

Dictamen n.º: **662/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de diciembre 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 sufridos por el retraso diagnóstico de hipertiroidismo, como consecuencia de los resultados erróneos de las analíticas que le fueron realizadas en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, registrado en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda el día 25 de agosto de 2023, que tuvo entrada en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ese mismo día.

En su escrito reclama los daños y perjuicios que le correspondan, que considera ocasionados por una negligente

actuación del laboratorio del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, al informar unos resultados erróneos en sus analíticas.

Indica que sufre hipertiroidismo y que no fue detectado a tiempo, lo que le ha ocasionado, asevera, un grave deterioro en su estado de salud.

A continuación, procede a detallar un resumen de las citas médicas y analíticas que, señala, respaldan su reclamación:

-El día 8 de agosto de 2022 acude a Atención Primaria por cefalea, mialgias en extremidades, temblor y cansancio extremo y le detectan taquicardia. Los resultados de la analítica, realizada el 9 de agosto, mostraron anemia normocítica leve y alteración mixta del perfil hepático, pero la función tiroidea se consideró normal (hormona estimulante del tiroides -TSH-: 2.05 mU/L).

-El 11 de agosto de 2022, en una nueva visita a Atención Primaria, se realizó otra analítica de serología y microbiología, cuyos resultados fueron negativos en todos los valores.

-El 22 de agosto de 2022, debido a la persistencia del cuadro clínico, acude a Urgencias con síntomas de debilidad muscular generalizada, incapacidad para realizar ningún tipo de esfuerzo, disnea, astenia, pérdida de peso muy acusada (4 kg) y otros síntomas preocupantes. La analítica de seguimiento mostró anomalías similares a las anteriores, y le remitieron a Medicina Interna.

-El 26 de agosto de 2022, en la primera consulta en Medicina Interna, le diagnostican síndrome constitucional y debilidad muscular a estudio. Alteración mixta del perfil hepático. Anemia normocrómica con perfil de T. Crónico. Resultados de la analítica: TSH 1,90. Se solicita Electroneurograma/Electromiograma (ENG/EMG), ecografía abdominal y analítica.

-El 23 de septiembre de 2022, en Medicina Interna, el médico refiere importante sintomatología. Debilidad en manos y piernas. Apenas puede escribir y tiene temblor fino distal. Incapacidad para levantarse de la silla sin ayuda de manos. Cualquier actividad está limitada por cansancio y debilidad, incluida la ingesta o el habla. Asocia dificultad para tragar los sólidos y tiene que beber agua para que pase el bolo. Ha tenido un atragantamiento. No claudicación mandibular. No disfonía, pero sí nota temblor de la voz. Disnea de mínimos esfuerzos asociada con cualquier actividad física. En total, ha perdido 7 kg. Resultados de las pruebas: ENG/EMG (2/9/2022): signos de miopatía. Ecografía de abdomen (7/9/2022): resultado normal. TAC abdomen pelvis (20/9/2022): resultado normal. Diagnóstico: sospecha de miopatía a estudio. Alteración mixta leve del perfil hepático, en mejoría. Reactantes de fase aguda: ferritina, vsg, fibrinógeno en mejoría. Anemia normocítica normocrómica con perfil de T. crónico, resuelta. Pendiente en estudio de paraproteínas, Al, anti Rc de acetilcolina y perfil de mitosis. Valoración en Neurología. Se solicita valoración a Otorrinolaringología y ecocardiograma transtorácico, panendoscopia oral y PET.

-El 18 de octubre de 2022, acude a Neurología y comienza el tratamiento con propanolol. El día 27 es valorada por el otorrinolaringólogo.

-El 23 de noviembre de 2022 el resultado de la TSH es 1.80.

-El 23 de diciembre de 2022, valorada en Medicina Interna con sintomatología similar, ha seguido perdiendo peso, 12/13 kgs desde el inicio del cuadro. Resultados analítica (12/12/2022): TSH 1,17.

-El 11 de enero de 2023, le realizan el estudio de feocromocitoma y gammagrafía con octeótrido solicitado por Medicina Interna.

-El 3 de febrero de 2023, en Medicina Interna le diagnostican insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada. Analítica: TSH 1.21.

-El 14 de febrero de 2023 acude a consulta de Neurología.

-El día 24 de febrero le realizan una biopsia de la glándula salival menor (de cuya herida se le desprende un punto, tarda un mes en recuperarse y resulta una cicatriz permanente molesta) y le ponen un Holter de 24 horas. El día 28, una gammagrafía cardiaca solicitadas, ambas, por Cardiología/Medicina Interna.

-El 1 de marzo de 2023 en consulta telefónica con Medicina Interna, le solicitan estudio genético de TTR (transtiretina), gammagrafía cardiaca, estudio de variabilidad RR (variabilidad de la frecuencia cardiaca) y Termotest (Test neurofisiológico de exploración térmica).

-El 6 de marzo acude por primera vez a la consulta de Cardiología. Había perdido 15 kgs de peso. El día 23 le hacen la gammagrafía de inervación cardiaca; el 4 de abril, la resonancia magnética cardiaca, con y sin contraste.

-El 17 de abril de 2023, los resultados de todas las pruebas son correctos y es dada de alta en Cardiología.

-El 17 de abril de 2023, en primera consulta de Endocrinología, pesa 47 kgs, refiere pérdida de 15 Kgs desde el inicio de la sintomatología). Talla 1,77 cm. IMC 15. Diagnóstico: desnutrición en el contexto de cuadro sistémico de origen no aclarado. Tratamiento: seguir tomando complementos hipercalóricos y enriquecimiento de la dieta.

-El 23 de marzo de 2023 acude a la consulta privada de un médico internista para solicitar una segunda opinión. Le pautó duloxetine, tratamiento confirmado el 9 de mayo de 2023 por un psiquiatra privado, y una analítica que se realizó en el laboratorio de un hospital privado, el día 13 de abril.

-El 30 de abril de 2023, los resultados de la analítica revelan por primera vez la alteración de la TSH: TSH = 0,01 en rango: 0,27-4,20. T3 = 6,51, en rango 0,80-2,00 y T4 = 26,90, en rango 5,10-14,10. Ante la enorme la enorme diferencia entre el resultado del hospital privado y los resultados del Laboratorio del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, le prescribe la repetición de la analítica, que se realiza el 16 de mayo, cuyos resultados confirman los obtenidos en la de 30 de abril.

-El 18 de mayo de 2023 acude a Medicina Interna y a Endocrinología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y, ese mismo día, le realizan una analítica, de la que resulta TSH 0.84, dentro de los parámetros normales. En la exploración se constata circulación hiperdinámica, evidente temblor fino distal, retracción palpebral superior y bocio difuso Ib. Le realizan ecografía cervical en consulta, que muestra un tiroides aumentado de tamaño de forma difusa.

La reclamante manifiesta que, en ese momento, a la vista de los datos clínicos hormonales y ecográficos, es diagnosticada de la enfermedad de Graves-Basedow. Además, relata, un análisis retrospectivo, reveló que la práctica totalidad de los datos clínicos y analíticos que componían su cuadro sistémico desde agosto de 2022 encajaban con un hipertiroidismo significativo de larga evolución. Sin embargo, las determinaciones de TSH realizadas en el laboratorio del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, repetidas hasta

en seis ocasiones habían arrojado siempre un resultado normal, por lo que nunca se activó un protocolo de determinación de T4L y T3L.

Indica que, ante la sospecha de interferencia analítica en la determinación de TSH con resultados falsamente normales, el 19 de abril (sic) de 2023 se efectuó un nuevo estudio de la función tiroidea en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, cuyo resultado confirmó la sospecha de interferencia analítica. El juicio clínico final, según informe adjunto del Área de Endocrinología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, es: enfermedad de Graves-Basedow de diagnóstico tardío debido a interferencia analítica en la determinación de TSH de causa no identificada por el momento.

La reclamante, ante estos datos y la evidente discrepancia entre los resultados, considera que existe una clara negligencia en el proceso de diagnóstico y adecuado tratamiento, pues la falta de detección oportuna del hipertiroidismo ha ocasionado un retraso significativo en el tratamiento adecuado, lo cual ha llevado a un agravamiento de su estado de salud y a una pérdida de peso considerable (18 kgs), sufriendo daños y perjuicios de consideración, que se aportarán en el momento en que esté finalizada su valoración.

Acompaña un informe de fecha 23 de junio de 2023, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

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

La paciente, nacida el 31 de diciembre de 1966, recibe distintas asistencias sanitarias que aparecen recogidas en el informe de seguimiento de la consulta externa del Servicio de Endocrinología y

Nutrición del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, de fecha 23 de junio de 2023, que, a continuación, se describen.

Cuenta con antecedentes personales, entre otros, de trastorno por ansiedad generalizada en tratamiento con lormetazepam y fumadora.

El 8 de agosto de 2022 acude a consulta en Atención Primaria por cefalea, mialgias en extremidades y temblor. A la exploración se objetiva taquicardia (130 latidos por minuto -lpm-), sin fiebre, y en analítica se detecta anemia normocítica normocrómica leve, alteración mixta del perfil hepático y función tiroidea normal (TSH 2.05 mU/L). Se le indica acudir a Urgencias si no aprecia mejoría en los días siguientes.

El 22 de agosto de 2022, acude a Urgencias por persistencia del cuadro clínico. En el interrogatorio destaca debilidad muscular generalizada, intolerancia al ejercicio con disnea de mínimos esfuerzos, astenia, hiporexia y pérdida de 4 Kgs de peso en un mes (peso habitual 62 Kgs). En la exploración física no se detectaron anomalías, en la analítica persistían las alteraciones evidenciadas en Atención Primaria y los estudios adicionales (incluido angioTC) fueron normales. Con el diagnóstico de síndrome constitucional, es remitida a Medicina Interna para estudio.

El 26 de agosto 2022 se inicia estudio en Medicina Interna y se le realiza una primera batería de exploraciones con los siguientes resultados: estudio de anemia: ferritina 742 ng/ml, vitamina B12 y ácido fólico normales. BQ: ALT (GPT) 74 U/L, AST (GOT) 107 U/L, Fosfatasa alcalina 194 U/L (46-116), gamma-Glutamiltransferasa 101 U/L (6-36). Hipocolesterolemia. Resto normal incluida CPK. VSG 82, fibrinógeno 780 mg/dl (200-400). Función tiroidea normal (TSH 1.90 mU/L). Ecografía abdominal: quiste renal de 6 cm, como único

hallazgo. EMG/ENG: signos de miopatía, más expresivos en la musculatura proximal de las extremidades. No datos de polimiositis ni de polineuropatía periférica.

A la vista de los resultados y ante la progresión de la sintomatología, con debilidad marcada, hiperreflexia, pérdida continuada de peso, taquicardia, disnea de mínimos esfuerzo, y aparición de disfagia alta, se prosigue la búsqueda del origen del cuadro. En los meses siguientes la paciente es sometida a múltiples estudios: inmunológicos, hormonales (incluyendo determinación de TSH hasta en seis ocasiones), microbiológicos, radiológicos, endoscópicos, isotópicos (gammagrafía y PET), histológicos (biopsia de glándula salival) y genéticos (estudio del gen TTR). Se consulta, además, con diversos especialistas, incluyendo Otorrinolaringología, Neurología y Cardiología. A pesar del exhaustivo estudio no se evidencia un claro origen del cuadro sistémico de la paciente postulándose como posible causa una disautonomía con afectación cardíaca de origen post infeccioso. A lo largo de la evolución, recibe tratamiento con propranolol, además de furosemida e ivabradina por evidencia de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada.

En el mes de diciembre de 2022, como parte del estudio etiológico del cuadro sistémico, se evidencia por primera vez alteración del metabolismo fosfo-cálcico (calcio 11.5 mg/1, fósforo 5.7 mg/dl), con PTH (hormona paratiroidea) baja (10 pg/ml [19-88]). Con el diagnóstico de hipercalcemia PTH independiente, en Medicina Interna se realizan los siguientes estudios: nueva evaluación de la función tiroidea, con resultado normal (TSH 1.17 mU/L); 25 OH vitamina D: 161 nmol/1; metanefrinas en orina 24 h normales. Cromogranina A 260 ng/ml (0-84 ng/ml); PTH-rp indetectable: gammagrafía con octreótido (TEKTROTYD) normal.

En enero 2023, un mes después de haber recibido una inyección de denosumab, la analítica muestra los siguientes datos: calcio 9.5 mg/dl, fósforo 2.8 mg/dl, PTH 191 pg/ml, calciuria 43 mg/24 h, 1,25 (OH)₂ vitamina D 87 pg/mL (20-54 pg/mL).

A la vista de estas estos hallazgos, la paciente es derivada a Endocrinología, donde es atendida por primera vez el 17 de abril de 2023. El interrogatorio no ofrece información nueva, y la reevaluación del metabolismo fosfo-cálcico muestra remisión de todas las anomalías, incluidos los niveles de 1,25 (OH)₂ vitamina D. En el juicio clínico consta hipercalcemia y desnutrición en el contexto de un cuadro sistémico de origen no aclarado.

El 19 de mayo de 2023, es derivada de nuevo a Endocrinología desde Medicina Interna tras evidenciarse en analítica realizada en un centro externo los siguientes datos de función tiroidea:

-13 de abril de 2023: TSH < 0.01 mU/L, T4 total 26.9 ug/dl (5.1-14), T3 total 6.51 ng/ml (0.8-2.0).

-16 de mayo de 2023: TSH < 0.01 mU/L, T4 total > 24.9 ug/dl, T3 total > 6.51 ng/ml, TSI > 40 U/L, Ac anti-tiroideos negativos.

En el interrogatorio, la paciente no refería cambios en la sintomatología iniciada en el mes de agosto. A la exploración se constató circulación hiperdinámica, evidente temblor fino distal retracción palpebral superior, y bocio difuso lb. Se realizó ecografía cervical en consulta que mostró un tiroides aumentado de tamaño de forma difusa, ecogenicidad mínimamente heterogénea, claro aumento difuso de la vascularización y ausencia de nódulos.

A la vista de estos clínicos, hormonales y ecográficos, la paciente fue diagnosticada de enfermedad de Graves-Basedow, y un análisis

retrospectivo reveló que prácticamente la totalidad de los datos clínicos y analíticos que componían el cuadro sistémico que presentaba la paciente desde agosto 2022 (incluida la hipercalcemia transitoria) encajaban con un hipertiroidismo significativo y de larga evolución. Sin embargo, las determinaciones de TSH realizadas en el hospital de forma repetida (hasta en seis ocasiones) habían sido siempre normales (por lo que no se había activado el protocolo de determinación de T4L y T3L). Ante la sospecha de interferencia analítica en la determinación de TSH con resultados falsamente normales, el 19 de mayo de 2023 se efectuó un nuevo estudio de la función tiroidea en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, cuyo resultado (TSH 0.84 mU/L [0.55-4.78], T4 libre 6.86 ng /di [0.89-1.76], T3 libre >20 pg/ml [2.3-4.2], TSI 244 UI/L [0.0 - 1.8]) confirmó la sospecha de interferencia analítica.

Se comienza tratamiento con metimazol a dosis inicial de 30 mg/día asociando propranolol en las primeras semanas para control sintomático. Pocos días después la paciente comenzó a experimentar mejoría significativa.

Respecto al origen de la interferencia analítica, se constató que la paciente tomaba un preparado vitamínico para combatir la caída de cabello que contenía biotina. No obstante, había iniciado la toma de dicho preparado en el mes de febrero aproximadamente, por lo que no justificaba el hallazgo de TSH normal en las determinaciones previas a esta fecha. Una nueva analítica efectuada cuatro días después de interrumpir la toma del preparado vitamínico mostró de nuevo TSH normal a pesar de T3 y T4 elevadas.

Las notas de evolución médica de la historia clínica del día 19 de mayo de 2023 recogen: visita imprevista. Acude remitida de Medicina Interna ante hallazgo de alteración de la función tiroidea, se anotan los resultados de la analítica realizada en el hospital privado. “En el

interrogatorio dirigido presenta síntomas claros de hipertiroidismo (pérdida de peso, taquicardia, temblor). (...). Ecografía en consulta: tiroides aumentado de tamaño de forma difuso, ecogenicidad bastante conservada y claro aumento de la vascularización de forma difusa; no nódulos. La paciente refiere que la sintomatología es la misma desde el inicio del cuadro y retrospectivamente todos los datos clínicos y analíticos encajan con un hipertiroidismo significativo y de larga evolución". A continuación, figura la posible interferencia del laboratorio, el diagnóstico, el tratamiento y las recomendaciones, así como la prescripción de una analítica en un mes.

El día 22 de mayo de 2023, según las notas de evolución médica, consulta no presencial, se reflejan los resultados de la analítica del día 19, TSH 0,84, T 4 libre 6.86, T3 libre >20, TSI 244 UI/L. *"Claramente existe una interferencia analítica que parece afectar a la determinación de TSH (con valores falsamente elevados) y a la de TSI (con valores falsamente bajos), y que afecta al laboratorio de este centro, pero no a otros".*

El 29 de mayo de 2023 se le realiza una gammagrafía tiroidea cuyos hallazgos son: glándula tiroidea aumentada de tamaño con intenso aumento homogéneo de la captación. No se evidencian áreas frías. Conclusión: bocio hipercaptante compatible con tiroiditis autoinmune tipo EGB.

De acuerdo con el informe de 23 de junio de 2023, fecha de la última revisión en Endocrinología, está en tratamiento con Tirodril 5 mg: cuatro comprimidos al día (20 mg/día). Propanolol finalizado. En cuanto a su situación clínica: mejoría significativa, con incremento de la tolerancia al esfuerzo, reducción del temblor y de la taquicardia, incremento del apetito y remisión de la disfagia. En la exploración física: TA (Tensión arterial) 135/56 mmHg, FC 99 lpm, peso 49 Kg (+ 1.9 Kg desde el inicio del tratamiento). Persiste bocio difuso grado 2.

No datos de oftalmopatía tiroidea. En cuanto al resultado de las analíticas:

-15 de mayo de 2023 (hospital privado): TSH < 0.01 mU/L, T4L 0.76 ng/dl (0.93-1.70), T3 total 2.38 ng /ml (0.80-2.0).

-16 de junio de 2023 (realizada en Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda a petición de Atención Primaria, tras más de tres semanas sin tomar biotina): TSH 0.85 mU/L.

Con el juicio clínico de Enfermedad de Graves-Basedow, de diagnóstico tardío debido a interferencia analítica en la determinación de TSH de causa no identificada por el momento, se le pauta como tratamiento: Tirodril 5 mg, indicándole la dosis, Se le cita para revisión el 5 de septiembre de 2023, en la que aportará analítica que realizará unos días antes en el hospital privado. El día de la visita se extraerá muestra para nueva determinación.

De los demás documentos de la historia clínica resultan las siguientes revisiones y pruebas que se le efectuaron con posterioridad. Acudió a revisión el día 5 de septiembre, se le ajustó la dosis de medicación y al día siguiente, le comunicaron de forma telefónica los resultados de la analítica y el plan a seguir.

El 8 de febrero de 2024 acude al Servicio de Cirugía General y Digestiva derivada desde Endocrinología, por Enfermedad de Graves de tiempo de evolución con mal control farmacológico. No tiene antecedentes de irradiación cervical, ni disfagia, ni disnea, ni disfonía. Con el juicio diagnóstico de Enfermedad de Graves, Oftalmopatía, se solicita preoperatorio, preanestesia y se le entrega consentimiento informado para tiroidectomía total.

El 11 de abril de 2024 ingresa en el Servicio de Cirugía General y Digestiva y se le realiza, previo preoperatorio y preanestesia, tiroidectomía total con monitorización nerviosa intermitente. Durante el ingreso, se solicita una interconsulta a Endocrinología, presenta hipocalcemia postquirúrgica asintomática y evolución favorable, manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable, con buen control del dolor con analgesia pautada. Con juicio clínico de tiroidectomía total por enfermedad de Graves con necesidades altas de antitiroideos e hipocalcemia postquirúrgica, es dada de alta el día 15 de abril.

El 18 de mayo de 2024, en revisión en la consulta externa del Servicio de Cirugía General y Digestiva, se encuentra bien, asintomática, en tratamiento con levotiroxina y la herida está bien cicatrizada.

El 21 de noviembre de 2024 es dada de alta definitivamente por el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

TERCERO.- Formulada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Se ha emitido informe de fecha 15 septiembre de 2023 firmado por el jefe del Servicio de Bioquímica-Análisis Clínicos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, en el que realiza las siguientes consideraciones:

“1. La solicitud de pruebas para el despistaje de hipertiroidismo está abierta a todas las especialidades del hospital y de Atención

Primaria. Para dicho despistaje se estableció una regla experta en el Hospital en diciembre de 2022 (para Atención Primaria ya estaba establecida previamente), según la cual solo si los resultados de TSH están alterados se sigue avanzando en el estudio con la determinación de T4L y T3L. Pero dicha regla experta no aplica a los Servicios de Endocrinología, Medicina Nuclear, Medicina Interna y Oncología Médica. Estos Servicios, y cualquier otro tras consulta con el laboratorio, pueden solicitar el estudio completo.

2. En las diferentes visitas de la paciente al laboratorio los valores de TSH han entrado en el rango de normalidad, por lo que no se ha seguido avanzando en su estudio. Desde el laboratorio no se conoce la sintomatología del paciente y, sin una indicación especial desde el servicio prescriptor, se sigue el procedimiento normalizado.

3. El método empleado por el Servicio de Laboratorio del H.U. Puerta de Hierro Majadahonda es adecuado, ya que los resultados de los controles de calidad internos y externos a los que estamos sometidos históricamente avalan la calidad de nuestros resultados.

4. Dicho lo anterior, únicamente cabe pensar que se produzca una interferencia analítica, que a priori desde el laboratorio es imposible detectar. Si existe discrepancia entre los resultados y la sintomatología del paciente, el servicio clínico debe contactar con el laboratorio y/o solicitar una ampliación del estudio.

5. Según la HC de la paciente, ha recorrido diferentes ámbitos y Servicios: Atención Primaria, Medicina Interna, Neurología, ORL, Cardiología hasta llegar al Servicio de Endocrinología, que finalmente canalizó adecuadamente las peticiones, ratificando los resultados del Hospital (privado).

En resumen: las interferencias analíticas son a priori muy difíciles de detectar en el laboratorio y es necesario tener un conocimiento de la situación clínica del paciente.

Además, son muy infrecuentes. Por tanto, una interferencia analítica de estas características no se puede considerar un error del laboratorio, ni una negligencia ni mala praxis, puesto que nuestros resultados están avalados por los controles de calidad externos”.

Figura también en el procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 26 de septiembre de 2024, en el que, revisada y analizada la documentación disponible, en función de las consideraciones médicas que realiza, concluye lo siguiente:

“1. No encuentro datos que objetiven que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fuera incorrecta o inadecuada, según Lex artis, en función de los resultados disponibles de las pruebas diagnósticas.

2. Se produjo un retraso diagnóstico de aproximadamente 9 meses en la Enfermedad de Graves-Basedow, con el consiguiente perjuicio para la paciente.

3. El retraso diagnóstico fue consecuencia de los errores mantenidos en el tiempo de un parámetro tiroideo, debido a una interferencia analítica no controlada”.

La aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación interpuesta el día 17 de octubre de 2023.

El día 6 de marzo de 2025, una abogada en representación de la reclamante, presenta solicitud de reclamación de responsabilidad patrimonial por los mismos hechos y detalla, de nuevo, la asistencia sanitaria prestada a la reclamante. Aporta informe de 7 de mayo de 2024, emitido por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, en el que hace constar que: “...ante la *“baja/nula probabilidad de remisión con anti-tiroideos, se decide tto. definitivo. Dado el tamaño grande del bocio, el título muy elevado de TSI y la oftalmopatía se opta por cirugía”*, así como informes de fecha 15 de abril y 17 de julio de 2024, del Servicio de Oftalmología del mismo hospital.

Argumenta que existe relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento normal o anormal del servicio público, pues los propios especialistas del centro hospitalario reconocen que los resultados de las muestras realizadas en el laboratorio del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda resultaron ser erróneas, de tal modo que, retrasaron el diagnóstico y le ocasionaron problemas de salud tan importantes que estuvieron muy cerca de llevarla a la muerte, graves perjuicios en todos los ámbitos de su vida, como la imposibilidad de continuar en su puesto de trabajo, al no poder realizar ni las tareas más básicas y elementales, como manejar documentación o llevar el control de las actividades administrativas esenciales, afectando a su estabilidad económica. Igualmente afectó a su vida diaria, al sufrir deterioro físico y emocional extremo, debilitamiento, decaimiento, la extrema delgadez y debilidad por pérdida de peso severa (hasta 17 kgs), con una desnutrición máxima, con continua y permanente taquicardia que le impedían participar en los más básicos actos de la vida familiar y social. La ausencia de diagnóstico le provocó ansiedad y sufrimiento extremo, incrementado por los progresivos cambios en su apariencia física, afectando a la autoestima, perdiendo toda relación con el mundo exterior.

Indica que el 6 de mayo de 2024 el Instituto Nacional de la Seguridad Social inició de oficio el procedimiento de incapacidad permanente por el transcurso del plazo de quinientos cuarenta y cinco días, siendo notificada el día 7 de junio, Resolución de 6 de junio de 2024 por la que se deniega la incapacidad, momento en que,

afirma, la reclamante ha tenido conocimiento de la extensión de sus lesiones y secuelas. Adjunta ambos documentos con su escrito.

Aporta, asimismo, informe pericial de fecha 10 de octubre de 2024, efectuado por un médico especialista, máster en valoración del daño corporal y perito médico de los seguros privados acreditado, ex médico forense en distintos juzgados y mediador en el ámbito sanitario y accidentes de circulación Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, cuyo objeto es *“evaluar la asistencia prestada a la reclamante en el Hospital Puerta de Hierro, con motivo del manejo de su hipertiroidismo provocado por la enfermedad de Graves-Basedow, desde el 23/08/2022”*. Una vez detalladas las fuentes utilizadas para la elaboración del informe, descritos los hechos ocurridos en relación con el objeto de pericia (resumen de la historia clínica) y valorados los relacionados con el objeto de pericia, llega a una serie de conclusiones médico periciales que describiremos posteriormente.

Por último, la abogada, en su escrito, considera que el principio de indemnidad obliga a la Administración a proporcionar una reparación integral del daño sufrido y solicita una indemnización de 69.187,64 €, con el siguiente desglose:

“A/ Los 654 días que transcurrieron desde el primer día que Dña. (la reclamante) acude a Urgencias el día 23.08.2022 hasta la fecha de la Resolución del INSS de 07.06.2024.

- Perjuicio Personal Particular Grave, tomando como referencia Baremo Ley 35/2015 (Baremo 2024) 92,66.-€/día: 60.599,64.-€ SESENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE EUROS CON SESENTA Y CUATRO CENTIMOS.

B/ Gastos sufragados durante todos estos meses de incapacidad, cuyo pago es posible justificar, dado que muchos otros no es

posible, haciendo un total de OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO EUROS (8.588.-€) con el siguiente desglose:

-DOCUMENTO N° 5 Bloque de GASTOS correspondiente a las Factura Entrenador: 6.430,00.-€; Psiquiatra:200,00.-€ y de Medicina Interna: 968.-€”.

No obstante lo manifestado en su escrito, el documento n° 5 únicamente consta de tres facturas emitidas por consultas de Medicina Interna por importe de 330 euros cada una, abonadas en las siguientes fechas: 22 de marzo, 17 de julio y 22 de noviembre de 2023, y de una factura de honorarios profesionales emitida el 29 de junio de 2023 relativa a dos consultas médicas por importe de 200 euros.

Mediante oficio de 9 de mayo de 2025, se comunica a la abogada la recepción de esta nueva documentación presentada en relación con el procedimiento de responsabilidad patrimonial que se está tramitando como consecuencia de la reclamación presentada con fecha 24 de agosto de 2023 por la reclamante en su propio nombre y se le requiere para que acredite su representación. El día 22 de mayo, presenta justificante de aceptación de apoderamientos en el Registro Electrónico de Apoderamientos, en el que se constata que se trata de un apoderamiento general para cualquier actuación administrativa y ante cualquier administración pública.

Mediante oficio de 27 de mayo de 2025, notificado ese mismo día, se comunica a la abogada que el artículo 22.1.f) de la LPAC prevé la posibilidad de suspender este tipo de procedimientos cuando se inicien negociaciones con vistas a la conclusión de un pacto o convenio. Con ese fin, se le comunica que se pondrá en contacto con ella la compañía aseguradora del SERMAS, para iniciar dichas actuaciones al objeto finalizar el procedimiento de responsabilidad

patrimonial mediante un acuerdo y que, en caso contrario, el procedimiento continuará hasta obtener la resolución definitiva.

Mediante escrito de fecha 9 de julio de 2021 (sic), la aseguradora del SERMAS comunica que la negociación ha fracasado dada la imposibilidad de acercamiento de posturas sobre la valoración del daño.

A instancia de la instructora del procedimiento, figura incorporado al expediente un informe de valoración del daño corporal, emitido el 23 de mayo de 2025 por la técnico de Apoyo del Área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario, Licenciada en Medicina, en el que valora el daño, de acuerdo con la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, con el baremo actualizado a 1 de enero de 2022, fecha del hecho causante, en 17.389,36 €, con el desglose siguiente:

-Perjuicio particular: 284 días de perjuicio moderado a 57,04 euros/día= 16.199,36 euros.

-Perjuicio patrimonial daño emergente: gastos diversos resarcibles: 1.190 euros.

Considera que puede añadirse el daño moral asociado a la incertidumbre y sufrimiento, que no puede ser objeto de cuantificación aplicando la Ley 35/2015.

El 30 de julio de 2025 se notifica a la abogada de la reclamante el trámite de audiencia. Mediante escrito registrado el día 18 de septiembre, alega un funcionamiento anormal del Servicio Público toda vez que el propio hospital reconoce un “*diagnóstico tardío debido a interferencia analítica en la determinación de TSH*”. Este retraso de

casi nueve meses genera responsabilidad objetiva de la Administración; aunque se aducen interferencias analíticas y puedan calificarse de infrecuentes, la persistencia del cuadro clínico grave que venía sufriendo -pérdida de 17 kgs, taquicardia, temblores, hipercalcemia- imponía contrastar los resultados analíticos con otras determinaciones o laboratorios. No hacerlo prolongó innecesariamente el sufrimiento y el riesgo vital de la paciente.

Reitera su solicitud de indemnización por un importe de 69.187,64 € y señala que el perjuicio personal particular ha de calificarse como grave al quedar impedida para realizar la mayoría de actividades esenciales de su vida ordinaria, aunque no estuviera ingresada de forma continuada en el hospital. Muestra su disconformidad con el periodo de tiempo de incapacidad computado por la Administración (8 de agosto de 2022 - 19 de mayo de 2023) pues considera que debe extenderse hasta el 7 de junio de 2024, fecha de la Resolución del INSS, que constata el fin de la incapacidad y el alcance de las secuelas por lo que el baremo a aplicar debe ser el vigente en 2024, no el de 2022. En relación a los gastos, la Administración deja fuera de los de entrenamiento personal especializado, prescrito y necesario para la recuperación de masa muscular y ósea tras la desnutrición extrema provocada por el retraso diagnóstico. Considera que hay una pérdida de oportunidad pues, aunque la Administración refiere un “*retraso diagnóstico*” que privó a la paciente de la oportunidad de recibir tratamiento precoz y evitar secuelas, lo que se debe indemnizar es la limitación funcional o la pérdida de autonomía durante todo el tiempo de sufrimiento. Por último, solicita como prueba, la ratificación del perito y del entrenador personal.

Finalmente, el 28 de octubre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula una propuesta de resolución, que estima parcialmente la reclamación,

reconociendo a la interesada el derecho a percibir una indemnización de 22.389,36 € (17.389,36 € más 5.000 € de daño moral), actualizada a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

CUARTO.- El 11 de noviembre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente n.º617/25 a la letrada vocal Dña. M^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de diciembre 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 superior a quince mil euros, 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 ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al 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, la reclamante dirige sus reproches en relación con los errores en los resultados analíticos que se sucedieron a partir del 22 de agosto de 2022 y que determinaron que no se llegara al diagnóstico de hipertiroidismo hasta el 18 de mayo de 2023, de modo que la reclamación, presentada el 25 de agosto de 2023, se ha formulado en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del Servicio de Bioquímica-Análisis Clínicos del centro hospitalario, implicado en el proceso asistencial de la reclamante, han emitido informe la Inspección Sanitaria y el SERMAS. Tras la incorporación de los informes mencionados, se dio audiencia a la reclamante y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del

sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según constante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015) y de 19 de julio de 2018 (recurso 7/2017) recuerdan que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

Además, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023 (recurso 157/2021) y de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

“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”.

CUARTA.- Como se ha visto en los antecedentes de hecho, la reclamante reprocha que, debido a los resultados erróneos en las sucesivas analíticas, se ha demorado nueve meses el diagnóstico del hipertiroidismo que padecía, con los perjuicios que ello le ha supuesto.

En materia de carga de la prueba respecto del nexo causal, debe tenerse en cuenta que, como regla general, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), recuerda: *“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal*

Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992”.

En el presente caso, la reclamante ha aportado un informe pericial que describe la enfermedad y concluye que padeció un cuadro clínico totalmente compatible y claro de hipertiroidismo significativo y de larga evolución; que debido a los errores continuos en las determinaciones analíticas por parte del laboratorio del Hospital Puerta de Hierro, y que no se produjeron en ningún momento en otros centros, hubo una demora en el diagnóstico y tratamiento de más de 9 meses.

Señala que, como consecuencia, la enfermedad se descontroló totalmente y sufrió muchas complicaciones que se habrían evitado absolutamente de haberse pautado el tratamiento correcto desde el principio, siendo sometida a muchas pruebas, algunas invasivas y a tratamientos innecesarios. Afirma que en ningún momento se solicitó ni se practicó ninguna prueba enfocada en una posible enfermedad tiroidea, por más que los síntomas eran claros y la clínica evidente de hipertiroidismo y, que, como consecuencia de dicho proceso, ha permanecido en situación de incapacidad temporal 545 días por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), no habiéndose reconocido incapacidad permanente alguna.

Por su parte, la Inspección Sanitaria expone en su informe que:

“La Enfermedad de Graves-Basedow es un trastorno autoinmune, más frecuente en mujeres que en hombres, que constituye la causa más frecuente del hipertiroidismo (entre 50-80% de los casos), como ocurre en la paciente. Se caracteriza por una producción excesiva de hormonas tiroideas y puede tener una evolución oscilante, incluso con remisiones temporales si no se trata. No

obstante, sin tratamiento, también puede desembocar en crisis agudas con componente cardíaco asociado.

A criterio médico, es bastante factible que la sintomatología de la paciente desde agosto de 2022 fuera debida a su hipertiroidismo, por lo que 9 meses después, es coherente el diagnóstico de enfermedad de Graves-Basedow evolucionada.

Alineado con la evolución de la enfermedad, el concepto de diagnóstico tardío estuvo basado en esta temporalidad. Ante la sospecha clínica de hipertiroidismo se debe solicitar la determinación de hormonas tiroideas. Si la TSH está disminuida se solicitará T4 (si está aumentada confirma el hipertiroidismo); si la T4 fuese normal, se solicitará T3 (si está aumentada, también confirma el hipertiroidismo). En el caso de la paciente, esta secuencia no fue posible, ya que los niveles de TSH se encontraban en el rango de la normalidad”.

En relación con esta enfermedad, el informe de valoración del daño corporal del SERMAS añade:

“El diagnóstico del hipertiroidismo, al igual que el del hipotiroidismo, es un diagnóstico analítico, nunca clínico, ya que los síntomas del hipertiroidismo son muy inespecíficos. Los síntomas y signos más frecuentes y por los que el paciente va a consultar son nerviosismo, intranquilidad, insomnio, palpitaciones, pérdida de peso, polifagia, sudoración excesiva, etc. En la exploración física se puede encontrar bocio difuso o nodular, exoftalmos uni o bilateral, piel sudorosa, taquicardia”.

Ante los resultados erróneos de las sucesivas analíticas realizadas a la reclamante, la administración sanitaria ha ofrecido como explicación la posible existencia de una interferencia analítica manifestando que: *“las interferencias analíticas son a priori muy*

difíciles de detectar en el laboratorio y es necesario tener un conocimiento de la situación clínica del paciente. Además, son muy infrecuentes. Por tanto, una interferencia analítica de estas características no se puede considerar un error del laboratorio, ni una negligencia ni mala praxis, puesto que nuestros resultados están avalados por los controles de calidad externos”.

Con respecto a esta cuestión, el informe de valoración del daño corporal emitido por el SERMAS define los errores de laboratorio como: *“cualquier fallo o defecto producido en el proceso total, desde que se realiza la petición de las magnitudes hasta el momento en que se reciben sus resultados”*, cuya repercusión puede ser mínima o trascendente en la adopción de una decisión médica. Asimismo, efectúa la siguiente clasificación (que desarrolla posteriormente): a) considerando la fase en la que se producen (errores pre analíticos, analíticos y post analíticos); b) según el lugar físico donde se detectan: laboratorio (en las fases de registro, almacenamiento, centrifugación, distribución y alicuotado...); externo al laboratorio (en la solicitud, debidas a las características del paciente, medicaciones que toma, obtención de la muestra, en el transporte de la misma...); en ambos lugares; c) responsabilidad del error (error latente, error cognitivo o no cognitivo; interno, externo, no identificable); d) posibilidad de evitarlo (no se puede prevenir, posibilidad elevada de prevenirlo); e) impacto en el cuidado del paciente (ninguno o mínimo; retraso en el diagnóstico o tratamiento; incorrecto diagnóstico o tratamiento).

Este informe, en relación a los elementos de responsabilidad, indica como causa: *“Error analítico que arroja resultados falsamente elevados de la determinación de TSH”*.

Por su parte, la Inspección Sanitaria expone que:

“Los laboratorios clínicos emplean plataformas de inmuno-ensayo para realizar analíticas de la función tiroidea, por su completa automatización, rápida respuesta y alta sensibilidad y especificidad. Sin embargo, estos aparatos son susceptibles a diferentes tipos de interferencias, que pueden producir valores analíticos falsos y consecuentemente, decisiones clínicas erróneas.

El término de interferencia analítica se utiliza para designar el efecto que sobre la determinación de la concentración de la sustancia que intenta medirse en la muestra (el analito), ejerce una sustancia componente de la muestra, distinta a la que está midiéndose (la interferencia), alterando así el resultado final de la determinación pretendida.

De forma tradicional, las interferencias analíticas, se clasifican en dos grandes grupos:

-Endógenas: las directamente relacionadas con el paciente. Generalmente estas interferencias son producidas por determinadas condiciones patológicas del paciente que provocan interacciones con metabolitos propios del organismo.

-Exógenas: no relacionadas con el paciente. Estas interferencias son producidas por interacciones independientes y pueden producirse por diferentes circunstancias: alteraciones durante la extracción y manejo de la muestra, contaminación de la muestra o interacción con medicamentos.”

Continúa, centrándose en el asunto que nos ocupa, manifestando que:

“Las interferencias analíticas son poco frecuentes y como recomiendan los expertos, deben comprenderse, identificarse y reducirse para garantizar la precisión diagnóstica. Sin embargo,

tampoco puedo obviar que se ha producido una interferencia analítica no controlada, que ha ocasionado un valor erróneo mantenido de un parámetro bioquímico, que era esencial para establecer el diagnóstico”.

Y concluye aseverando que se produjo un retraso diagnóstico de aproximadamente nueve meses en la Enfermedad de Graves-Basedow, con el consiguiente perjuicio para la paciente y que el retraso diagnóstico fue consecuencia de los errores mantenidos en el tiempo de un parámetro tiroideo, debido a una interferencia analítica no controlada.

Por ello, hemos de considerar que se ha producido un daño como consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios, daño que se reputa antijurídico y que la perjudicada no tiene obligación de soportar.

En este sentido, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, constantemente, entre otras, en sus sentencias de 18 de septiembre de 2025 (recursos 462/2022, 466/2022 y 51/2023), 17 de julio de 2025 (recurso 521/2023) y 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

Por otra parte, la reclamante, en el escrito presentado en el trámite de audiencia, invoca la pérdida de oportunidad.

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid recoge en su Sentencia de 23 de junio de 2022 (recurso 880/2020), entre otras, el concepto de pérdida de oportunidad establecido por el Tribunal Supremo, así como en su Sentencia de 25 de abril de 2024 (recurso 36/2023) en la que expone:

“Recordemos que la doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.

(...)

En un supuesto de diagnóstico tardío, las de 16 de enero de 2012 y 16 de febrero de 2011, y las que en ellas se citan, declaran que la "privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de pérdida de oportunidad se concreta en que

basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias".

Todos los informes que figuran en el procedimiento coinciden en afirmar que el retraso diagnóstico ha producido perjuicios a la reclamante.

En concreto, el informe de Inspección señala, por un lado, que no encuentra datos que objetiven que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fuera incorrecta o inadecuada, según *Lex artis*, en función de los resultados disponibles de las pruebas diagnósticas y, por otro, que se produjo un retraso diagnóstico de aproximadamente nueve meses en la Enfermedad de Graves-Basedow, con el consiguiente perjuicio para la paciente por lo que, siguiendo su criterio, consideramos que se ha producido en este caso la pérdida de oportunidad que reprocha.

QUINTA.- Procede pronunciarnos sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica

Asesora -entre otros, en nuestros dictámenes 146/17, de 16 de abril; 340/18, de 19 de julio y 604/23, de 16 de noviembre- que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable al paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

En el presente caso, como hemos expuesto, la reclamante valora el daño en 69.187,64 € y la propuesta de resolución, en 22.389,36 € siguiendo el criterio del informe de valoración del daño corporal, emitido por el SERMAS. En ambos casos aplican el baremo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

No obstante, para valorar la pérdida de oportunidad, consideramos más acertado reconocer una cantidad global y no aplicar el baremo establecido para los accidentes de tráfico, pues entendemos que los conceptos que se recogen en el baremo no encuentran encaje para indemnizar el caso que nos ocupa.

El reconocimiento de una cantidad global ha sido el criterio seguido por esta Comisión Jurídica Asesora en dictámenes anteriores (400/16, de 15 de septiembre; 131/18, de 15 de marzo; 123/22, de 8 de marzo y 604/23, de 16 de noviembre), en los que se cita la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) que, en un caso de pérdida de oportunidad, rechaza la aplicación del baremo establecido para los accidentes de tráfico, del que destaca que “*según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues*

de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”.

La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo doctrina del Tribunal Supremo (así, Sentencia de 17 de julio de 2014) en la que se dice que la jurisprudencia “*ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una "apreciación racional aunque no matemática" pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se "carece de parámetros o módulos objetivos", debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la S 23 de febrero de 1988, "las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas" en una suma dineraria*”.

En el mismo sentido, se pronuncia la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 25 de abril de 2024, antes citada.

En el caso objeto de dictamen, teniendo en cuenta la dificultad de determinar la pérdida de expectativas de la paciente, que finalmente fue sometida a una tiroidectomía total, pues no se concreta en ningún informe médico, se considera adecuado reconocer una indemnización global y actualizada de 40.000 euros.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la interesada el derecho a percibir una indemnización que se fija en una cantidad global y actualizada de 40.000 euros.

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 10 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 662/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid