

Dictamen nº

317/14

Consulta:

Consejero de Sanidad

Asunto:

Responsabilidad Patrimonial

Aprobación:

16.07.14

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de julio 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 L.J.C. y J.M.Q.G., sobre daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada a la primera en el Hospital Universitario Severo Ochoa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 26 de diciembre de 2012, los reclamantes, a través de representación letrada, presentaron a través del registro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid.

En su reclamación ponían de manifiesto que L.J.C. (la reclamante) acudió el 2 de octubre de 2012 al C.S. Isabel La Católica a fin de que le fuese practicada una prueba de embarazo, siendo informada el día 5 del mismo mes del resultado negativo de la misma, y que al día siguiente adquirió un test de embarazo, cuyo resultado fue positivo.

A la vista del dicho resultado, y dadas las náuseas que padecía, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO)

de Leganés, en el que tras la realización de diversas pruebas diagnósticas, fue confirmado el embarazo.

Relataban que tras las consultas de 9 y 12 de octubre en el precitado Hospital, se le informó que los niveles de la hormona del embarazo (BHCG) no eran los adecuados y tras diversas pruebas diagnósticas el facultativo consideró que se trataba de un embarazo ectópico, por lo que se procedió a iniciar tratamiento con Metotrexato a fin de provocar el aborto. En el informe correspondiente se reflejó que el dato relativo a BHCG no era del todo valorable porque no se había realizado cada 48 horas.

Expresaban igualmente que el 19 de octubre acudió a consulta de revisión, donde se practicó analítica de sangre y ecografía y que ante los resultados de las pruebas, se informó a la reclamante que se encontraba embarazada, manifestando la misma la imposibilidad de tal hecho pues la semana anterior se la había tratado de un embarazo ectópico.

Se le practicó una nueva ecografía y finalmente se la informó de la necesidad de llevar a cabo un legrado, que se efectuó a cabo el 20 de octubre, pues el embarazo había sido interrumpido.

Consideraban que la reclamante fue diagnosticada erróneamente de un embarazo ectópico, que atribuían a la no realización de exploraciones y pruebas diagnósticas con la atención suficiente y en los plazos protocolizados lo que provocó una actuación errónea y el fallecimiento de su hijo.

Solicitaban una indemnización por importe que no determinaban.

Aportaban con su reclamación copia de poder para pleitos y acta de manifestaciones.

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

El 1 de octubre de 2012, la reclamante acudió a la consulta de Atención Primaria con datos congruentes con embarazo, por lo que se solicitó la realización de la prueba diagnóstica pertinente.

El 2 de octubre acudió de nuevo a la consulta de Atención Primaria mencionando la existencia de dolor abdominal de dos días de evolución sin otra sintomatología, semejante a cuando tenía la regla. Se recomendó que acudiera al Servicio de Urgencias si reaparecía.

El 5 de octubre, en consulta de Atención Primaria, se le comunicó que el test de embarazo era negativo, solicitándose nueva realización del test, para descartar falso negativo, no llegándose a realizar el mismo.

El 6 de octubre, la reclamante adquirió un test de embarazo en una farmacia, cuyo resultado fue positivo. Ese mismo día, acudió al Servicio de Urgencias del HUSO en cuyo parte de asistencia se recoge:

“Paciente que acude por dolor abdominal desde hace una semana. Refiere una prueba de embarazo (-) de MAP y otra (+) de farmacia. Fecha de Última Regla (FUR): 28/ Agosto -> Eg 5s 4d (corresponde a 5 semanas + 4 días de amenorrea). Gx(+) (Test de gestación (+)).

BHCG (BETA-HCG):174 (mUL/ml).

ECO: Útero en ante de 59x41 mm., con endometrio de 23 mm. OD (ovario derecho) de 23 mm. (N), OI (ovario izquierdo) de 35 mm. (N) con cuerpo lúteo. En útero imagen de saco o pseudosaco de 7,3 mm, no líquido libre.

Con la valoración de Gestación incipiente vs interrumpida vs ectópica, se indican control en 48h. de BHCG y Eco.”

Acudió para seguimiento el 9 de octubre, con el siguiente estado:

“(...) BHCG de 622 mU/l/mi, y en ECO IV (intravaginal): Útero en ante con imagen ECO (-) de 4,3 mm, compatible con inicio de saco gestacional (OI de 21 mm. con imagen eco (-) de 14 mm. compatible con cuerpo lúteo, OD normal de 22mm.

Se mantiene la valoración previa acerca de la gestación, citándose para el siguiente viernes, 12, a las 9:30 h. a.m., para nueva ECO y control de B-HCG.”

El 12 de octubre (6 semanas más dos días de gestación) acudió para la valoración de su situación y presentó una BHCG de 1601 mU/l/ml, dolor a la presión en fondo de saco vaginal y un resultado ecográfico compatible con embarazo ectópico, por lo que se pauta tratamiento con Metotrexato para interrumpir el embarazo. Ingresó ese mismo día y fue dada de alta al día siguiente 13 de octubre.

El 19 de octubre se llevó a cabo control post-tratamiento, anotándose en la hoja de evolución “*Compatible con gestación intrauterina interrumpida*” y remitiendo a la reclamante al Servicio de Urgencias para realización de legrado, el cual fue llevado a cabo el 20 de octubre, fecha en la que la reclamante fue dada de alta. En el diagnóstico anatomo-patológico figura: Cavidad Endometrial: restos deciduo-coriales y endometrio hipersecretor, hallazgos compatibles con restos abortivos.

TERCERO.- A raíz de la presentación 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.

Mediante escrito de la jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial, de 10 de enero de 2013, notificado el día 25 del mismo mes, se requirió a los reclamantes a fin de determinar el nombre del centro de salud en el que comunicaron que la prueba de embarazo practicada resultó negativa, lo que

cumplimentaron el requerimiento mediante escrito presentado el 28 de enero de 2013.

En la instrucción, se ha recabado informe de la MAP del C.S. Isabel La Católica, de 19 de febrero de 2013, en el que se recogen los antecedentes de las asistencias prestadas, ya relatadas.

Consta, igualmente, un informe del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUSO, de 25 de febrero de 2013, en el que se pone de manifiesto lo siguiente:

“El embarazo ectópico es un embarazo fuera de la localización intrauterina. En la trompa de Falopio, el diagnóstico debe ser precoz, entre las 5^a y 7^a semanas porque su crecimiento cursa con la crisis o rotura de la trompa que produce una hemorragia intraabdominal y un hemoperitoneo que en determinadas ocasiones se convierte en urgencia vital.

El ginecólogo en su diagnóstico clínico y ecográfico cuenta con unos días para ver la evolución de las imágenes ecográficas, la clínica y la evolución de la analítica para tomar la decisión de intervenir sobre el embarazo ectópico con cirugía o con tratamiento médico.

En el caso que nos ocupa de [la reclamante], ciertos datos se pueden confirmar en el informe de alta que adjunto y en la historia clínica, acudió el 06/10/12 a urgencias por primera vez a las 5 semanas + 4 días de amenorrea, dolor abdominal BHCG 174 y pseudosaco de 7 mm, el diagnóstico diferencial era entre embarazo intrauterino menor que amenorrea o embarazo interrumpido precoz, el ectópico era poco probable, controles del 9 y del 12 de Octubre con BHCH de 1601, nos indican que existe un embarazo evolutivo, pero la ecografía nos dice que el pseudosaco está igual o ligeramente

inferior, mide 6 mm, aparece en la zona paraanexial una imagen ecográfica de 20 mm compatible con embarazo ectópico.

El diagnóstico diferencial entre el embarazo evolutivo intraútero y el embarazo ectópico se decanta hacia el ectópico; el pseudosaco no ha crecido en 6 días, la BHCG nos habla de embarazo en evolución, y se dirige a diagnóstico de presunción de embarazo ectópico, en estos casos la primera opción es el tratamiento con Metrotexate y su control ambulatorio para evitar una intervención quirúrgica.

Los especialistas que atendieron a [la reclamante], llegaron a una decisión, apoyados en la clínica, la analítica y la ecografía y ante el peligro de la crisis, rotura del embarazo ectópico decidieron intervenir.

En el análisis de este caso, existe seguridad en que había un embarazo evolutivo intraútero ¿existía de manera sincrónica un embarazo ectópico en el mismo momento? No es lo más frecuente, pero es posible. En relación a un embarazo sincrónico ectópico e intraútero, si lo hubiéramos diagnosticado, el tratamiento es Metrotexate para ambos, si así lo considera la paciente o cirugía para el ectópico y preservar el embarazo intraútero con una tasa de aborto elevada. (...)

Existe desde mi punto de vista una decisión clínica bien fundamentada y ciertamente es una decisión que adoptan porque la espera en un ectópico tiene un riesgo elevado de provocar crisis, rotura y hemoperitoneo. Los protocolos o guías de actuación clínica se apoyan en la evidencia científica para sus indicaciones, es cierto que su aplicación mejora la asistencia pero también que con pruebas diagnósticas que no son fiables al 100%, el error está servido, en casos aislados.

En medicina cuando nos encontramos con un diagnóstico de presunción alta y podemos esperar, este será el camino, repetir analítica y ecografía en el caso que nos ocupa BHCG y ecografía TV, pero el riesgo de crisis y rotura del embarazo era difícil de asumir, los médicos estaban en una encrucijada por que los dos caminos a decidir suponían un porcentaje de riesgo, el tratamiento médico con Metotrexato se podía haber retrasado para asegurar el embarazo ectópico, pero en este caso asumíamos un riesgo de rotura y una urgencia vital para la enferma.

Las guías de actuación clínica se dirigen a que los casos clínicos se puedan aplicar a una amplia mayoría, aunque ello suponga que en casos aislados el diagnóstico no esté cerrado al 100 por 100 y se pueda perjudicar a la enferma, haciéndolo todo presumiblemente bien”.

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe el 2 de agosto de 2013, en el que, tras la exposición de los antecedentes de hecho, puso de manifiesto las siguientes consideraciones.

Respecto de la atención inicial:

“(...) Se considera que existen las posibilidades diagnósticas de gestación incipiente, interrumpida o ectópica (...).

Se debe destacar que el nivel de B-hCG es escaso para la Edad Gestacional (174, cuando en las 5+1/2 semanas debería ser entre 2.000 y 5.000) y que la imagen anecoica es pequeña sin visualizarse vesícula vitelina, lo que apunta a la existencia de alteraciones en el embarazo.

La actuación efectuada y las posibilidades diagnósticas señaladas, son correctas.

Respecto a la asistencia posterior:

“(...) La primera cuestión a determinar es la existencia de un embarazo ectópico. Para ello, es preciso acudir a los resultados de ecografía, ya que la B-hCG, al existir un embarazo intrauterino (diagnosticado con posterioridad) no permite diferenciar entre ambos.

Encontramos que en el día 12-10-2012 aparece la siguiente imagen: Ovario Izquierdo de 34 mm. con imagen aparentemente intraovárica (posible para-anexial) de 20,8 mm que capta color en corona compatible con embarazo ectópico y en el día 19-10-2012 aparece: Ovario izquierdo 32 mm, imagen hipoecoica intraovárica de 12 mm.

Esa diferencia en las imágenes es congruente con las consecuencias del tratamiento con Metrotexate.

Por tanto, las imágenes ecográficas determinan la existencia de un embarazo ectópico intraovárico, que sería el primero de los presentados.

La existencia del segundo embarazo este intrauterino, está perfectamente demostrado. Con los datos que aparecen (recogidos en la Descripción de los hechos), parece corresponder, aproximadamente, a unas 2 semanas, posterior al primer embarazo.

Valoración

El aspecto a determinar es cuántas posibilidades existían de determinar la existencia de un segundo embarazo.

Las posibilidades de gestación heterotópica (combinación de embarazo intra y extrauterino) es de 1 cada 27.000 gestaciones

(que el extrauterino sea un ovárico es todavía mucho menor), pero que, además, coincida con superfetación (lo más probable por la diferencia aparente de fechas de fecundación o superfecundación (que determina diferencias de tamaño y en la cronología de evolución entre los embriones y las estructuras gestacionales), es totalmente excepcional.

La consecuencia es que la ausencia de diagnóstico del segundo embarazo no implica ningún tipo de mala praxis, aunque se haya producido un error diagnóstico.

Hay que reseñar que la existencia de una imagen anecoica en útero de 7,3 mm, en la ecografía del día 6-10-2012 (posiblemente un pseudosaco) favorece que se interprete que la imagen anecoica, detectada en las ecografías posteriores se interpreten como la evolución de esa misma imagen (en ninguna de ellas, aparecen datos que permitan identificar saco gestacional), favoreciendo la ausencia de diagnóstico del segundo embarazo.

Se da la paradoja que la coexistencia de unas manifestaciones clínicas, aparentemente no excesivas, junto con unos medios diagnósticos muy sensibles, han favorecido una actuación rápida, normalmente muy adecuada, pero, en este caso, contraproducente.

El tratamiento médico con Metrotexate se ajusta a las pautas habituales”.

Concluía finalmente afirmando que:

“7.1. De acuerdo con los datos existentes, [la reclamante] presentó una gestación heterotópica (combinación de embarazo intra y extrauterino), junto a una superfetación (fertilización de un segundo ovocito en una mujer embarazada previamente) o una

superfecundación (fertilización de dos ovocitos en coitos diferentes), lo que provoca diferencias de tamaño y en la cronología de evolución entre los embriones y las estructuras gestacionales).

7.2. No fue identificada la existencia de la segunda gestación (intrauterina), lo que provocó su interrupción, al efectuar el tratamiento médico de la gestación extrauterina, realizada con Metrotexate.

7.3. La ausencia de diagnóstico, de la segunda gestación, no implica ningún tipo de mala praxis, aunque se haya producido un error diagnóstico”.

El 24 de octubre de 2013 se concedió el trámite de audiencia a los reclamantes.

En uso de dicho trámite, con fecha 30 de octubre de 2013, los reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que ratificaban lo manifestado en su escrito de reclamación inicial.

Con fecha 2 de junio de 2014, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación, al considerar que el proceso asistencial objeto de reclamación fue conforme a la *lex artis*, sin existir indicios de negligencia médica.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio de 6 de junio de 2014, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 11 de junio 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 16 de julio 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 indeterminada, y a solicitud del consejero de Sanidad, 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) por ser las personas afectadas por la asistencia sanitaria a la que se imputa el daño, al ser los progenitores del hijo que esperaban.

La paternidad se acredita mediante el acta de manifestaciones de ambos reclamantes que se realizó ante notario, y que debemos considerar suficiente a los efectos que aquí interesan.

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.

Respecto del requisito temporal, a tenor del artículo 142.5 de la LRJ-PAC las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho, 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, la reclamación ha de entenderse presentada en plazo pues se interpuso con fecha 26 de diciembre de 2012, mientras que la reclamante causó alta hospitalaria el 20 de agosto del mismo año.

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).

A tal fin se ha recabado informe del servicio responsable de la asistencia sanitaria al que se imputa la producción del daño, tal como exige el artículo 10.1 del RPRP y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Se ha recabado igualmente informe de la Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Debemos partir de la consideración de que la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJP-PAC, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia (v., por ejemplo, la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011, sobre el recurso 3261/2009), la concurrencia de los siguientes requisitos:

- 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, inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar ese nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño o, en otros términos, que el daño pueda ser considerado antijurídico.

La precitada Sentencia afirma lo siguiente:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “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 el caso que nos ocupa, debemos estimar la existencia de un daño que podría ser indemnizable. Se trata de la pérdida del feto del embarazo viable, que se occasionó como consecuencia de la interrupción con tratamiento del embarazo ectópico.

El fallecimiento ocasiona un “daño moral”, daño cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto -Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004-, y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 29 de febrero de 1972, 12 de marzo de 1975, 27 de noviembre de 1993, 19 de noviembre de 1994 y 28 de febrero de

1995-, aunque de difícil valoración económica (criterio que igualmente seguimos en nuestro Dictamen 43/11 relativo a la muerte de un feto).

No obstante la existencia de un daño, en el ámbito sanitario, la jurisprudencia ha utilizado como criterio para determinar el carácter antijurídico del mismo la llamada *lex artis*, definida en la sentencia de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004), indicando (FJ 4º), en el sentido de que “según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la *lex artis* cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate.”

Por tanto, la Administración no causa un daño antijurídico, aunque su actuación no haya sido efectiva, si se han empleado todos los medios necesarios conforme la *lex artis*, tal y como afirma la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 2011 (recurso 2192/2010).

La carga de la prueba corresponde de ordinario al reclamante de la responsabilidad patrimonial. No obstante, en ocasiones en la materia sanitaria la jurisprudencia ha invertido la carga de la prueba, considerando la mayor facilidad probatoria de la Administración sanitaria. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2010 (recurso 3339/2006).

En el caso que nos ocupa, los reclamantes no aportan prueba alguna sobre la infracción de la *lex artis*, en cuanto se limitan a plasmar su criterio personal sobre el error de diagnóstico y deducen de ello la existencia de responsabilidad administrativa.

Por el contrario, el informe de la Inspección Sanitaria considera que la actuación sanitaria se ajustó a la *lex artis* y ofrece para tal conclusión argumentos y juicios clínicos que debemos compartir, tanto por su razonabilidad como por el especial valor que este Consejo otorga

generalmente a los informes de la Inspección (así Dictamen 84/14, de 19 de febrero), criterio compartido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 11 de marzo de 2014 (recurso 805/2011) según la cual “*(...) salvo prueba en contrario, se presume que los Inspectores Médicos son independientes del caso y de las partes y que actúan con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad.*”

Así, en el caso que nos ocupa partimos de que la existencia de un embarazo ectópico constituye una situación de riesgo vital para la gestante y que cuando acudió a consulta el 6 de octubre se encontraba con 5 semanas y 4 días de gestación. Igualmente la decisión sobre si se trata de un embarazo ectópico, o no, debe tomarse entre la 5^a y 7^a semana (según el informe del Hospital) para actuar en consecuencia.

De lo expuesto por el inspector en su informe, se pone de manifiesto que los días 6 y 9 de octubre las pruebas ecográficas y los niveles de BHCG indicaban diversas posibilidades de embarazo –viable, ectópico o interrumpido-, y que el día 12 ante el resultado de la ECO y un nuevo análisis de la hormona -que dio un nivel de 1601 mUI/ml (cuando a esa edad gestacional día debía estar entre 15.000 a 25.000)-, se decidió el diagnóstico por un embarazo ectópico y se actuó en consecuencia interrumpiéndolo, sin detectar que existía un segundo embarazo.

Con acierto, el inspector se pregunta qué posibilidades existían de determinar la existencia de un segundo embarazo que se estima correspondía a unas 2 semanas posterior al primero y destaca, en primer lugar, que los resultados de las pruebas radiológicas y analíticas se podían corresponder a un embarazo ectópico, que se confirmó en la consulta de 12 de octubre, en la que se decidió en función de ello provocar el aborto.

Igualmente pone énfasis en lo infrecuente de un gestación heterotópica (combinación de embarazo intra y extrauterino), que es de 1 cada 27.000

gestaciones, a lo que añade la situación totalmente excepcional de que tal gestación coincida con una superfetación (concepción y el desarrollo de un embrión estando ya en estado de gestación previamente, de forma que surgen mellizos con diferente edad gestacional), que resulta lo que más probablemente sucedió o una superfecundación (fertilización de dos ovocitos en coitos diferentes).

De este modo, a pesar de la objetiva deficiencia del diagnóstico, pues no se detectó la existencia del segundo embarazo, esa deficiencia no entraña infracción de la “lex artis” y, por tanto, no puede originar responsabilidad administrativa patrimonial.

En este sentido, como dice la Sentencia del Tribunal Supremo 679/2010, de 10 de diciembre, recordando otras del mismo Tribunal: (STS 19 de octubre de 2007): *“En una medicina de medios y no de resultados, la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar ó descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena. Implica por tanto un doble orden de cosas: En primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. En segundo, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo*

paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen”.

Los reclamantes basan su pretensión de responsabilidad en que, dado que se evidenció un resultado dañoso, existe responsabilidad administrativa. Incurren así en la denominada prohibición de regreso, a la que también alude la Sentencia precitada, doctrina en cuya virtud ha de tenerse en cuenta que no es admisible censurar el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior. A esta prohibición de regreso se refieren las SSTS, Sala 1^a, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011 de modo que no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por la paciente ya, en definitiva, lo que se ha de valorar es si, conforme a los síntomas del paciente en un momento o momentos determinados, se pusieron a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas.

En el mismo sentido, como acertadamente señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (recurso 771/2008) “*la medicina no es una ciencia exacta y, a "posteriori" es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica*”.

En definitiva, como sosteníamos, las pruebas diagnósticas se realizaron correctamente en su momento y modo y, en función de sus resultados, se barajaron diversos diagnósticos hasta alcanzar el definitivo, por lo que se actuó según una buena práctica médica, a pesar del desgraciado resultado que ello supuso; no puede resultar indemnizable el daño que desgraciadamente sucedió, pues el diagnóstico de embarazo ectópico se correspondía con los resultados de las pruebas, además de constituir

situaciones excepcionales la existencia de una gestación heterotópica con concurrencia de una superfetación o de una superfecundación.

Por último, siquiera sea a mayor abundamiento y aunque no existen dos supuestos idénticos en este ámbito, los tribunales ponen de manifiesto en casos análogos tanto la gravedad de los embarazos ectópicos, como la dificultad de su diagnóstico en muchas ocasiones (Sentencias: del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 17 de noviembre de 2011, recurso 741/2007, o del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de septiembre de 2011 y de 6 de mayo de 2014 - recursos 72/2010 y 227/2011 -).

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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, 16 de julio de 2014