

En Logroño, a 24 de octubre de 2014, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios y D. José Luis Jiménez Losantos, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

42/14

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. L. P. A., en nombre y representación de su hija menor, N., por daños y perjuicios que entiende causados a ésta por diagnóstico tardío y mala praxis en la intervención quirúrgica posterior de una epifisiolisis de cadera derecha, con secuelas de cojera y otras disfunciones; y que valora en 400.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de 11 de septiembre de 2013, registrado de entrada en la misma fecha, la Abogado D^a M. L. de M. P., en representación que acredita documentalmente de D. L. Á. P. A., plantea reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en base a los hechos que transcribimos seguidamente:

*"PRIMERO.- D. L. Á. P. A. presenta la presente reclamación debido a los daños sufridos por su hija menor N. P., de trece años en el tratamiento realizado y posteriores intervenciones a las que fue sometida, los días 9 y 10 de septiembre de 2012, en el Hospital San Pedro de Logroño. La hija de mi representado comenzó a sentir dolor y molestias en el mes de junio, presentando dolores en la ingle derecha y problemas para flexiones su cadera, por lo que, con fecha 15 de junio de 2012, fue atendida en el Hospital San Pedro, donde le diagnosticaron dolor muscular, recetándole ibuprofeno, considerando que no tenía nada preocupante. Se aporta como **documento núm. 2** copia del informe realizado por la asistencia recibida.*

SEGUNDO.- Ante la falta de mejoría, con fecha 28 de junio, fue nuevamente trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, donde recogen que sufre dolores en el abductor, con limitación funcional,

remitiéndole al Servicio de Traumatología. Se aporta como **documento núm. 3** copia del Informe. (La menor) fue sometida a una prueba Radiológica en el CARPA, dicho Informe, como otras muchas pruebas, no han sido facilitadas a la familia, por lo que se desconocen datos de gran Importancia Se aporta como **documento núm. 4** copia donde consta la prueba realizada en el CARPA a (la menor).

TERCERO.- Ante la falta de mejoría de (la menor), los padres decidieron que la visitara una Especialista en Traumatología, por lo que, con fecha 5 de agosto de 2012, acudieron a la Consulta de D. D.S.S., el cual emitió Informe donde consta como diagnostico **epifisiolisis de cadera derecha**, aconsejándole el Médico que tenía que someterse a Intervención quirúrgica para la estabilización de dicha patología. Se aporta como **documento núm.5**, el informe médico de D. D.S.

CUARTO. - Con fecha 6 de septiembre fue sometida a nuevas pruebas en el Hospital San Pedro, coincidiendo el diagnostico dado con anterioridad por el Dr. S., en cuanto se comprobó que se trataba de una **epifisiolisis de cadera** quedando pendiente de intervención quirúrgica.

QUINTO.-(La menor) fue intervenida el día 10 de septiembre en el Hospital San Pedro de Logroño por el Especialista en Traumatología Doctor C., el cual le practicó la Intervención por Epifisiolisis de cadera, informando posteriormente a la familia del buen resultado de la intervención. No obstante, el día 11 de septiembre, la niña fue nuevamente intervenida, tras realizarle nuevas pruebas radiológicas por el Especialista Doctor G., dado que se había producido un grave error en la intervención realizada, puesto que habían puesto en la cadera un tornillo de mayor longitud encontrándose, además, en una dirección incorrecta. El día 12 de septiembre, - pese a advertir a la familia anteriormente que la niña tendría que estar unos días ingresada, dado que podía tener rechazo por el material que pusieron en le intervención sufrida, le dieron el alta hospitalaria, sin que explicaran absolutamente nada a la familia. Se aporta como **documentos núm.7** Informe donde constan las intervenciones realizadas y el alta hospitalaria de N.

SEXTO.- El día 12 de septiembre, (la menor), tuvo que ser nuevamente Ingresada en el Hospital San Pedro, dado que no se encontraba bien y presentaba fiebre, estando Ingresada varios días, hasta que le dieron el alta para seguimiento por su Médico Pediatra. Se aportan como **documentos núms. 8 y 9** Informes de Ingreso.

SEPTIMO.- No obstante, (la menor) tras las dos intervenciones realizadas, no presentó mejoría, ordenando el Especialista un TAC, dado que la niña presentaba cojera evidente y seguía con molestias. Se aporta como **documento núm. 10** copia del Informe para realización del TAC donde ya consta un acortamiento del cuello femoral respecto a la cadera contralateral e irregularidad en el contorno acetabular anterior a la cavidad articular. Con fecha 19 de marzo de 2013, N. fue nuevamente vista en el Hospital San Pedro debido a la falta de mejoría de la misma, donde se le hicieron nuevas radiografías, recogiendo el informe **coxalgia izquierda** siendo remitida (al Servicio de Traumatología para ser vista por el Doctor G.. Se aporta Informe como **documento núm. 11**.

OCTAVO.- Ante la falta de mejoría, sufrimiento y cojera de su hija, los padres solicitaron fuera vista por otros Especialistas, siendo remitidos al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, donde les manifestaron que (la menor) no podía volver a ser intervenida de su cadera, y que, por tanto, no recuperada su deambular normal, quedando la cojera en la misma, circunstancia muy traumática para la menor que cuenta con solo 13 años de edad. No podemos aportar informes del Hospital Miguel Servet, ni las pruebas realizadas por no contar con ellas. De la secuencia del proceso, según las referencias personales y familiares que nos constan (aunque existe falta de la misma, como epicrisis, protocolos quirúrgicos e imágenes de pruebas complementarias TAC ... etc., así como la documentación correspondiente al curso clínico, órdenes médicas y observaciones de

enfermería junto con gráficas de control de la evolución intrahospitalaria), se puede determinar lo siguiente:

1º- Existe una **mala praxis** puesto que desde las primeras asistencias en junio de 2012, no se diagnosticó por el Servicio Riojano de Salud el problema de cadera **epifisiolisis en cadera derecha** hasta septiembre de 2012.

2º- **Mala praxis** por un efecto adverso secundario/iatrogénico en la primera cirugía realizada el 10 de septiembre de 2012 dando lugar a **un daño desproporcionado y severas lesiones "donde antes no había" coxitis destrucción acetabular con las consiguientes secuelas.**

NOVENO.- Espero que ustedes valoren todo lo que conlleva que, debido a los hechos expuestos, una niña de 13 años quede afectada con las secuelas que presenta, sin una recuperación total en cuanto a molestias y dolores, y con unas limitaciones importantes en sus actividades deportivas y diarias, secuelas irreversibles que afectarán para siempre a su vida."

Termina solicitando una indemnización de 400.000 euros, más los intereses y gastos que le pudieran corresponder.

Acompaña a su escrito diversos informes médicos y asistenciales y solicita prueba documental del Hospital *San Pedro* de Logroño y del *Miguel Servet* de Zaragoza y testifical.

Segundo

Mediante Resolución de 13 de septiembre de 2013, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 11, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del mismo día 13, se comunica a la Letrado la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

La iniciación del expediente se comunica a la Compañía Aseguradora, que acusa recibo el siguiente día 18.

Y, mediante comunicación del día 30 de septiembre, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias y en el Servicio de Traumatología a la paciente menor de edad, copia de la historia clínica relativa a la asistencia prestada

exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual de la paciente.

Similar solicitud se dirige en la misma fecha al Hospital Universitario *Miguel Servet* de Zaragoza.

El Hospital *Miguel Servet* remite el 15 de octubre la documentación interesada.

La solicitud dirigida a la Dirección del Área de Salud de La Rioja es reiterada el 11 de noviembre.

Cuarto

Mediante escrito de 28 de noviembre, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como el informe aportado por el Dr. J.M. I. B., Jefe del Servicio de Traumatología.

Quinto

Con fecha 3 de diciembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

Sexto

Obra seguidamente en el expediente informe médico pericial emitido a solicitud de la Aseguradora del SERIS, del que transcribimos las conclusiones médico-periciales y la conclusión final:

“CONCLUSIONES MEDICO-PERICIALES:

- 1. (La paciente), de 13 años de edad, acudió al Centro de Atención Continuada de Logroño el día 15/06/2012 por un cuadro de dolor en la cadera derecha, de unos 15 días de evolución. Fue explorada clínicamente y con radiografía de pelvis, sin tener constancia del diagnóstico emitido. Se prescribió tratamiento sintomático.*
- 2. Trece días más tarde, por continuar con dolor, acudió al Hospital San Millán-San Pedro, donde repitieron exploración física y radiológica (de fémur, no de cadera), emitiendo el diagnóstico de coxalgia y prescribiendo, además del tratamiento sintomático, el uso de bastones, siendo citada para valoración por el Servicio de Traumatología a la semana.*
- 3. En agosto, fue vista por un Traumatólogo privado, quien la diagnosticó de epifisiolisis*

de cadera, recomendando tratamiento quirúrgico (correcto).

4. *El 06/09, fue vista nuevamente en el H. San Millán-San Pedro, confirmando dicho diagnóstico y procediendo a la operación el día 10/09. En el estudio radiográfico de ese día, se aprecie un agravamiento del desplazamiento inicial de la tisis femoral, desplazamiento que se mantiene constante a partir de ese momento, incluso con el tornillo correctamente colocado.*
5. *El tornillo colocado inicialmente era demasiado largo, dato detectado en el control radiológico postoperatorio, siendo recambiado tres días más tarde, Correcto. En tan corto intervalo, ese tornillo no pudo agravar el estado de la cadera.*
6. *La mala evolución posterior de la cadera ha sido debida, única y exclusivamente, a la enfermedad en sí, pero con el agravante de que, si se hubiera diagnosticado inicialmente la epifisiolisis (si no el 15/06 sí el 28/06) y, por tanto, haber procedido a la intervención mucho antes, probablemente dicha evolución hubiera sido más favorable, dado que el grado de desplazamiento era mucho menor del que ya presentaba a fecha 06/09.*

CONCLUSION FINAL:

*La intervención realizada fue correcta (exceptuando el error de cálculo en la longitud del tornillo inicial, lo que solo fue una complicación menor), sin embargo se hizo muy tarde, cuando el desplazamiento de la cabeza era muy marcado y el pronóstico había empeorado sensiblemente respecto a las primeras dos asistencias, **por lo que, en mi opinión, resulta evidente que existió mala praxis en lo que al proceso diagnóstico se refiere.***

Séptimo

El Informe de Inspección, de fecha 21 de marzo de 2014, establece las siguientes conclusiones:

1ª.- El diagnóstico de la patología sufrida por la paciente evidentemente se realizó con cierta demora (menos de tres meses) pero no se puede culpar de ello a los Servicios Públicos Sanitarios. En las primeras visitas, la paciente refiere antecedente traumático y existen ausencias comprobadas en las fechas que para su seguimiento y valoración se marcaron. No existe constancia de que la paciente acudiera a otra consulta, ni pública ni privada, desde el 28.06.2012 a 23.08.2012, por lo que, si existió agravamiento de la lesión inicial, no fue bajo la supervisión del Servicio de Traumatología.

2ª.- Que, una vez realizado el diagnóstico correcto, se aplicaron las medidas terapéuticas en tiempo adecuado (4 días).

3ª.- Existe error inicial en la elección de material de osteosíntesis, que se subsana en 24 horas, periodo de tiempo corto como para provocar lesiones agravantes de su estado previo. Debiendo tener presente que las alteraciones que la paciente ha presentado con posterioridad, se reconocen en la bibliografía al respecto como "complicaciones inherentes" a patología de base.

4ª.- Si bien se realizaron los controles traumatológicos posteriores, la etiopatogenia de la enfermedad incluye factores hormonales, metabólicos, vasculares escapan del puro control médico y desencadenan, en algunos casos, una mala evolución, a pesar de que las medidas

correctoras sean las adecuadas. El Especialista consultado en el Hospital Miguel Servet reconoce tales lesiones como "secuelas" de la epifisiolisis (lesión inicial de la paciente)

5ª.- Determinar que la evolución de la paciente hubiera sido significativamente diferente siendo diagnosticada dos meses antes, teniendo en cuenta la naturaleza multifactorial de la enfermedad, es, como mínimo, aventurado.

Por todo ello, se puede considerar que, si bien se ha producido algún error en la valoración y tratamiento de la paciente, no se puede asegurar que estos hayan tenido un papel definitivo en la evolución posterior y situación actual de la misma."

Octavo

Mediante escrito de 12 de mayo, la Instructora se dirige al Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

Con posterioridad, el siguiente día 21, dicta acuerdo por el que admite la prueba documental propuesta en el escrito planteando la reclamación e inadmite, por innecesaria, la testifical, al considerar que, en la documentación unida al procedimiento, se encuentran recogidos, con total precisión y claridad, los hechos, por lo que la práctica de la prueba solicitada no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

Noveno

La Letrado presenta escrito de alegaciones, de fecha 26 de mayo, registrado de entrada el día inmediato siguiente, reiterando su pretensión y acompañando informe médico-pericial del Dr. D. A. G. G.

Décimo

Obra, por último, en el expediente nuevo dictamen pericial a instancias de la Aseguradora concretado, en este caso, a la valoración del daño, que cuantifica en 26.107,57 euros.

Décimo primero

Con fecha 2 de septiembre de 2014, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone que se estime parcialmente la reclamación y, en consecuencia, que se abone la cantidad de veintiséis mil ciento ochenta y cinco euros con sesenta y nueve céntimos (26.185,69 euros), como reparación integral de los daños derivados del funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo segundo

El Secretario General Técnico, el día 11 de septiembre, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el siguiente día 17.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 6 de octubre de 2014 y registrado de entrada en este Consejo el 7 de octubre de 2014, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 9 de octubre de 2014, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26

de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado la cantidad de 400.000 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de

cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*. Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

La Propuesta de resolución admite la existencia de una doble infracción a la *lex artis* al decir que: *“debe reconocerse que existe un error médico en el diagnóstico de la patología, y un consiguiente retraso en el tratamiento adecuado, por cuanto las radiografías realizadas en junio de 2012 no fueron correctamente interpretadas por los facultativos del Servicio Riojano de Salud. En cuanto al posible error en la técnica quirúrgica en las intervenciones realizadas en septiembre de 2012, se debe igualmente reconocer el error de elección del material quirúrgico, pero hay que reconocer que fue inmediatamente corregido al extraer el tornillo demasiado largo y colocar otro de dimensiones más adecuadas”*.

Sin embargo, pese a reconocer la existencia de una mala praxis, pretende dicha Propuesta limitar el alcance de sus consecuencias en cuanto a la imputación de

responsabilidad patrimonial a la Administración Sanitaria, afirmando que representa una pérdida de oportunidad de sólo un 50%, al tener en cuenta el estado previo de la paciente, suponemos se refiere a su obesidad (criterio de la idiosincrasia), y la parte del retraso atribuible a ella por no acudir a la consulta de Traumatología, como se le recomendó a finales de junio de 2012 (criterio del concurso de causas).

No comparte este Consejo dicho criterio moderador de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por entender que el error inicial de diagnóstico o la falta del mismo supone una infracción de la *lex artis* de tal entidad que priva de eficacia causal respecto del resultado indemnizable al hecho de no seguir la recomendación de acudir a Traumatología. Y, respecto de la obesidad de la paciente, más que minorar la responsabilidad por el error de diagnóstico, creemos constituye circunstancia que la agrava, por cuanto debió ser apreciada y orientar hacía un diagnóstico precoz de la epifisiolisis de cadera que padecía la menor.

En efecto, el deslizamiento epifisario de la cabeza del fémur, coxa vara del adolescente, en que consiste la epifisiolisis de cadera, aun siendo una enfermedad poco frecuente, puede catalogarse como la enfermedad del adolescente o preadolescente obeso, ya que esta circunstancia se da en más del 63% de los casos.

Así lo hace constar el informe médico pericial del Dr. P. M. G.-P. A., que obra a los folios 67 a 77 del expediente, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, a cuyo contenido nos remitimos por considerarlo ponderado, objetivo y nada sospechoso de parcial a favor del reclamante.

Según dicho informe, ante un cuadro de dolor en cadera en un adolescente o preadolescente, sin un antecedente traumático claro, lo primero que se debe pensar es en una posible epifisiolisis, máxime al concurrir en el caso concreto dictaminado bastantes circunstancias que debían hacer pensar en ello: por un lado, se encontraba en la media de edad de aparición más frecuente; y, por otro, se trataba de una niña obesa (figura en la historia clínica un peso de 71,3 kgs.) y no existía historia previa de traumatismo concreto sobre la cadera que pudiera orientar al diagnóstico en otro sentido.

El estudio radiográfico realizado el primer día de asistencia, el 15 de junio de 2012, se interpretó como normal cuando, evidentemente, no era así ya que se puede apreciar en el mismo una clara asimetría de las cabezas femorales, primer error diagnóstico que, en parte, disculpa el informe que comentamos al afirmar que dicho estudio se realizó en un Centro Asistencial donde seguramente no había traumatólogo y que es posible que a un no especialista se le pase por alto en un primer momento aquella diferencia entre ambas caderas.

El segundo error de diagnóstico se produjo cuando fue atendida en el Hospital *San Millán-San Pedro*, error ya no disculpable en absoluto por existir en dicho centro Traumatólogos que debían haber valorado correctamente a la paciente. En esta ocasión, el 28 de junio de 2012, se le realizaron radiografías de fémur, aunque lo correcto hubiera sido hacérselas de cadera, y fueron calificadas de normalidad, aunque en las mismas puede apreciarse la misma alteración (desplazamiento moderado) de la cabeza femoral que existía 13 días antes, pero tampoco se apreció.

Es un Traumatólogo privado, el Dr. S. S., quien, el 5 de agosto, hace el diagnóstico correcto y aconseja intervenir quirúrgicamente para la estabilización de la patología.

El 6 de septiembre, en el Hospital *San Millán-San Pedro* se limitaron a confirmar dicho diagnóstico, cuando el desplazamiento de la cabeza femoral había progresado sensiblemente, presentando una coxa vara manifiesta que empeoraba el pronóstico con respecto a la situación inicial.

Cuatro días después, es intervenida con la mala fortuna añadida de que el tornillo colocado era demasiado largo y hubo que recambiarlo a los tres días.

Posteriormente, la evolución no fue favorable, lo que provocó, aparte del acortamiento del miembro (pierna derecha), dolor e impotencia funcional de la cadera.

Hemos de concluir, en definitiva, que existió una doble infracción de la *lex artis*. La primera, al errar en el diagnóstico, lo que motivó el subsiguiente retraso en la aplicación del tratamiento adecuado, cuando, como ya hemos dicho anteriormente, el desplazamiento de la cabeza femoral había progresado empeorando el pronóstico respecto a la situación inicial. La segunda consistió en equivocar la largura del tornillo de osteosíntesis, que obligó a una segunda intervención para su retirada y recambio.

Cuarto

Sobre la valoración del daño

En algún dictamen reciente hemos tenido ocasión de referirnos a la falta o error de diagnóstico o un diagnóstico tardío como constitutivos, por sí solos, de un daño moral indemnizable, consistente en la preocupación psicológica sobre cual habría sido la evolución de la patología de no haberse producido la mala praxis, independientemente de que el resultado hubiera sido el mismo.

Se trataba de supuestos en que la Propuesta de resolución eximía de responsabilidad a la Administración por entender que el retraso en el diagnóstico era irrelevante a efectos de la evolución, pronóstico y tratamiento de la patología en cuestión.

No ocurre así en el caso que ahora dictaminamos, en el que expresamente se reconoce que, al tiempo de confirmarse en el Hospital *San Millán-San Pedro* el diagnóstico del Traumatólogo privado, el desplazamiento de la cabeza femoral había progresado sensiblemente, presentando una coxa vara manifiesta que empeoraba el pronóstico con respecto a la situación inicial.

La falta de diagnóstico precoz ha supuesto, en este caso, una evidente pérdida de oportunidad terapéutica, por lo que la indemnización ha de comprender, no sólo el daño moral antes descrito sino, también, la evolución tórpida de la patología, el retraso en la curación y las posibles secuelas imputables al retraso del diagnóstico y al del subsiguiente tratamiento.

En este aspecto, obra en el expediente (folios 135 a 142) un dictamen médico pericial del Dr. D. Q. R., de la empresa P., la misma del autor del otro dictamen cuyas conclusiones hemos transcrito en el sexto de los Antecedentes del Asunto, lo que nos hace suponer que está aportado también por la Compañía Aseguradora.

En dicho dictamen, en que se apoya la Propuesta de resolución para llegar a la cuantía de la indemnización que propone, se asume como cierto el estado actual que refiere en su informe el Dr. G., que establece como secuelas las siguientes: i) deambulación claudicante con un patrón de marcha alterado; ii) alteración de la alineación postural con escoliosis compensatoria; iii) cicatrices postquirúrgicas; iv) contractura dolorosa paravertebral; v) palpación/movilización dolorosa a nivel de cadera, vi) movilidad de cadera reducida globalmente en un 50%; vi) pérdida de fuerza en flexión y extensión del miembro inferior derecho; y vii) deambulación de puntilla y talón deficitaria.

No recoge, sin embargo, el informe del Dr. G. la disimetría por acortamiento de 1cm. de la extremidad inferior derecha que se refiere en la valoración del Servicio de Ortopedia Infantil, causa indudable de dos de las secuelas sí recogidas, la alteración de la alineación postural y de la contractura dolorosa paravertebral.

Como ya hemos anticipado, no compartimos el criterio de moderar la responsabilidad patrimonial de la Administración atendiendo al estado previo de la paciente o a la eficacia causal que, en cuanto al resultado dañoso, pudo tener el no acudir a la consulta recomendada a finales de junio de 2012.

La falta de diagnóstico de la patología en dos ocasiones, pese a ser perfectamente apreciable en las pruebas radiográficas que se le practicaron, insistimos, tiene la entidad suficiente como para constituir criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración Sanitaria en exclusiva.

En este sentido, aún aceptando la aplicación analógica de los baremos establecidos por el Real Decreto Legislativo 8/2004, la indemnización total, al no considerar la minoración del 50% de la pérdida de oportunidad, debería ser la de 49.334,06 euros.

Sin embargo, este Consejo, teniendo en cuenta que los citados baremos tienen un mero valor orientativo, la gravedad de las secuelas y la existencia de daños morales de difícil cuantificación que imponen una valoración global de las mismas, considera prudente fijar la indemnización en la cantidad de 100.000 euros.

Consideremos que se trata de una niña de 13 años que ha quedado afectada, de por vida, física y psicológicamente, en el ámbito de sus relaciones, en sus posibilidades laborales futuras y, en general, en su actividad habitual. Que, dada su edad, requerirá en el futuro la colocación de, al menos, tres prótesis de cadera con lo que ello implica: ingresos hospitalarios, periodos de recuperación, nuevas cicatrices, riesgos quirúrgicos, etc.

También ha de considerarse, a efectos de la indemnización, el error cometido en la elección del material quirúrgico que obligó a reintervenir para extraer el tornillo demasiado largo y colocar el adecuado. Aun cuando el error se detectó de inmediato y el tornillo se le cambió a los tres días, no pudiendo agravar en tan corto intervalo el estado de la cadera, es indudable que se sometió a la paciente a una nueva intervención, con las consiguientes molestias y riesgos.

Señalemos, por último, que la reclamación ha de entenderse planteada por D. Luis Ángel Prieto Azofra como legal representante de su hija menor N. P. S., como perjudicada por la deficiente asistencia prestada por los Servicios Públicos Sanitarios.

CONCLUSION

Única

Concurre un criterio positivo de imputación de responsabilidad al no haberse ajustado su actuación a la *lex artis ad hoc*, debiendo ser indemnizada la perjudicada en la cantidad de 100.000 euros, como reparación integral del daño sufrido.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero