

Dictamen n.º: **15/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.01.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de enero de 2025, 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., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida por embarazo ectópico en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCD).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa de la presentación el 3 de abril de 2023, en la Consejería de Sanidad de un modelo de reclamación patrimonial en el que se refiere haber sufrido hemorragia, salpinguectomía izquierda y lesión en el cuerno uterino izquierdo, que se atribuye a los servicios públicos y por lo que se reclama 65.000 euros.

Al escrito acompaña informes del HCD, en el que consta que el 15 de abril de 2022, la ahora reclamante acudió a ese centro por cólicos desde hace dos días, con dos test positivos de embarazo, siendo

diagnosticada de sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, realizándose legrado evacuador dos días después.

También aporta informe del Hospital Universitario La Paz en el que se recoge traslado de la reclamante en UVI a Urgencias, el 1 de junio de 2017, diagnosticándose hemiperitoneo. Consta que se realiza laparotomía con resección de lesión en cuerno uterino izquierdo y salpinguectomía izquierda

A requerimiento del órgano instructor del SERMAS, el 30 de junio de 2023, la reclamante presenta manuscrito en el que describe que el 16 de abril de 2022, acudió a Urgencias del HCD por cólicos y con test positivo de embarazo, siéndole realizada una ecografía en la que no apreciaron la gestación y sospecharon de enfermedad trofoblástica, por lo que le hicieron un legrado. A partir de ese momento fue en varias ocasiones para realización de analíticas y ecografías. Añade en su escrito la interesada que, el 1 de junio posterior, fue trasladada a Urgencias del HLP donde hallaron hemiperitoneo con lesión en cuerno uterino izquierdo por lo que fue intervenida y, tras esa intervención, se descarta la existencia de enfermedad trofoblástica, diagnosticándole embarazo ectópico.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor dio traslado de la misma al HCD, que remitió la historia clínica con informe del Servicio de Ginecología, y se comunica que la asistencia fue prestada en virtud del concierto del Ministerio de Defensa con la Consejería de Sanidad.

En la historia clínica del HCD, se constatan los siguientes datos de interés:

La ahora reclamante, sin antecedentes de interés, acude el 16 de abril de 2022 a Urgencias, recogándose como motivo de consulta: *“molestias tipo cólico desde hace 2 días, no precisa analgesia. No otros*

síntomas. Test de gestación positivo en 2 ocasiones el último hace 3 días, ambos positivos”. Se realiza exploración física, no apreciándose sangrado activo y se practica ecografía anotándose: “Útero en AV de 86x 48mm, regular, endometrio heterogéneo e irregular de 21 mm, no visualizo Saco Gestacional (SG) ni intra, ni extra uterino. Ovario Derecho (OD=: 30 mm, Ovario Izquierdo (OI) 29mm”.

Se repite test de embarazo, que es positivo, y se solicita b-HCG, que presenta un valor de 15423. El diagnóstico es sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional, proponiéndose a la paciente legrado evacuador por aspiración, para lo que se solicita preoperatorio con perfil tiroideo y se entrega consentimiento informado para dicho legrado, estableciéndose como fecha de ingreso el 17 de abril de 2022.

El citado día, la intervención se realiza en quirófano, bajo sedación, legrado evacuador por aspiración bajo control ecográfico, que cursa sin incidencias. Tras finalizar, se realiza eco TV, constando: “*útero irregular en AVF a expensas de mioma SS en fondo- cara posterior de 20x25mm con ecogenicidad mixta de aspecto degenerado, Doppler negativo. LME lineal de 4mm. Ovarios normales. Douglas libre*”.

En la descripción del procedimiento quirúrgico, se recoge: “*legrado de cavidad con sonda de aspiración, se obtiene abundante material que se remite material a AP para estudio. Comprobación de vacuidad uterina*”.

El posoperatorio cursa con normalidad.

El 25 de abril se emite informe de Anatomía Patológica, en el que se recoge: “*tejido deciduado. No se observan vellosidades coriales en los bloques examinados*”. Se añade que se emitirá informe complementario que es emitido el 4 de mayo posterior, informándose que, tras la inclusión de la totalidad de la muestra, se observa tejido deciduado, no identificándose vellosidades.

Se realizan controles semanales de beta-HCG, resultando una disminución progresiva de 7442 mU/ml a 108 mU/ml.

También se realiza ecografía de control, anotándose: *“útero en AVF irregular con mioma uterino degenerado en canto derecho, SS, de 32x41 mm, con abundante vascularización periférica, de mm, con HTM de 90mm, endometrio lineal. Anejos normales, 01 de 23x18mm y OD de aspecto normal retrouterino de 13x23mm. Douglas libre.”*

El instructor también solicita historia clínica del HLP, en la que constan:

El 31 de mayo fue trasladada al Servicio de Urgencias del HLP por una ambulancia del SUMMA 112, figurando en los informes del SUMMA:

- *“Enfermedad actual: paciente con sensación de mareo, debilidad y epigastralgia, con dos vómitos alimentarios. Glucemia 190 mg/dl.*

- *A nuestra llegada, se encuentra semi-consciente tumbado en el suelo desde hace más de una hora cuando llegaron las personas de la casa donde trabaja como empleada de hogar, sudorosa sin relajación esfínteres”.*

En Urgencias, tras recoger los antecedentes, se realiza exploración y ecografía, en la que se aprecia: útero regular con endometrio lineal, imagen hierecogénica en fondo uterino. Abundante cavidad en líquido libre.

El 1 de junio, a la 1:00, se recoge: *“paciente que ante mal estado general con inestabilidad hemodinámica (hipoTA y taquicardia) y debido a antecedente ginecológico hace 2 meses, se solicita TC abdominal, informándose verbalmente por Radiología de Urgencias como*

hemoperitoneo junto a mioma ya conocido en ecografía realizada en abril tras legrado.

Debido a lo previo, ITC a Cirugía General y a Ginecología de guardia, que tras valoración específica y ante antecedentes y tras revisión más específica por parte de Radiología, se decide por parte de Ginecología de guardia derivación a su Urgencia, ante alta sospecha de hemoperitoneo secundario a legrado”.

Con diagnóstico principal de hemoperitoneo, sube a quirófano urgente.

Se realiza laparotomía urgente, por los médicos de guardia del Servicio de Obstetricia y Ginecología practicándose resección de cuerno izquierdo a través de miometrio sano y salpinguectomía izquierda, con transfusión de 2U de concentrado de hematíes.

El 2 de junio es dada de alta hospitalaria.

El informe de Anatomía Patológica recoge:

“Datos Clínicos: resección de lesión incluyendo miometrio en cuerno izquierdo. 17/04/2022 H Gomez Ulla legrado evacuador por aspiración ante sospecha de Mola Hidatiforme en ecografía. BHCG (17/04/22): 14920.00 mU/ml. Dos meses después ingresa por hemoperitoneo. Laparotomía con resección de lesión incluyendo miometrio en cuerno izquierdo. Lesión en cuerno uterino izquierdo de 4 cm de diámetro con abundante vascularización superficial, pero sin sangrado en el momento actual que incluye trompa uterina (Resección de lesión a través de miometrio sano y salpinguectomía izquierda).

Descripción Macroscópica: Nódulo bien delimitado de 5,5x4x3 cm y de 41 g de peso, de coloración externa parduzca. Al corte presenta

un aspecto heterógeno con unas áreas blancas fibrosas arremolinadas y extensas áreas hemorrágicas (65%). (24b/IT).

Descripción Microscópica: Se reconoce un gran hematoma, con áreas de sangrado reciente y otras de fibrina parcialmente organizada, localizado en el espesor del miometrio que lo adelgaza. En el seno del coágulo se reconocen ocasionales vellosidades coriales normales y estroma decidualizado. Tras la inclusión completa de la pieza se descarta la existencia de una mola hidatiforme y de una enfermedad trofoblástica.

Diagnóstico: Resección de lesión incluyendo miometrio en cuerno izquierdo: Pared uterina con gran hematoma parcialmente organizado intramiometrial con ocasionales vellosidades coriales compatible con embarazo ectópico cornual”.

TERCERO.- Junto con la historia clínica del HCD, se aporta informe del jefe del Servicio de Ginecología, fechado el 13 de julio de 2023. En dicho informe se expone la asistencia prestada a la reclamante, coincidente con lo referido en la historia clínica, y se concluye diciendo: *“Se trata de una paciente con una sospecha de enfermedad trofoblástica, que no se confirma tras los resultados de Anatomía Patológica del legrado evacuador. La sospecha diagnóstica tras este procedimiento es una gestación ectópica de localización desconocida, en la que se opta por seguimiento clínico analítico ante el adecuado descenso de los valores de BHGC, esperando la resolución espontánea del mismo. Poco antes de tener los valores de BHGC negativizados se produce rotura de la gestación ectópica con el consecuente hemoperitoneo, complicación posible en estos casos hasta que se haya producido la negativización de la BHGC”.*

Se recabó también informe de la Inspección Médica, que lo emite el 26 de abril de 2024, y en el que, tras hacer un análisis de la historia clínica, y realizar las consideraciones médicas al caso, termina

concluyendo: “D^asufrió un Embarazo Ectópico (EE) cornual, que acabó produciendo una rotura tubárica con hemoperitoneo.

Las pruebas realizadas inicialmente indicaban un diagnóstico de sospecha de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, que fue la patología atendida.

Las pruebas diagnósticas fueron adecuadas para llegar al diagnóstico de sospecha y descartar, inicialmente, otras patologías.

El tratamiento efectuado (legrado por aspiración) fue el indicado para la sospecha diagnóstica y, en algunos casos, también hubiera dado resultado para su EE.

El seguimiento post tratamiento fue el estipulado para la patología diagnosticada, sirviendo también para una parte de los casos de la que finalmente resultó (EE)

En ese seguimiento no aparecieron datos que obligaran a realizar otras pruebas diagnósticas.

No se encuentran datos de mala praxis, sino de mala evolución”.

Una vez instruido el procedimiento fue evacuado el oportuno trámite de audiencia, tanto a la reclamante como al Hospital Central de la Defensa, constandingo ambas notificaciones, pero sin que se presentaran alegaciones por ninguno de los interesados.

Finalmente, el 25 de noviembre de 2024 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad, en la que concluye desestimando la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 9 de diciembre de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de enero de 2025.

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.

La reclamante está legitimada como perjudicada por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada por el servicio público.

La Comunidad de Madrid ostenta legitimación pasiva en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada a la reclamante en el Hospital Central de la Defensa como beneficiaria de la asistencia sanitaria del SERMAS, en virtud del convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, fechado el 13 de abril de 2007, sin perjuicio de la responsabilidad de ese departamento ministerial estatal como prestador del servicio a través de su centro sanitario.

A este respecto, el hecho de que la Administración preste el servicio a través de entidades privadas o en centros de otras administraciones, como es el caso, no exime a la titular del servicio de tramitar y, en su caso, responder ante el ciudadano perjudicado, sin perjuicio de la responsabilidad última del centro concertado u objeto del convenio. En este sentido, es aplicable la doctrina recordada por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022), que refiere: *“el artículo 106 de la Constitución ”... establece una garantía de indemnidad para los particulares por toda lesión ”siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. Esa garantía no debe verse matizada o limitada en los casos que, como el que nos ocupa, la Administración ejerce sus competencias - supuestamente- en forma indirecta, a través de un agente contratista o de un concesionario. Desde esta perspectiva han interpretarse los artículos aludidos, que disciplinan las cuotas de responsabilidad de las partes de un contrato administrativo por los daños causados a terceros lo que afecta al ámbito de sus internas relaciones, pero no a la garantía de indemnidad que la Administración ha de ofrecer a los administrados en el desarrollo de sus competencias. Así se deduce de las STS de 20-10-1987, 19-5-1987, 18-12-1. 995 o 23-2-1995 en relación a los contratistas, y de la STS de 9-5-1989, sobre un supuesto de actuación de concesionario, argumentando que, si bien la Administración no gestiona, esto lo hace el concesionario, no queda al margen de aquella actuación, sino que sigue siendo responsable de esta situación de riesgo*

que ha creado sin perjuicio, claro está de repetir contra el concesionario, cuando corresponda, y que los citados preceptos han de ser interpretados como una acción dirigida a obtener un pronunciamiento sobre la responsabilidad en atención al reparto de la carga indemnizatoria en los términos del propio precepto; es decir, que la Administración declarará que la responsabilidad es del contratista, salvo que exista una orden de aquélla que haya provocado el daño o salvo que el mismo se refiera a vicios del proyecto, tesis que mantienen también las sentencias, entre otras, de 19 de febrero de 2002 y 11 de julio de 1995 y de 30 de abril de 2001 .

El Art. 98 citado de la LCAP regula así un procedimiento especial que se aparta de las reglas ordinarias, constituyendo a la Administración en árbitro entre el particular reclamante y el concesionario del servicio público causante de la lesión y permitiendo la posterior revisión por la Jurisdicción Contencioso-Administrativa de la resolución que se dictare, bien a instancia del particular o del concesionario. La singular posición que asumen este procedimiento la Administración crea en la misma el deber de pronunciarse frente a tal reclamación, por lo que su incumplimiento ha de traducirse, para garantizar los derechos del particular reclamante, en la directa atribución de la responsabilidad patrimonial a la Administración, caso de que concurren los demás presupuestos exigidos en los arts. 139 y siguientes de la Ley 30/92, aunque la lesión se haya producido en el marco de un servicio público concedido u obra pública contratada y el daño no tenga su origen en una cláusula de ineludible cumplimiento impuesta al concesionario; todo ello sin perjuicio, claro es, de repetir posteriormente la Administración contra el concesionario el pago que hiciera. Así lo entendió la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de mayo de 1980 y la sentencia de 16-11-2000”.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de

la LPAC). En el presente caso, el diagnóstico de enfermedad trofoblástica, que la reclamante considera erróneo, se produjo el 16 de abril de 2022, y la salpingectomía parcial se realizó el 1 de junio de ese mismo año, por lo que la acción iniciada el 3 de abril de 2023, lo fue, sin duda, en plazo.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, el servicio cuya actuación es objeto de reproche, en concreto el Servicio de Ginecología del HCD.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a la reclamante, quien ha hecho uso de su derecho a formular alegaciones, según consta en los antecedentes. También se ha dado audiencia al centro del Ministerio de Defensa prestador de la asistencia reprochada.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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 ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, es preciso determinar si existe un daño efectivo como presupuesto necesario para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

A este respecto, la reclamante atribuye a un error de diagnóstico el haber sufrido la hemorragia, la rotura del cuerno uterino izquierdo y la salpingectomía izquierda.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla, en concreto la necesaria relación de causalidad y la antijuridicidad del daño.

Para ello, debemos partir de la premisa de que la ausencia de acierto en un diagnóstico inicial no es per se indemnizable, requiriéndose para que pueda apreciarse que, según las circunstancias concretas del caso y los medios disponibles, una valoración médica acorde a la *lex artis* hubiera llevado a un diagnóstico diferente en fases más tempranas, y que esta detección precoz hubiera permitido una mejor evolución o, al menos, una expectativa de mejoría. En ese sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017), dice: *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas*

complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características de la paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en la llamada “prohibición de regreso”. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio ex ante y no ex post. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: “No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

En el caso concreto que nos ocupa, en el Hospital Central de la Defensa se realizó el juicio clínico de “*sospecha de enfermedad trofoblástica*”, valoración médica que, según expone el inspector médico, en absoluto puede considerarse equivocada, aun cuando luego esa sospecha no fuera confirmada en los análisis de Anatomía Patológica.

En efecto, como refiere el informe de la Inspección, la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un grupo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto después de una fertilización anormal. Su diagnóstico se hace mediante ecografía y determinación de BetaHCG, que fueron precisamente los medios empleados por el centro hospitalario. Respecto al tratamiento, el inspector refiere: “*incluso si se hubiera pensado en un embarazo ectópico, hay que descartar el tratamiento médico con metrotexato, pues los niveles de betaHCG excedían en mucho los máximos para su utilización (5.000 mUI/ml).*”

El procedimiento utilizado (legrado mediante aspiración) es el habitual para la enfermedad trofoblástica, por lo que la elección fue correcta”.

Constatado a posteriori con el informe de Anatomía Patológica la ausencia de enfermedad trofoblástica, añade el informe del inspector: “*El seguimiento fue el prescrito para la vigilancia de esa técnica, con una ecografía correcta y una medición semanal de los niveles de betaHCG.*”

El descenso de esos niveles se ajustaba a una evolución correcta.

La anatomía patológica ya indicaba que sus características señalaban un embarazo ectópico, lo que reconocen en el informe del jefe del servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Central de la defensa.

Otra cosa es, que, habiendo realizado un legrado por aspiración, el procedimiento de control sea similar, debiendo reseñarse que, tanto en la

enfermedad trofoblástica gestacional, como en el embarazo ectópico, hay que mantener el control hasta que los niveles de betaHCG sean inferiores a las 5 mUI/ml.

Por tanto, el seguimiento post-aspiración fue correcto”.

Respecto a la realización de la salpingectomía, ello es consecuencia del embarazo ectópico, en ningún caso del legrado realizado previamente. En ese sentido, el inspector descarta un posible tratamiento con metrotexato, pues los niveles de betaHCG excedían en mucho los máximos para su utilización (5.000 mUI/ml), y afirma: *“En el tratamiento de un EE cornual, la primera opción es realizar una extirpación de la cuña cornual.*

Cuando se habla de cuña cornual, se refiere no solo a la trompa, sino a la parte del útero por donde se inserta la trompa. Por tanto, su resección incluye una porción del útero y, al menos, la parte inicial de la trompa.

Como consecuencia, la afectación de la trompa es inevitable y, si se puede evitar la extirpación completa de dicha trompa, la incidencia de nuevos embarazos ectópicos es elevada, con los riesgos que conllevan.

Lo que es lo mismo, en la extirpación de la cuña cornual (o intersticial) hay siempre una salpinguectomía. Que sea, completa o parcial, solo puede determinarse en el momento de la intervención”.

Por tanto, en ausencia de otro criterio médico que el mantenido y motivado por el inspector médico, cuya objetividad y conocimiento técnico se presume, cabe considerar que la actuación del HCD no fue inadecuada, excluyéndose con ello la antijuridicidad del daño.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse daño antijurídico atribuible al servicio público sanitario.

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 9 de enero de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 15/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid