

Dictamen Núm. 197/2025

**V O C A L E S :**

*Baquero Sánchez, Pablo*  
Presidente  
*Díaz García, Elena*  
*Menéndez García, María Yovana*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Santiago González, Iván de*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de octubre de 2025, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 22 de julio de 2025 -registrada de entrada el día 31 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un aborto, que atribuye a un error diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** Con fecha 25 de junio de 2024, un letrado presenta en el Registro Electrónico, en nombre y representación de la interesada, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados de la asistencia recibida durante un embarazo.

Expone que el día 8 de junio de 2023 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital ..... “por un sangrado rosado que persiste desde hace una semana”,

siendo diagnosticada de “gestación ectópica” tras “exploración física” y “ecografía”. Señala que “se explica a la paciente el diagnóstico y se recomienda tratamiento con metotrexato”, si bien “no se le dispensa la medicación (...) en ese momento”, y se le cita al día siguiente para proceder a su administración. Acude entonces el 9 de junio pero “rechaza el tratamiento por tener dudas sobre el diagnóstico”, ya que se encuentra “bien, sin síntomas, y quiere confirmar con Ginecología repitiendo pruebas”, por lo que se le cita “nuevamente para confirmación de diagnóstico con  $\beta$ -hCG (gonadotrofina coriónica humana, subunidad beta) y (ecografía) al día siguiente”. Ese mismo día, acude de nuevo “a última hora de la tarde (...) a Urgencias por presentar dolor abdominal y manchado rosáceo./ Se le realiza una ecografía y analítica de  $\beta$ -hCG, siendo el resultado de la ecografía idéntico al llevado a cabo (...) el día 8 de junio, con la misma conclusión diagnóstica”. De nuevo, “se le explica (...) la sospecha diagnóstica de gestación ectópica y el tratamiento recomendado con metotrexato; en ese momento la paciente entiende y acepta. Es en el transcurso de esta asistencia”, de madrugada, ya en el día 11 de junio de 2023, “cuando se le administra la dosis única de metatrexato, con un nivel de  $\beta$ -hCG de 7770. Se le cita para control de  $\beta$ -hCG tras la administración de (metotrexato) para el día 14 de junio de 2023”, fecha en la que acude al correspondiente control, constatándose cifra elevada y repitiéndose ecografía, prueba que muestra “como resultado el hallazgo de nuevo saco gestacional intraútero y persistencia de imagen anexial compatible con gestación ectópica no accidentada./ Se le explica (...) el diagnóstico de gestación heterotópica y las consecuencias de (metotrexato) en la gestación intrauterina en caso de ser evolutiva (teratogenia)”, siendo “citada para nueva valoración y posible manejo quirúrgico de gestación ectópica derecha”. Prosigue relatando que, “al día siguiente, 15 de junio de 2023, se realiza laparoscopia diagnóstica, objetivándose: útero regular, tamaño normal (...) sin objetivarse gestación ectópica (...). Se le da el alta con diagnóstico de gestación intrauterina incipiente”. Cinco días después, acude de nuevo a “Urgencias por sangrado vaginal”, sin que la ecografía arroje “cambios”, por lo que “se le diagnostica

amenaza de aborto indicándole igualmente que acuda a la ecografía de control del primer trimestre como tenía previsto”. Dicha prueba que tiene lugar el día 26 de junio de 2023, momento en que “se objetiva (...) saco intraútero con vesícula y embrión” sin “latido fetal”. En el siguiente control, una semana después, “la impresión diagnóstica (...) ya es de aborto diferido”.

Considera que el día 8 de junio se incurrió en “una interpretación ecográfica errónea, confundiendo un verdadero saco gestacional con un pseudosaco de 9 mm”, “error diagnóstico” que “determinó que se administrase a la paciente un medicamento absolutamente contraindicado por sus efectos teratogénicos en gestaciones incipientes, como era el caso”. Cita la existencia de “abundante bibliografía” relativa a esa distinción, que ejemplifica en un artículo, y anuda a ese “error diagnóstico por falta de pericia de la profesional que evaluó el caso (...), la administración indebida del medicamento metotrexato (con efectos teratógenos sobre el embrión en desarrollo)”, pese a que el nivel de  $\beta$ -hCG en sangre era de una cifra “muy superior al límite consensuado por la comunidad médica y que forma parte del protocolo para la administración del (metotrexato)”. A su juicio, debió anticiparse la realización de “la laparoscopia exploratoria”, lo que habría permitido identificar “al embrión intraútero llevándose a cabo un manejo quirúrgico” para la resolución del embarazo ectópico, “preservando la gestación incipiente”.

Solicita una indemnización de treinta mil euros (30.000 €) por el conjunto de daños sufridos, entre los que distingue “el propio aborto, el perjuicio temporal, los daños estéticos y, sobre todo, el grave daño moral causado”.

Adjunta poder notarial, suscrito en favor del letrado actuante, e informes médicos relativos al episodio asistencial.

**2.** Con fecha 5 de septiembre de 2024, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente en Atención Especializada, así como un

informe emitido por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y dos médicos adjuntos del Hospital .....

El día 14 de febrero de 2025, la misma responsable remite, tras petición formulada por “los peritos de la compañía aseguradora”, un CD con las imágenes de las ecografías realizadas en la visita a Urgencias el 14 de junio de 2023.

**3.** A continuación, obra incorporado al expediente un dictamen médico pericial emitido el día 5 de marzo de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una especialista en Ginecología y Obstetricia.

En él efectúa, en primer lugar, un “resumen de los hechos” comprensivo de la asistencia prestada con ocasión del episodio indicado y de un embarazo posterior, que culminó con el nacimiento de un bebé el día 27 de mayo de 2024. En segundo lugar, se formulan consideraciones médicas sobre las siguientes cuestiones: “hemorragias del primer trimestre del embarazo”; “protocolo de actuación” -apartado en el que se abordan, a su vez, referencias a las “gestaciones intrauterinas no viables”, las de “mal pronóstico”, las “incipientes o no evolutivas” y las de “viabilidad incierta”-; las “opciones terapéuticas del embarazo ectópico”; el “tratamiento médico con metotrexato” y su “seguimiento postratamiento”; el “protocolo de actuación asistencial ante la amenaza de aborto” y el “tratamiento del aborto espontáneo”. En tercer lugar, se abordan las “consideraciones específicas del caso”, formulándose diversas conclusiones, entre las que se encuentran las siguientes: “la asistencia médica inicial prestada según la edad, antecedentes personales e historia clínica (...) fue la indicada según la alta sospecha de gestación ectópica tubárica derecha establecida ante los hallazgos ecográficos y el umbral basal de la fracción  $\beta$ -hCG elevada”; que “la decisión de tratar en la primera visita con metotrexato (...) es aceptable siempre que la paciente esté informada de la posibilidad de gestación incipiente, argumentando con ella pros y contras de realizar dicha conducta activa”; posteriormente, “el desenlace azaroso de los hechos convino en no basar el diagnóstico de presunción en una única

determinación de la fracción  $\beta$ -hCG, sino seriando ecografías y analíticas, idóneo en pacientes hemodinámicamente estables, con resultados de difícil análisis y que descifraron con la aproximación diagnóstica de gestación ectópica, proponiendo nuevamente el tratamiento con metotrexato, pruebas complementarias en dicha tesitura que, de haberse esgrimido la oportuna interpretación (...) hubiesen permitido hacer una apropiada selección de las opciones terapéuticas de la paciente”.

**4.** Mediante oficio notificado a la interesada el día 3 de junio de 2024, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días -al que adjunta una copia del expediente-, transcurriendo dicho plazo sin que conste la presentación de alegaciones.

**5.** Con fecha 3 de julio de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en las consideraciones expuestas en el informe emitido por el Servicio responsable y en el dictamen pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora. En particular, refleja que, “en el presente caso, se realiza un seguimiento exhaustivo de acuerdo a las guías clínicas en un proceso de gran dificultad diagnóstica”.

**6.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de julio de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. .... de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar a través de representante con poder bastante al efecto, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2025, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC, dispone 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”.

En el expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 25 de junio de 2024, habiéndose producido la finalización de la gestación -por cuya asistencia reclama- en el mes de julio del año 2023, por lo que no ofrece duda que la acción se ha ejercido dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b) de la referida LPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada solicita una indemnización por los daños derivados de la asistencia recibida durante su embarazo.

Resulta acreditado, a la luz de la documentación incorporada al expediente, que la paciente fue diagnosticada de “sospecha de embarazo ectópico”, siéndole administrado tratamiento farmacológico, tras el cual presentó “aborto diferido”, que requirió nuevo tratamiento médico hasta su completa resolución. Debemos, por tanto, considerar producido un perjuicio personal cierto cuya concreción acometeremos en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen.



Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica -surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario- no implica, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, directamente, a la Administración sanitaria cualquier daño que, eventualmente, pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, *per se*, una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación, cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia, que reputa deficiente, eran

sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados o una mayor celeridad en la diagnosis.

En el asunto sustanciado, la reclamante alega que existió error diagnóstico al considerar como gestación ectópica un embarazo intrauterino, error que “motivó que se le suministrase una medicación que determinó el aborto diferido de un embrión que estaba alojado en el útero”. A su juicio, “en primer lugar” el error estuvo “motivado por la falta de pericia de la ginecóloga que llevó a cabo el examen, probablemente debido a la falta de experiencia”. En apoyo de su pretensión, cita dos artículos que transcribe parcialmente; el primero de ellos subraya que “la visualización de un saco gestacional fuera del útero” es “el único criterio de certeza exclusivamente ecográfico en el diagnóstico de la gestación ectópica”, frente al cual razona que “en el caso que nos ocupa no se observó (saco gestacional) fuera del útero, y aun así se decidió concluir la existencia de un embarazo ectópico, teniendo pocos datos ecográficos, uno de ellos erróneo (la presencia de pseudosaco gestacional intraútero), y en todo caso ninguno de ellos determinante”. Añade que, “a mayor abundamiento del error diagnóstico por falta de pericia de la profesional que evaluó el caso”, considera que “fue sometida a la administración indebida del medicamento metotrexato (...) cuando el nivel de  $\beta$ -hCG en sangre era de 5.142 UI/L el día 8 de junio y de 7.770 UI/L el día que se le administró el metotrexato”. Al respecto, invoca “bibliografía médica actual” que concreta en un segundo artículo titulado *Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubárico*, de cuyo contenido destaca la afirmación de que el metotrexato “debe ofrecerse a toda paciente que cumpla” con una serie de criterios, entre los que se encuentra “nivel de  $\beta$ -hCG sérica menor a 5000 UI/L, sin presencia de embarazo intrauterino (con US que lo confirme)”. No formula ninguna objeción respecto a la asistencia prestada tras la administración del medicamento, que comprende la atención recibida, tanto en la finalización de la gestación como la proporcionada a propósito de un nuevo embarazo.

Visto el planteamiento efectuado por la interesada, procede a continuación analizar la cuestión a partir del material probatorio incorporado al expediente por parte de la Administración, que la afectada no cuestiona ni rebate con ocasión del trámite de audiencia.

Por una parte, el informe del Servicio afectado refleja, en primer lugar, la asistencia dispensada entre los meses de mayo y julio de 2023, iniciada con una visita el día 5 de mayo al Servicio de Urgencias por "dolor abdominal y distensión abdominal que relaciona similar a aborto espontáneo ocurrido hace una semana (según refiere) del que no aporta ningún informe. Es atendida con test de embarazo negativo y ecografía normal". El día 8 de junio "acude por manchado (...) refiriendo 6 semanas de amenorrea (...), se realiza ecografía ginecológica: sospecha de gestación de localización incierta con  $\beta$ -hCG de 5142. La paciente fue valorada por todos los miembros del equipo de guardia incluyendo especialistas senior". Atención que finalizó el día "9 de junio a las 2:00", acudiendo nuevamente esa misma mañana, tras haber sido citada "para valorar tratamiento médico con metotrexato", momento en el que la paciente plantea "dudas del diagnóstico y el tratamiento por lo que es dada de alta con control evolutivo para el día siguiente". Según consta en la historia clínica, ese mismo día regresa a las 20:30 horas "por dolor y manchado", realizándose "determinación de  $\beta$ -hCG de 7770 y ecografía y exploración sin cambios", por lo que "se mantiene la sospecha diagnóstica ya que no se ha duplicado la hormona como en una gestación evolutiva normal". Señala que "la paciente opta tras (...) las explicaciones y resueltas dudas por tratamiento médico que se pauta según protocolo". Es el día 14 de junio cuando, al acudir al control pautado en ese protocolo, "se objetiva sospecha de gestación heterotópica con cambios respecto a las ecografías anteriores. Se le explican consecuencias del tratamiento y opciones terapéuticas del proceso", acordándose al día siguiente realizar "laparoscopia exploradora sin objetivar gestación anexial", por lo que es "alta el 17 de junio". En el control ecográfico realizado el día 20 de junio, "no se objetivan cambios en la gestación intrauterina", si bien, en la misma prueba llevada a cabo seis días después, "se objetiva botón embrionario", pero no "aún

latido fetal". Tras el mismo resultado obtenido el día 3 de julio, se le diagnostica "aborto diferido de 6 + 2 semanas", lo que motiva el inicio, dos días después, de tratamiento médico, evidenciando el control ecográfico llevado a cabo el día 10 de julio la resolución del aborto diferido.

En segundo lugar, el informe se refiere a la dificultad en el diagnóstico de gestaciones extrauterinas, al que califica como "uno de los retos más importantes en ginecología debido a la presentación clínica variable y la dificultad para detectar la localización del embarazo en etapas tempranas". Así, tal y como consta "en los registros clínicos, la paciente fue valorada en numerosas ocasiones y por múltiples especialistas". Cita al efecto el "protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)", cuyas guías publicadas "detallan cómo las imágenes ecográficas y los niveles de  $\beta$ -hCG son fundamentales en la evaluación de una gestación sospechosa de ser ectópica", si bien "advierten que la visualización ecográfica de un saco gestacional en el útero puede no ser concluyente". Señala que "la combinación de ecografía transvaginal y medición de  $\beta$ -hCG es el estándar de oro, pero la interpretación puede ser compleja". Cita, a su vez, "estudios internacionales" y a la *American College of Obstetricians and Gynecologists*, al referir que "hasta un 10-15 % de los embarazos tienen localización incierta en el momento del diagnóstico inicial", dato que "resalta la importancia de una vigilancia continua y el uso de tratamientos que, aunque puedan parecer drásticos, están indicados cuando existe una alta sospecha de embarazo ectópico, dada la mortalidad asociada". Los profesionales afirman también que el uso de metotrexato "en casos de sospecha alta de embarazo ectópico está bien documentado y respaldado por guías nacionales e internacionales, como una opción efectiva y segura para evitar complicaciones graves, está indicado cuando existe una alta sospecha de embarazo ectópico, dada la mortalidad asociada". Concluyen reiterando que, "la toma de decisiones en estos casos sigue guías estrictas que buscan el mejor resultado posible para la paciente y las complicaciones posteriores, como los abortos espontáneos, suelen estar más relacionadas con la naturaleza del embarazo que con el tratamiento administrado".

Por su parte, el dictamen pericial incorporado al expediente a instancias de la compañía aseguradora de la Administración -suscrito por una especialista en Ginecología y Obstetricia- analiza al detalle la patología de sospecha y sus medios diagnósticos. Tras reiterar la dificultad del diagnóstico diferencial, precisa que "la incidencia del embarazo ectópico parece haber aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2 % del total de los embarazos, debido fundamentalmente al aumento de los factores de riesgo (gestación ectópica previa, salpingectomía previa, aborto médico o quirúrgico previo, edad materna > 40 años, etc.)". Afirmar también la necesidad de combinar, para su alcance, las pruebas de imagen con la información complementaria aportada respecto a la cuantificación sistémica de la fracción Beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG). Precisa, en cuanto a esta última, que, si bien "la mayor parte de los autores los fijan en los 1500-2000 mUI/ml, sin embargo, hay publicadas gestaciones sin visualización del saco gestacional con niveles de 3500 mUI/ml y mayores, sobre todo en gestaciones que posteriormente fueron múltiples", indicando que esto determina la importancia de "no basar las decisiones en una única determinación de  $\beta$ -hCG, seriando las analíticas y ecografías". Asimismo, expresa que, "siempre y cuando sea posible, se debe elegir el tratamiento médico" frente al quirúrgico, salvo que concurran los "criterios de exclusión" que señala.

En particular, y examinando los datos de la paciente el día 9 de junio -"analítica en sangre normal"; "características morfológicas de la imagen anexial: sospecha de gestación ectópica tubárica derecha de 12,3 x 13,1 mm sin esbozo embrionario y el nivel de la fracción  $\beta$  de la hormona coriónica humana ( $\beta$ -hCG), cifrado en 7770 UI/l"- el tratamiento médico con "metotrexato puede ser una opción aceptable, solo arbitraria al protocolo interno de cada hospital", siendo ese el momento en el que, previa suscripción del documento de consentimiento informado por la paciente, se le administró el fármaco.

Destaca también la relevancia de "un diagnóstico seguro precoz", tanto "para reducir el riesgo de rotura tubárica" como para "evitar tratar con metotrexato gestaciones viables".

Alcanza diversas conclusiones, entre las que se encuentran las siguientes: el día 8 de junio de 2023 la paciente presentaba “hallazgos en su totalidad altamente sugestivos de gestación ectópica y que, combinados como algoritmo diagnóstico más eficiente con la cuantificación de la fracción  $\beta$  de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) sérica cifrada en 5142 UI/L, establecieron con alta sospecha la impresión diagnóstica de embarazo ectópico tubárico derecho no accidentado./ (La paciente) recibió entonces información sobre las posibilidades terapéuticas, siendo aceptable en su caso entre los esquemas de manejo y acorde a los criterios de inclusión el tratamiento médico con metotrexato, solo arbitraria a protocolos internos de cada hospital, otorgando el consentimiento informado por escrito (...). La tarde de ese día 9 de junio de 2023” la interesada presenta “inicio de dolor abdominal, signo más frecuente presente en los embarazos ectópicos sintomáticos, siendo reevaluada con todos los medios necesarios adecuados a su sintomatología dentro del esquema más eficiente del diagnóstico de certeza de embarazo ectópico no roto (...), resultando de difícil diagnóstico diferencial y que orientaron al examinador de forma fiable al juicio clínico de sospecha de gestación de localización ectópica, recomendando por consiguiente nuevamente el tratamiento médico con metotrexato ante las expectativas de progresión o viabilidad del mismo”, sin perjuicio de que “el ritmo de progresión de la  $\beta$ -hCG para ese intervalo de tiempo hacía también probable la gestación intrauterina incipiente, consideración que de haberse tenido en cuenta hubiese permitido adoptar otras alternativas terapéuticas: laparoscopia diagnóstica ante una impresión diagnóstica fuerte a favor del embarazo ectópico vs actitud expectante ante la sospecha de gestación intrauterina de evolución incierta”. Señala que, aplicado el “esquema de seguimiento del tratamiento médico del embarazo ectópico no roto con metotrexato”, la paciente acudió el día 14 de junio al control, revelando las pruebas realizadas en ese momento “la presencia de un embarazo intrauterino incipiente persistiendo la descripción anexial derecha que suscitó la alta sospecha inicial de embarazo ectópico tubárico derecho, posibilitando en consecuencia la presencia de una embarazo múltiple



heterotópico” que se descarta -al igual que la gestación ectópica- tras realizar al día siguiente “tratamiento quirúrgico del embarazo de implantación ectópica, procedimiento de elección en pro de beneficiar al embarazo intrauterino”, si bien la gestación finalizó el día 3 de julio de 2023 por “aborto diferido”, cuya resolución completa tuvo lugar el día 10 de ese mes.

Sentado lo anterior, puesto que la interesada no niega ni refuta ninguno de los aspectos reseñados en ambos informes -sin que comparezca durante el segundo trámite de audiencia conferido-, debemos asumir su conformidad con ellos.

Como cuestión previa al análisis relativo a la asistencia sanitaria desplegada, no podemos dejar de referirnos al hecho de que la relación entre la interrupción del embarazo y la medicación suministrada al efecto se formula en términos de muy alta probabilidad, pero no con carácter absoluto. Solo así cabe interpretar la conclusión final del dictamen pericial, que establece que no puede “clarificar de forma fiable con los datos aportados y el curso evolutivo tórpido desde el inicio de la gestación en cuestión la existencia de nexo de causalidad total entre el tratamiento prescrito de metotrexato durante el embarazo (...) para la gestación ectópica tubárica derecha y el aborto intrauterino sobrevenido”. En este sentido, cabe reseñar que, como la propia pericial señala, la nueva gestación llevada a término se inició el día 26 de agosto de 2023, pese a que estaba contraindicada, según “la hoja informativa del esquema de tratamiento con metotrexato”, que contempla “dentro de los criterios de inclusión” evitar “el embarazo al menos durante los tres meses siguientes a la administración del mismo por el posible riesgo teratogénico para el feto”, advertido en las recomendaciones del informe al alta, emitido tras su dispensación, en la madrugada del día 10 de junio. E, igualmente, el prospecto del medicamento metotrexato, publicado en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, especifica claramente que “puede causar defectos de nacimiento, dañar al feto o provocar abortos”, por lo que “es muy importante que no se administre a mujeres embarazadas o que tengan previsto quedarse embarazadas”, indicaciones que subrayan el elevado



riesgo de su uso, pero también implican -en lo que ahora interesa- que, pese a su administración, un embarazo puede llegar a término, como ocurrió con la posterior gestación de la misma reclamante. Sin perjuicio, por tanto, de que no quepa obviar las dudas planteadas por el informe pericial respecto al nexo causal, ni asumir acríticamente un automatismo entre la administración del fármaco y la resolución de la gestación, concluimos que existe relación entre la administración del medicamento y el aborto diferido sufrido por la paciente.

Sentado lo anterior, cabe concluir, en cuanto a la atención prestada el día 8 de junio de 2023, que el diagnóstico de gestación ectópica estaba debidamente fundado en los resultados de la ecografía realizada, al presentar presencia de un pseudosaco en el útero y, “a nivel de la porción distal de la trompa derecha”, “una imagen ‘en dónut’ de 20 x 18 mm sin imagen de esbozo embrionario”, “caracterización que”, de acuerdo con la perito, “obliga según los conceptos expuestos a descollar como diagnóstico de sospecha el embarazo ectópico sin desatender la posibilidad de una gestación eutópica incipiente de menos tiempo que la amenorrea o no evolutiva (...), así como la eventual gestación heterotópica”. Sospecha que se vio reforzada por los resultados de la determinación del nivel de la gonadotropina coriónica humana, que orientaban a “una gestación de curso anormal”, que “conduce a identificar como plausible la causa ajustada a la descripción ecográfica de gestación ectópica”. En el informe clínico de alta, consta que “se explica a la paciente el diagnóstico de gestación ectópica” y que “cumple criterios para el tratamiento médico con metotrexato”, si bien, no cabía su dispensación ese día al no estar disponible en el Servicio de Farmacia, razón por la que fue citada al día siguiente.

En el informe correspondiente a esta última fecha -día 9 de junio de 2023-, consta que la afectada “refiere tener dudas sobre embarazo ectópico por encontrarse bien” y que “no desea administración de medicación hasta hablar con ginecología y comprobar gestación ectópica”. En suma, se respetó su voluntad, no obstante, la paciente regresó al Servicio de Urgencias ese mismo día por la tarde “por dolor abdominal” -que refiere por primera vez-

realizándose nueva ecografía con resultados similares a la del día anterior y cuantificación de la  $\beta$ -hCG de 7770 UI/ml. Esta última cifra no modifica el juicio clínico de gestación ectópica, aunque en el informe correspondiente se consigna que “se explica a la paciente sospecha diagnóstica de gestación ectópica y se recomienda de nuevo administrar tratamiento como había sido previsto por la mañana”, lo que, según se indica también expresamente, “la paciente entiende y acepta”, procediéndose a la administración del medicamento.

En relación con la asistencia prestada este día, la especialista informante a instancias de la compañía aseguradora expresa, en términos ciertamente ambivalentes, que “en este escenario y basados en los resultados debiera considerarse la posibilidad de hallarnos ante una gestación intrauterina teniendo entonces que solicitar un nuevo control de  $\beta$ -hCG sérica a las 48 horas de la basal o el cociente fracción  $\beta$  de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) sérica basal y a las 48 horas, según las guías de asistencia clínica y en caso de una convicción fuerte a favor de un embarazo ectópico o de forma más excepcional de embarazo múltiple heterotópico al menos desestimar la conducta activa de tratamiento médico con metotrexato en pro de proteger al feto de la exposición al fármaco, adoptando en esta posición como medida terapéutica la laparoscopia diagnóstica”. Pero, a nuestro juicio, tal afirmación -formulada en términos de probabilidad-, no permite concluir una infracción de la *lex artis* porque, a continuación, la misma especialista sostiene que en el siguiente control, llevado a cabo el día 14 de junio, la impresión diagnóstica era de “gestación múltiple heterotópica” -que, a tenor del correspondiente informe de alta, era también de “sospecha”-. Según la definición que ella misma facilita, “el embarazo heterotópico hace referencia a la gestación múltiple en la que un producto de la concepción se implanta en la cavidad uterina, es decir, de manera eutópica y otro en cualquier parte como embarazo ectópico”, siendo en este caso, afirma, el tratamiento de elección la cirugía laparoscópica. Así, se citó a la reclamante al día siguiente “para nueva valoración y posible manejo quirúrgico de gestación ectópica derecha” pero, a nuestro juicio, resulta

indudable que esa sospecha implica la gestación ectópica de uno de los embriones y, por tanto, el riesgo asociado a una conducta expectante respecto a ella, que obvia la reclamante, pero que plantea claramente el informe del Servicio afectado -al mencionar el riesgo de mortalidad existente en ese tipo de embarazos- y que también explicita el informe pericial, al referirse al riesgo de rotura tubárica presente -con carácter general- en cualquier embarazo ectópico.

Por otra parte, no podemos dejar de advertir que, pese a que el informe pericial alude a la existencia de ciertos “factores de riesgo” predisponentes a la aparición del embarazo ectópico, entre los que cita el “aborto médico o quirúrgico previo”, y a que este consta como antecedente en la historia clínica de la paciente, no se contempla su incidencia en la formulación del diagnóstico de sospecha, como expresamente se contempla, por ejemplo, en el caso abordado en el Dictamen 606/2022, de 4 de octubre de 2022, de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, o en el fundamento jurídico quinto, relativo a la “Valoración de la prueba”, de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 26 de noviembre de 2024 -ECLI:ES:TSJCV:2024:5724- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), de especial interés, dadas las similitudes con el caso planteado, puesto que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta frente al alegado error diagnóstico de un embarazo extrauterino, tras un caso de “diagnóstico inicial de embarazo ectópico”. En particular, la pericial practicada referida en los fundamentos de dicha Sentencia no solo se refiere expresamente a los “antecedentes” obstétricos como elemento relevante para la orientación diagnóstica, sino que, además, “las consideraciones que hace la perito judicial” comprenden la precisión de que “todas las exploraciones” -realizadas el día del primer ingreso- “indicaban (...) un diagnóstico de ‘embarazo ectópico’” que, “siguiendo pautas SECO y NICE, se indicó tratamiento médico precoz con metotrexato” y que, en los “controles médicos post tratamiento, se evaluó un saco gestacional intrauterino, junto con un posible embarazo ectópico tubárico por lo que se sospechó un ‘embarazo heterotópico’”, confirmándose finalmente, tras tratamiento quirúrgico

laparoscópico y legrado, la existencia de “embarazo intrauterino”, “no viable probablemente”, afirmando que el tratamiento farmacológico indicado era correcto “por el riesgo de mortalidad tan alto que un embarazo ectópico tiene para la gestante” y que, hemos de insistir, resulta de obligada valoración y en ningún caso omisible en una adecuada ponderación de la actuación sanitaria cuestionada. En este sentido, coincidimos con el Dictamen 317/2014, de 16 de julio de 2014, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, en que “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, -ECLI:ES:TSJCV:2011:8085- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.<sup>a</sup> (...), o del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de septiembre de 2011 -ECLI:ES:TSJM:2011:13863- y de 6 de mayo de 2014 -ECLI:ES:TSJM:2014:5438-, ambas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.<sup>a</sup>)”.

A nuestro juicio, existen aspectos clave adicionales que deben ser tenidos en cuenta, a efectos de determinar la corrección de la asistencia sanitaria desarrollada. El primero de ellos, que los informes aluden a la existencia de sospecha diagnóstica, primero de embarazo ectópico y, a partir del día 14 de junio, “de gestación heterotópica”, que -según explica el informe pericial- hace referencia a un tipo de gestación múltiple. Ello evidencia la especial dificultad diagnóstica, reiterada por los especialistas informantes, debiendo tenerse presente que, pese a lo alegado por la reclamante, las cifras de la fracción Beta son complementarias para el diagnóstico de una gestación ectópica y que, en el caso de embarazo heterotópico, simplemente, según la perito, “no son de utilidad” (folio 191).

En segundo lugar, y directamente relacionada con la cuestión anterior, observamos que la propia reclamante afirma de forma reiterada -en consonancia con lo reflejado en la historia clínica- tener pleno conocimiento del

desarrollo del proceso asistencial, lo que implica que era consciente de la presunción de los diagnósticos. Sin que, por otra parte, haya rebatido -como ya hemos advertido- ninguna de las consideraciones vertidas en los informes emitidos. En todo caso, la imputación relativa a la “falta de pericia” de una única profesional que la examinó, a quien atribuye el “error de diagnóstico”, debe descartarse, a tenor de lo expuesto por los responsables del servicio. Sin que tampoco quepa, con base en los informes emitidos, aceptar que procedía realizar una “laparoscopia exploratoria” como primera medida, tal y como plantea, pues existe pleno consenso en considerar adecuada la propuesta terapéutica formulada en la primera asistencia, llevada a cabo el día 8 de junio.

Por último, reiteramos que la omisión de las necesarias referencias al riesgo de mortalidad asociado al embarazo ectópico -por parte de la reclamante, pero también, en gran medida, por la especialista informante a instancias de la compañía aseguradora- no puede impedir su aprecio, a fin de concluir la idoneidad del tratamiento prescrito ante una sospecha de esa gestación, siendo especialmente ilustrativa a estos efectos la casuística jurisprudencial enunciada.

En definitiva, resulta acreditado que la atención prestada por el servicio público sanitario fue correcta en cada una de las fases evolutivas de la gestación, afectada por una dificultad diagnóstica que determinó la sucesión de sospechas diagnósticas -de gestación ectópica, primero y de embarazo heterotópico, después- que obligan a reiterar cuanto advertimos en nuestro Dictamen Núm. 131/2017, relativo al retraso diagnóstico de un embarazo heterotópico, pues “resulta evidente que cualquier examen relativo a la adecuación a la *lex artis* de la asistencia recibida por la perjudicada a lo largo del episodio clínico descrito no puede prescindir de que la patología en presencia” adolece de evidente “complejidad en su diagnóstico”.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,