, elaborado por el servicio médico del HUFA que intervino en la asistencia médica reprochada.

A estos efectos, obra informe, fechado el 3 de septiembre de 2022, elaborado por la jefe de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del HUFA. Refiere, en primer lugar, los antecedentes de la paciente, señalando al respecto que “*además de su historia de infertilidad la paciente tenía una larga historia de dolor crónico por el que había sido atendida en múltiples ocasiones por las Unidades de Traumatología, Rehabilitación y Unidad del Dolor desde el 2013.*

Inicialmente valorada por Traumatología la paciente había referido dolor lumbar bajo y glúteo izquierdo con irradiación a cara posterior de muslo y pierna hasta planta (possible sd piramidal), dolor escapular, metatarsalgia bilateral. En estudio por RM se descubrió una discopatía degenerativa L5-S1.

Los diagnósticos recibidos por la Unidad de Rehabilitación se resumen.

- 2013 por dolor en glúteo izquierdo, compatible con sd del músculo piramidal. Dorsalgia mecánica. TENS en glúteo izquierdo, estiramientos de musculatura trocantérea y rotadores de cadera y ejercicios de flexibilización y fortalecimiento de columna dorsal. Tratamiento previo con MO y masoterapia sin alivio.*
- 2014 por Cervicalgia y lumbalgia crónica recurrente. MO cervical y lumbar, tracción cervical y ejercicios y normas de higiene en escuela de espalda.*
- 2017 Lumbalgia mecánica persistente sin radiculopatía. Cervicalgia de larga evolución. Programa de ejercicios de fortalecimiento de columna cervical y lumbar”.*

Señala posteriormente en cuanto al parto, que “el día 30.09.22 ingresó en inicio de trabajo de parto con 2-3cm de dilatación. A las 14:30h se administró analgesia epidural. El trazado de RCTG fue normal salvo la presencia ocasional de alguna deceleración que solo en 1 ocasión en que coincidiendo con hipertono precisó de perfusión de ritodrine y suspensión de la perfusión oxitócica. En todo momento la paciente estuvo correctamente tratada y atendida. Pese a la apreciación de la paciente no existió ningún criterio que indicara alterar la evolución espontánea o la vía del parto. Es cierto que avisó por insuficiente control del dolor con la analgesia epidural, hecho que ocurre con cierta frecuencia con este tipo de analgesia y que se puso en conocimiento del Anestesista responsable.

El parto progresó con normalidad hasta las 00:13, en que con dilatación completa, el trazado fetal presentaba deceleraciones profundas de hasta 80 lpm seguidas de una bradicardia mantenida de 4 min de duración. Ante esta situación se decidió optar por la realización de un

fórceps por riesgo de pérdida de bienestar fetal como vía más rápida y segura para la extracción fetal.

A las 00:23 nace varón de 3305g, Apgar 7/9, pH 7.12/7.13, con 3 circulares reducibles y un nudo verdadero de cordón. La revisión del canal blando del parto, no demostró desgarros y se suturó la episiotomía mediolateral practicada sin incidencias. La evolución hospitalaria del puerperio fue normal, sin referencias a una posible complicación de la episiotomía aunque por notas posteriores presentó una dehiscencia que cerró por segunda intención”.

Señala seguidamente en cuanto a la actuación posterior de dicho servicio que “*el 20.03.18 Doña (....) fue vista en la Unidad de Suelo Pélvico del HUFA remitida por incontinencia de orina y alguna perdida de heces tras la deposición, además de molestias a pesar de la hidratación local. Había acudido a fisioterapia sin gran mejoría. La exploración no demostró prolapsos de órganos pélvicos ni desgarros, con dolor a la palpación profunda del elevador del ano derecho y posible avulsión parcial que la ecografía con reconstrucción 3D no demostró.*

El 09.05.18 acude a revisión por dolor pélvico crónico. En este momento la exploración es normal, salvo dolor en la palpación de la musculatura de suelo pélvico sin puntos Trigger. A petición de la paciente se canaliza para rehabilitación de suelo pélvico en otro centro. Desde entonces es seguida en otros centros públicos (Hospital Ramón y Cajal y Hospital La Paz) y privados. Se realizó RMN (fuera del HUFA) en Julio de 2019: extensa fibrosis de la vulva, cordones asimétricos más prominente hacia la grasa isquiorrectal dcha con posibilidad de atrapamiento de ramas del nervio perineal. Cambios postquirúrgicos en relación con la episiotomía. Regiones proximales de grasa isquiorrectal y canal principal del pudendo, normales. Tampoco el EMG (Junio 2019) demostró lesiones en el nervio pudendo.

Ha seguido siendo atendida en consultas de ginecología en el HUFA (a pesar de la canalización) el 14.05.19, 22.12.20 y 26.04.22.

Entretanto refiere un segundo parto en 2020 sin complicaciones atendido fuera del HUFA.

En su última visita en el HUFA para revisión de su dolor pélvico crónico la valoración clínica es sugestiva de neuropatía del pudendo con un dolor de tipo neuropático que cede con el masaje, sin hipertono de elevadores. Le han hecho varias infiltraciones de pudendo, neuromodulación y están valorando toxina. Refiere muy mala calidad de vida porque no puede estar sentada y le afecta a su capacidad de concentración”.

Justifica la decisión de auxiliarse de fórceps en el parto, indicando que “*la decisión de recurrir a una instrumentación en el parto mediante la aplicación de fórceps se basa en la necesidad de acortar la segunda fase del parto como puede ocurrir ante determinadas condiciones como: agotamiento materno o incapacidad para realizar pujos efectivos, patología materna que se agrave con maniobras de Valsalva, progresión inadecuada de la segunda etapa del parto a pesar de dinámica adecuada, o como en el caso que nos ocupa, sospecha de compromiso fetal potencial o inminente. Este hecho se puede atribuir en nuestro caso a la existencia de 3 circulares de cordón más 1 nudo verdadero*”. Precisa al respecto “*las complicaciones maternas incluyen laceraciones del canal del parto, hematomas, lesiones del tracto urinario y lesiones esfinterianas. En nuestro caso solo se produjo una dehiscencia de episiotomía que cerró por segunda intención con buenos resultados estéticos.*

Tanto el parto eutócico como el instrumental pueden producir dolor perineal o pélvico como secuela. La presencia de dolor perineal posparto podemos considerarla como secundaria a los traumatismos en los tejidos blandos producidos por el paso del feto a través del canal del parto.

En las mujeres con desgarros perineales, con episiotomía o con desgarro perineal obstétrico de 3 y 4 grado, o parto instrumental, encontraremos una prevalencia de dolor de una intensidad suficiente para tener significación clínica entre el 60-95% de los casos.

Aunque la cesárea protege el tracto genital de las lesiones del canal del parto, el riesgo a largo plazo de incontinencia o prolапso no es menor en cesáreas realizadas en segunda fase del parto comparado con el parto instrumental.

(...)

En relación con los riesgos del fórceps para el recién nacido hay que incluir: laceraciones del cuero cabelludo fetal y hematomas, parálisis facial, fracturas del cráneo y cefalohematoma. El cefalohematoma puede ser consecuencia de la presión de la cabeza del feto contra la pelvis materna y no solo causado por la aplicación de un fórceps. Se reabsorbe con buen pronóstico y dado que afecta a tejidos blandos no es causa de plagiocefalia. La plagiocefalia, o deformidad de los huesos del cráneo se suele deber a la presión constante de una parte del cráneo del bebé como consecuencia de la postura del niño al dormir en decúbito supino”.

Sobre la base de lo expuesto, entiende el informe del servicio actuante que la atención al parto fue correcta y respetuosa, siendo así que “*la decisión de abbreviar el expulsivo se basó en la evidencia de que la vía más rápida y segura para el nacimiento del bebé era la vaginal frente a la cesárea. El recién nacido no tuvo secuelas a medio plazo atribuibles al fórceps, mientras que el dolor pélvico y perineal que puede ser consecuencia del fórceps, también podría atribuirse o haber sido agravado por otras causas que deberían considerarse en el contexto de dolor crónico presente antes del parto*”.

Con fecha 13 de noviembre de 2023, se emite informe por la Inspección Médica en el que se entiende que la actuación médica controvertida es ajustada a la *lex artis ad hoc*.

El 17 de enero y el 6 de febrero de 2024, se notifica respectivamente al HUFA y a la reclamante, el preceptivo trámite de audiencia, sin que conste en el expediente que por ambos interesados se hiciera uso del trámite concedido.

Finalmente, se elabora por la viceconsejera de Sanidad la oportuna propuesta de resolución, fechada el 8 de abril de 2024, en la que se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

CUARTO.- El 16 de abril de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 240/24 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad

patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación, la reclamante gestante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia controvertida, fue dispensada en el HUFA, centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia prestada a la reclamante.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HUFA, así como la correspondiente a la atención prestada en el HURC y en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, si bien la asistencia prestada en esos dos últimos centros no es objeto de reproche, y se ha emitido informe

por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la reclamante que no hizo uso del trámite concedido.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- En relación con el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, para que la reclamación pueda surtir efecto es necesario que haya sido formulada dentro del plazo que permite la ley, esto es, antes de haberse producido la prescripción del derecho a reclamar.

A estos efectos, el artículo 67 de la LPAC señala en su apartado primero que “*el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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*”.

Así conforme a lo expuesto, el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «actio nata», recogida en el artículo 1969 del Código Civil.

En cuanto a la interpretación judicial del precepto transrito, cabe traer a colación lo señalado en la Sentencia de 5 de octubre de 2023, de

la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, conforme a la cual “la cuestión ha sido objeto de tratamiento jurisprudencial en una pluralidad de sentencias como la STS, sc. 4^a, de 26 de Febrero de 2013 (rec. 367/2011) que dice «Este plazo de un año se rige por las normas generales sobre el cómputo de los plazos, iniciándose en el momento en que se pudo ejercitar la acción de responsabilidad - principio de la actio nata-, momento que no es otro que aquel en el que el perjudicado tuvo conocimiento del daño. En los casos de daños como los que son objeto de consideración en el presente caso y que describe la sentencia de instancia, desde la curación de dichos daños o desde la determinación del alcance de las secuelas, por lo que, y como expresa la sentencia recurrida, ese día a quo para el citado cómputo fue cualquiera de los ya mencionados 29 de septiembre de 2.006, fecha en la que declara la sentencia que se conocía el alcance de las secuelas y, por tanto, el daño permanente que aquejaba a la recurrente, o el 19 de abril de 2.007, en el que se le colocó un catéter epidural para bloqueo simpático por lo que era evidente que a partir de esta última fecha o de la anterior, se conocía el diagnóstico y el alcance de las secuelas, de modo que al interponer la reclamación el 1 de septiembre de 2.008, la acción estaba prescrita. En este sentido, nuestra jurisprudencia, de la que son muestra entre otras muchas las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distingue entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el “dies a quo” será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, como ocurrió en el caso enjuiciado”.

Abunda en ello la STS, sec. 4^a, de 28 de junio de 2011 (rec. 6372/2009) que dice "En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2000. A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene "proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993 , 28 de abril de 1997 , 14 de febrero y 26 de mayo de 1994 , 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que "el "dies a quo" para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto" (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos "aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad" (Sentencia de 23 de julio de 1997)".

Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estarse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009 , 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 - recursos 3425/2005 , 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación

coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo».

En el caso concreto que nos ocupa, se reclama por el dolor en la zona pélvico genital que viene sufriendo la reclamante, que son atribuidos al parto de octubre de 2017, desde el cual, la reclamante ha sido sometida a tratamientos del dolor y rehabilitación sin resultado según refiere la reclamación.

Así las cosas, lo relevante es determinar el momento en que esa dolencia puede considerarse permanente al carecer de tratamiento efectivo más allá de los paliativos del dolor.

A este respecto, procede estar a la historia clínica de la reclamante obrante al expediente tramitado, de la que se desprende que ya desde los años 2018 y 2019 se ha calificado el dolor objeto de reclamación como crónico. Así en la nota de asistencia de Ginecología del HUFA de 9 de mayo de 2018, se recoge un juicio diagnóstico de incontinencia urinaria (IU) y dolor pélvico crónico, de igual modo en la nota de asistencia de Urología del HUFA, fechada el 25 de abril de 2019, refiere que desde el parto instrumental presenta incontinencia mixta con predominio de esfuerzo, así como dolor intenso en zona de episiotomía, por su parte en la nota de asistencia de Ginecología del HUFA de 14 de mayo de 2019, refiere que la reclamante está en seguimiento en la Unidad de Suelo Pélvico por diagnóstico de dolor pélvico crónico. Parecer que se repite en la asistencia prestada en el HURC, así en el informe de Urología de 12 de agosto de 2019, se recoge como motivo de consulta el de incontinencia urinaria y dolor pélvico crónico postparto, en igual línea, el informe de Rehabilitación, de 2 de septiembre de 2019, que concluye en un juicio clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) postparto y dolor pélvico crónico postparto, siendo así que en el informe de alta de Ginecología de 16 de diciembre de 2019, se recoge que el dolor no mejora con rehabilitación ni con infiltración.

Por tanto, a las fechas indicadas, mayo de 2018 y aún en el mejor escenario posible para con la reclamante de diciembre de 2019, era conocido que las secuelas que la reclamante padecía y atribuye a la asistencia sanitaria prestada, eran crónicas y no eran susceptibles de tratamiento real efectivo.

En este sentido, como señalábamos en el Dictamen 53/23, de 2 de febrero, es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo que afirma que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, así sentencias de 10 de mayo de 2011 (recurso 3301/2007), de 26 de febrero de 2013 (recurso 367/2011) y de 6 de mayo de 2015 (recurso 2099/2013), entre otras.

Así las cosas, cabe concluir que el daño reclamado presentaba ya en mayo de 2018 y en el mejor de los supuestos para con la interesada, en diciembre de 2019, el carácter de daño permanente, por lo que ciertamente, al haberse interpuesto la reclamación el 28 de junio de 2022, debe considerarse la misma como extemporánea, habiendo prescrito al haber transcurrido el plazo de un año legalmente previsto.

CUARTA.- No obstante, este pronunciamiento de prescripción de la reclamación interpuesta, es de señalar que, aun entrando en el fondo de la controversia planteada, procedería al entender de esta Comisión Jurídica Asesora, desestimar la misma.

Entendemos que la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada en el HUFA fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

Entiende la Inspección que no hay mala praxis de los diagnósticos, intervenciones y tratamientos seguidos. Atribuye particular relevancia al anteriormente transscrito informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUFA y a la conclusión alcanzada en el mismo de considerar justificada la decisión de abbreviar el expulsivo al apreciar que la vía más segura y rápida para el nacimiento era la vaginal frente a la cesárea, refiriendo igualmente que el dolor pélvico perineal sufrido podría ser no sólo causa del uso de fórceps sino también derivar o haberse agravado en el marco del dolor crónico sufrido antes del parto.

Es por ello que se concluye por la Inspección en que la asistencia prestada a la reclamante en el HUFA, objeto de reproche, ha de calificarse de correcta o adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Por todo cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al haber prescrito el derecho de la interesada a la reclamación, sin que, subsidiariamente se haya acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 16 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 275/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid