



**T.S.J.MURCIA SALA 1 CON/AD
MURCIA**

NOTIFICADO

17 ABRIL 2019

LEXNET

SENTENCIA: 00212/2019

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

Equipo/usuario: UP3
Modelo: N11600
PALACIO DE JUSTICIA, RONDA DE GARAY, 5, 3ª PLANTA
DIR3:J00008050
Correo electrónico:

N.I.G: 30030 33 3 2018 0000336

Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000125 /2018 /

Sobre: RESPONS. PATRIMONIAL DE LA ADMON.

De D./ña. [REDACTED]

ABOGADO IGNACIO MARTÍNEZ GARCÍA

PROCURADOR D./Dª. [REDACTED]

Contra D./Dª. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, MAPFRE, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

ABOGADO LETRADO DE LA COMUNIDAD, [REDACTED]

PROCURADOR D./Dª. , [REDACTED]

RECURSO núm. 125/2018

SENTENCIA núm. 212/2019

**LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURCIA**

SECCIÓN PRIMERA

Compuesta por los Ilmos. Srs.:

Dª María Consuelo Uris Lloret

Presidenta

Dª María Esperanza Sánchez de la Vega

Dª Gema Quintanilla Navarro

Magistradas

han pronunciado

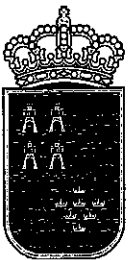
EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

S E N T E N C I A n° 212/19

En Murcia, a diecisiete de abril de dos mil diecinueve.

En el recurso contencioso administrativo n° 125/2018 tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 250.000 €, y referido a responsabilidad patrimonial.



Firmado por: MA CONSUELO URIS
LLORET
17/04/2019 09:24
Minerva

Firmado por: ESPERANZA SANCHEZ DE
LA VEGA
17/04/2019 10:20
Minerva

Firmado por: GEMA QUINTANILLA
NAVARRO
17/04/2019 10:21
Minerva

Parte demandante:

D. [REDACTED], representado por el Procurador D. [REDACTED]
[REDACTED] y dirigido por el Letrado D. Ignacio Martínez García.

Parte demandada:

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, representada y dirigida por el Letrado de la Comunidad.

Parte codemandada:

“Mapfre España Seguros de Empresa, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.”, representada por el Procurador D. [REDACTED]
[REDACTED] y dirigida por el Letrado D. [REDACTED]

Acto administrativo impugnado:

Orden de 6 de febrero de 2018 del Consejero de Salud, dictada por delegación por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el recurrente por perjuicios derivados de asistencia sanitaria.

Pretensión deducida en la demanda:

Que se dicte sentencia por la que “se declare la nulidad de la resolución recurrida, así como la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y se reconozca el derecho de mi mandante a ser indemnizado con un principal de 250.000 €, cantidad que habrá de ser actualizada conforme al I.P.C. acumulado desde la fecha de la producción del daño, 27 de abril de 2015, hasta la fecha de la sentencia, e incrementada en el interés de la LGP en adelante conforme al art. 141.3 de la Ley 30/92”.

Siendo Ponente la Magistrada **Iltma. Sra. Doña María Consuelo Uris Lloret**, quien expresa el parecer de la Sala.

I.- ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - El escrito de interposición del recurso contencioso administrativo se presentó el día 5 de abril de 2018, y admitido a trámite, y previa reclamación y recepción del expediente administrativo la parte demandante formalizó su demanda deduciendo la pretensión a que antes se ha hecho referencia.

SEGUNDO. - Las partes demandadas se opusieron al recurso e interesaron su desestimación.

TERCERO. - Ha habido recibimiento del recurso a prueba, con el resultado que consta en las actuaciones y cuya valoración se hará en la fundamentación jurídica de esta sentencia.



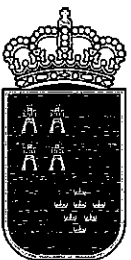
CUARTO. - Presentados escritos de conclusiones por las partes se señaló para la votación y fallo el día 5 de abril de 2.019, quedando las actuaciones concluidas y pendientes de sentencia.

II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO. - En fecha 27 de abril de 2016 el ahora demandante formuló reclamación por responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud. Alegaba que el día 27 de abril de 2015 fue intervenido en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla para la realización de biopsia-exéresis de adenopatía cervical de 2 cm, posteroinferior a músculo esternocleidomastoideo, siendo el resultado de la anatomía patológica de hiperplasia linfocitaria reactiva, sin evidencia de malignidad. Añadía que en el curso de la intervención se lesionó el nervio espinal, es decir, se produjo una axonotmesis parcial de grado severo de nervio espinal derecho. Así, tras distintas consultas médicas y pruebas diagnósticas, en fecha 29 de marzo de 2016 se le realizó nueva electromiografía en el Hospital Quirón Salud de Murcia, que indicaba que la lesión era residual o en fase de secuelas definitivas que le habían causado una incapacidad permanente para la realización de su profesión habitual y de sus actividades físicas habituales con miembro superior derecho. Consideraba que había existido una mala praxis, pues se realizó la intervención quirúrgica sin haber prescrito un tratamiento antibiótico o antiinflamatorio previo, ni haberle realizado otras exploraciones complementarias, todo ello como alternativa o paso previo a la cirugía, de lo que se concluía que no era necesaria. Además, la lesión del nervio se produjo por una deficiente actuación sanitaria, consistente en un defecto de técnica durante la intervención, o deficiente visualización o identificación del nervio. Y el daño producido resultaba desproporcionado en relación con la patología sufrida, no asumido por el paciente, antijurídico e indemnizable. Y, subsidiariamente, si era un riesgo de la intervención se le debía haber informado, concurriendo falta de consentimiento informado sobre el tipo de intervención y riesgo de afectación del nervio espinal, más aún cuando la intervención realizada no fue la programada, que era una biopsia ganglionar, y no una exéresis que fue lo que se hizo. Añadía que se había producido un retraso en el diagnóstico de la lesión, y, por tanto, en el tratamiento, unido a una falta de disposición de medios o pruebas diagnósticas, lo que había provocado la imposibilidad de recuperación del nervio y/o de la movilidad del hombro, o que las secuelas no hubieran sido tan graves.

Por todo ello solicitaba una indemnización, cuya cuantía determinaría tras la estabilización de las secuelas.

Tramitado el correspondiente procedimiento, se dictó Orden por la Consejería de Salud en fecha 6 de febrero de 2018, desestimando la reclamación. Contra dicho acto se interpone el presente recurso contencioso-



administrativo, en el que en la demanda se reitera, en síntesis, lo expuesto en vía administrativa, se expone el proceso asistencial en el que se produjo el daño, y se alega en primer término que la intervención quirúrgica no estaba indicada, como se informa por el Dr. [REDACTED]

[REDACTED], en el dictamen pericial que se aporta con la demanda. El demandante ya había tenido una adenopatía en el año 2008 y consultó el 15 de enero de 2015 por una nueva adenopatía móvil, mayor de 2 cm, no dolorosa, en el mismo nivel. Se le realizaron pruebas diagnósticas de primer nivel: hemograma con resultado normal, con una VSG de 6 (normal <15), y el 11 de febrero de 2015 se le realizó una ecografía de cuello con resultado de adenopatías yugulares y laterocervicales bilaterales de aspecto reactivo, la de mayor tamaño de 16 mm en el lado derecho. Ante dichas evidencias y consideraciones, y de la extensa documentación médica que se aporta por el demandante, así como de la historia clínica aportada por la Administración, entiende que, en contra de la decisión adoptada, previamente debió habersele prescrito tratamiento antibiótico y antiinflamatorios (AINES), así como haberle realizado otras exploraciones o pruebas complementarias, siendo más que evidente que la intervención no respondía a una actuación diligente ni acorde con los criterios habituales.

Destaca también la parte actora la ausencia de consentimiento informado en el que constara el riesgo de lesión del nervio espinal. Además, y según el informe pericial aportado, la no utilización durante la intervención de la ecografía como guía y de la neuromonitorización, constituye un deficiente uso de los medios de que se dispone y una mala técnica quirúrgica. Tal y como establece la literatura médica y numerosos protocolos, la intervención realizada precisa necesariamente la adopción de una serie de medidas preventivas. En concreto, realizar una localización exacta del nervio espinal requiere una manipulación cuidadosa y delicada, que obliga a una disección minuciosa para evitar la lesión de las estructuras de la zona, puesto que en la vecindad se sitúan importantes vasos como la arteria carótida, la vena yugular y los troncos nerviosos del brazo y del cuello, lo que exige tomar precauciones, un uso cuidadoso del material y una manipulación minuciosa.

Añade el demandante que se produjo un retraso de cinco meses en la detección y tratamiento de la lesión, lo que supone una pérdida de oportunidad de poder realizar un tratamiento curativo viable.

Hace referencia la parte actora a los protocolos médicos, a modo de ejemplo cita la "Guía de actuación ante una adenopatía cervical" realizada por [REDACTED] e [REDACTED], Médicos adjuntos de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de La Princesa. En dichas guías se establece el algoritmo de actuación en caso de tumoración cervical y las pruebas complementarias, lo que no se ha seguido en este supuesto.



Alega también el recurrente la antijuridicidad del daño por ausencia de información bastante sobre la intervención que iba a ser realizada y sus riesgos, existiendo un consentimiento defectuoso pues únicamente se informó al paciente de los riesgos de posible infección de la herida, dolor y sangrado.

En cuanto a la valoración del daño, se exponen las secuelas que padece el recurrente, recogidas en el dictamen pericial, y se hace una cuantificación a tanto alzado de 250.000 €,

El Letrado de la Comunidad Autónoma se opone al recurso. Alega, tras exponer los antecedentes de las cuestiones debatidas, que sí estaba indicada la cirugía consistente en la exéresis-biopsia del ganglio cervical que le había aparecido al recurrente, y que el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de su hospital de referencia valoró que procedía analizar y extraer a fin de descartar su malignidad. Se informó al paciente de en qué consistiría la cirugía que se le iba a practicar y porque se le sometía a ella y éste aceptó que se le realizara. Un mes y pocos días después de llevarse a cabo la misma se evidenció la lesión del nervio espinal que le afectó a la movilidad del hombro derecho y a consecuencia de la que se hubo de someter a tratamiento rehabilitador y fisioterapia para recuperarla en la medida de lo posible. Durante el proceso médico que siguió el paciente la actuación de todos los profesionales que le asistieron fue conforme a la correcta praxis médica tanto en el diagnóstico de la adenopatía ganglionar como en la decisión de realizar una exéresis-biopsia mediante cirugía para extirparla y realizar un estudio anatomopatológico de las muestras tomadas, así como posteriormente en el tratamiento de la lesión nerviosa que se evidenció meses después.

Añadir que, si bien se reconocía la imputación a la cirugía del daño sufrido por el paciente en una relación causa-efecto, lo que no se admitía era que la praxis médica que se le dispensó en la indicación de la cirugía de exéresis-biopsia, en la realización de la técnica quirúrgica, en el examen anatomopatológico de lo extirpado, y en el control postoperatorio no se valorara conforme a lex artis, como también fue adecuado una vez que se le diagnosticó la lesión nerviosa el tratamiento que se le dispensó. Se refiere la parte demandada, en cuanto a la técnica utilizada en la intervención al informe de la Inspección Médica y al emitido en el expediente para la compañía aseguradora, de los que se concluye que fue correcta, pero con independencia de ello se puede producir la lesión del nervio pues por su recorrido es especialmente vulnerable a cualquier intervención quirúrgica en el triángulo posterior del cuello.

Respecto del diagnóstico de la lesión, entiende que no hubo retraso, remitiéndose igualmente a lo que consta en los informes mencionados.





Y en lo que se refiere al consentimiento informado, alega que, si bien es cierto que en el documento que firmó el paciente no se incluía entre los posibles riesgos el de la lesión nerviosa, se trataba de una intervención ambulatoria que conforme a los manuales médicos normalmente tiene una corta duración, con escasa pérdida sanguínea y escasas complicaciones postoperatorias y fáciles de resolver, es decir, una cirugía sencilla. De manera que era presumible que hubiera menos riesgos de los que informar. Era razonable pensar que al paciente se le informó de en qué consistía la cirugía a la que se le iba a someter y de sus riesgos en las dos consultas previas a las que acudió en el Servicio de Cirugía, la primera en la que se decidió intervenir quirúrgicamente y la segunda en la que se le entregó el documento de consentimiento informado. No obstante, dado que la intervención se programó con tiempo, desde que fue visto en consulta el 9 de marzo hasta que se realizó la cirugía el 27 de abril de 2015, el paciente tuvo tiempo de aclarar las dudas que le surgieran sobre el procedimiento quirúrgico a que se iba a someter. Además, en el caso de la afección que padecía este paciente por las características que presentaba y su evolución lo recomendado era practicar la biopsia que se le realizó, de manera que no existía otra alternativa de tratamiento para conocer si era maligna la adenopatía que tenía en el cuello.

Por último, la parte demandada discrepa de la valoración del daño.

La parte codemandada también se opone a la demanda, alegando, en cuanto a la indicación de la cirugía, que por la Inspección Médica se mantiene que el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, tras comprobar que el paciente presentaba varias adenopatías, una de las cuales era más grande, (2 cms) persistente, no dolorosa, sin piel caliente, con las pruebas complementarias precisas realizadas, (ecografía y analítica), acordó realizar una biopsia considerando esta actuación correcta pues era el método más preciso para filiar el diagnóstico y confirmar o descartar si se trataba de un proceso neoplásico. Esta conclusión es compartida en su informe por el Dr. [REDACTED]

Respecto a la técnica utilizada, en el mismo informe de la Inspección Médica se expone que dicha cirugía llevaba aparejado este riesgo pues por la ubicación del ganglio o la adenopatía en el triángulo posterior del cuello era posible que se produjera la lesión del nervio espinal que transcurría por dicha zona de forma muy superficial. Por otra parte, considera la Inspección que la lesión sufrida por el paciente "es la más frecuente de todas las lesiones iatrogénicas en nervios periféricos, un 11% de las mismas y suponen la principal causa de la lesión del espinal, aproximadamente el 93%". "Debido a su recorrido, cualquier intervención en el triángulo posterior del cuello hace al nervio vulnerable tanto a la escisión como a la tracción. La disección radical de cuello y la biopsia de nódulos linfáticos, (el 80%) constituyen la mayoría de los casos". Así mismo, la Inspección informa que no era necesaria la lesión directa de un nervio para que se produjera daño,



sino que cualquier maniobra que alterara el suministro sanguíneo podía producirlo, de manera que tanto la elongación o el estiramiento de la raíz, el edema postquirúrgico o los procesos de cicatrización podían ser la causa de la lesión. En parecidos términos se ha pronunciado el Dr. [REDACTED] (Promede).

En relación con el retraso diagnóstico alegado por el recurrente, señala la Inspección Médica que en el hipotético caso de haber existido no habría causado daño alguno al paciente, pues su recuperación fue favorable.

Respecto al consentimiento informado, el paciente fue informado verbalmente, y, si bien no consta concretamente el riesgo de lesión del nervio espinal, se trataba de una cirugía necesaria para descartar la malignidad del nódulo cervical, por lo que aun cuando se le hubiera informado de ese posible riesgo su decisión no hubiera variado. En todo caso, y de considerar que no se hubiera sometido a la intervención nos encontraríamos ante una pérdida de oportunidad, con la necesaria modulación de la indemnización.

Discrepa, por último, la parte codemandada, de la valoración del daño.

SEGUNDO. – La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 32 de la Ley 40/2015), como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquella a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Si bien, no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan solo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo, por no existir causas de justificación que lo legitimen.

Por tanto, los requisitos que deben concurrir para tener derecho a la indemnización por razón de responsabilidad patrimonial de la Administración son los siguientes:

1) Existencia y realidad de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona, y que el interesado no tenga el deber jurídico de soportarlo.

2) Que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y no producido por fuerza mayor.

3) Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño o lesión. Ha de determinarse, por tanto, si existe una relación de



causalidad entre el funcionamiento del servicio público y los daños que se invocan, es decir, si los mismos son imputables a la Administración.

Como ha declarado el Tribunal Supremo en reiteradas sentencias (entre otras, en la reciente de 18 de julio de 2007), la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico, tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el artículo 24 de la Constitución, sino también, de modo específico, en el artículo 106.2 de la propia Constitución al disponer que los particulares en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa, que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Asimismo, a los fines del artículo 106.2 de la Constitución, la jurisprudencia (sentencias de 5 de Junio de 1.989 y 22 de Marzo de 1.995), ha homologado como servicio público, toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo.

Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que, entiende que la misma 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 aunque, como ha declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Es además jurisprudencia reiteradísima que solo son indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia, en sentencias, entre otras muchas, de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).



Y es también doctrina jurisprudencial reiterada (Sentencias de 20 de Marzo de 2.007, 7 de Marzo de 2007 y de 16 de Marzo de 2.005) que "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente"

TERCERO. - En el procedimiento incoado por la reclamación del demandante se emitieron varios informes médicos. Así, obra el del Dr. D. [REDACTED], cirujano del Hospital Virgen del Castillo de Yecla. En el mismo indica:

"D. [REDACTED] (...) con antecedentes de dermatitis en cuero cabelludo en tratamiento corticoideo, fue intervenido en nuestro servicio el día 27/04/2016 (sic) realizándose una biopsia ganglionar cervical en relación a un nódulo palpable cervical a estudio. Tras una intervención sin incidencias y un postoperatorio inmediato satisfactorio fue dado de alta en régimen de cirugía ambulatoria. En los posteriores controles en Consultas externas (CCEE) (valorado al menos en 3 ocasiones) el paciente evoluciona satisfactoriamente con correcta cicatrización de la herida y otras alteraciones ni limitaciones dándose de alta el 26/05/2016 con controles posteriores por su médico de cabecera (MAP). No teniendo por parte del paciente constancia hasta día de hoy de complicación quirúrgica alguna, tampoco se informó a nuestro Servicio de ninguna otra clínica de interés del paciente.

Hago constar que el paciente siguiendo nuestro protocolo habitual prequirúrgico, fue atendido en CCEE en dos ocasiones por cirujanos del Servicio, sentándose la indicación quirúrgica e informando de riesgos y complicaciones de forma escrita y oral que el paciente comprende y asume, firmando el consentimiento informado habitual al respecto".

Por la compañía de seguros se aportó dictamen emitido por el Dr. D. [REDACTED] (PROMEDE), especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, que hace las siguientes conclusiones generales:

"1. La indicación de extirpación-biopsia de la adenopatía localizada en el triángulo occipital del triángulo posterior del cuello fue correcta.

2. La lesión funcional del nervio espinal accesorio fue inadvertida ya que no es necesario la sección para ocasionar trastornos funcionales; debido a su recorrido, la disección en el triángulo posterior del cuello hace al nervio vulnerable tanto a la escisión como a la tracción.

3. El trastorno funcional producido es posible, está descrito, es casual, inevitable e imprevisible e inherente a la técnica quirúrgica.

4. El tratamiento rehabilitador indicado fue el correcto”.

Igualmente se emitió informe por la Inspección Médica, en el que se recoge el siguiente Juicio Crítico:

“Se trata de un paciente de 36 años de edad con antecedente de adenopatía en 2008 tratada con penicilina y al que su médico de cabecera lo remite a cirugía por persistir, no acudiendo por desaparecer la misma. El 15 de enero de 2015 acude por nueva adenopatía móvil > de 2 cm, no dolorosa. Ese día su médico solicita analítica, placa de tórax y ecografía. Adenopatía significa aumento de tamaño de los ganglios linfáticos; no es un diagnóstico sino un signo o síntoma de otra patología, que puede deberse (a grandes rasgos), a causas inflamatorias, degenerativas o neoplásicas. En el adulto los ganglios linfáticos no son palpables, el tamaño normal es menor de 1 cm a excepción de los ganglios linfáticos inguinales que suelen medir entre 0,5-2 cm. Ante una linfadenopatía hay que realizar una anamnesis adecuada, valorando entre otros parámetros la medicación habitual del paciente (la difenilhidantoína, alopurinol e hidralacina son causa de adenopatías, otros fármacos que las pueden causar son: captopril, atenolol, cefalosporinas etc.), los antecedentes personales tal como adicción a drogas, hábitos sexuales, inmunosupresión, etc., o los antecedentes epidemiológicos tal como viajes, contactos infecciosos, contactos con animales etc.

En la exploración de la adenopatía, y respecto al tamaño, no existe un tamaño que nos indique la benignidad o malignidad de la misma, sin embargo, para muchos es uno de los criterios más importantes. Se acepta que a partir de 2 cm (en niños a partir de 1 cm), con un periodo de evolución de 3 semanas sin causa conocida de tipo inflamatorio o infeccioso, se requiere una valoración detallada etiológica. Si son mayores de 4 cm, requieren estudio urgente. No olvidar los ganglios de pequeño tamaño, que los estudiaremos según su localización, características físicas, edad del paciente y contexto clínico, pues pueden ser el primer signo de un proceso maligno.

La consistencia de los ganglios puede ser blanda, firme, elástica o dura y pueden ser móviles o fijos. Las adenopatías de origen infeccioso o inflamatorio suelen ser dolorosas, de consistencia blanda, a veces fluctuante, asimétrica e irregular, con bordes mal definidos, la piel que las recubre puede estar enrojecida y caliente. Las adenopatías de origen neoplásico suelen ser indoloras, duras, se adhieren a piel o planos profundos, no son móviles, sus bordes están bien definidos y a veces forman conglomerados. Las adenopatías de los linfomas son móviles, de consistencia elástica, indoloras, crecimiento rápido, múltiples y simétricas a veces. Por

último, la localización de las mismas es de gran valor para orientar el diagnóstico, así las adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, abdominales, epitrocleares y poplíteas (en ausencia de lesión local en estas dos últimas) deben considerarse siempre patológicas.

Se presenta un algoritmo diagnóstico en el manejo de las mismas.

(...)

Respecto a las pruebas complementarias, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) es sencilla y poco molesta pero pocas veces permite establecer el diagnóstico de certeza y con frecuencia lo retrasa ya que muchos diagnósticos precisan de más tejido que el obtenido por punción. Lo más aceptado es que debe reservarse para los nódulos tiroideos y para confirmar la recaída en pacientes con diagnóstico conocido. Para algunos solo está justificada en caso de imposibilidad para obtener biopsia.

La biopsia ganglionar es el método más preciso y requiere en general la extirpación de la totalidad del ganglio. Sus indicaciones son imprecisas. Se debe evitar en lo posible las inguinales, submandibulares y axilares, que con frecuencia aumentan de tamaño por causas inespecíficas. La decisión de realizarla puede tomarse de forma temprana en pacientes con historia y exploración física de malignidad (adenopatía cervical solitaria, dura, no inflamatoria en viejo fumador; adenopatía supraclavicular y adenopatía generalizada o solitaria firme, móvil y sugestiva de linfoma). En otros casos puede esperarse 2-4 semanas, realizando la biopsia si persiste o aumenta de tamaño. Cuando existe más de una adenopatía, se escogerá la de mayor tamaño, preferentemente fuera del área inguinal.

Por tanto y en el caso del paciente se trata de una adenopatía sin características inflamatorias, con analítica y ecografía realizadas para orientar el diagnóstico, que persiste durante varias semanas.

Cuando el paciente es atendido en cirugía el 9 de marzo, en la exploración se aprecia nódulo de casi 2 cm claramente palpable, ese día se anota en la historia "informo" y se deriva a anestesia para estudio preoperatorio de intervención programada que se va a realizar bajo anestesia general.

En la segunda visita a cirugía el 13 de abril, se anota el resultado de la evaluación anestésica (ASA II) y que el paciente va a ser intervenido bajo anestesia general, en régimen de CMA y ese día firma el consentimiento.

(...)

Es una autorización para ser intervenido mediante CMA (cirugía de alta domiciliaria en el día, independiente del tipo de anestesia) tras ser informado de las características del programa de cirugía de piel y

subcutáneo y que autoriza a la realización de los procedimientos terapéuticos conocidos, por la información facilitada por el médico (hacer constar que en la primera cita con cirugía se anota "informo") asumiendo los riesgos razonables de la intervención planeada. Como riesgos más significativos (debía poner más frecuentes) se recoge la infección de la herida, dolor y sangrado. A esta inspectora no le gusta este documento, que está más enfocado al tipo de cirugía (con o sin ingreso) que al tipo de patología que presenta un paciente, pero eso no implica que no se le hubiera informado al paciente de la cirugía a la que iba a ser sometido y que es una intervención necesaria y en principio con poco riesgo. Biopsia significa la extracción de células o tejidos, para que los examine un anatomopatólogo. Hay diferentes tipos de biopsia, por aguja, (gruesa o fina) por incisión (muestra de tejido) o por escisión en la que se extrae por completo una masa o área dudosa. La biopsia ganglionar requiere en general la extirpación de la totalidad del ganglio. El 27 de abril, tres meses después de ser valorado por su médico de cabecera, tras dos visitas al S. de Cirugía y tras ser valorado en consulta de preanestesia, el paciente es intervenido bajo régimen de CMA de extirpación de ganglio de 2-3 cm para biopsia sin incidencias.

Por tanto, su médico de cabecera valoró al paciente y le solicitó las pruebas complementarias adecuadas (analítica, placa de tórax y ecografía) para orientar el diagnóstico tras lo cual lo remite a cirugía, su actuación es correcta.

El paciente presentaba varias adenopatías una de ellas más grande (2 cm) que era persistente, no dolorosa, sin piel caliente, con ecografía y analítica realizada, por lo que está plenamente indicado realizar una biopsia como método más preciso para filiar el diagnóstico o por lo menos para confirmar o descartar que se trate de un proceso neoplásico. Por tanto, la indicación de la cirugía es totalmente correcta.

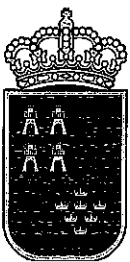
Lo que se realizó fue una biopsia por escisión, por tanto, fue la intervención prevista que conocía el paciente a la que había dado su consentimiento. Tras la intervención el paciente comienza con clínica de molestias en el hombro derecho.

(...)

La lesión del nervio produce como síntomas y signos más destacables: dolor (hasta en un 90% de pacientes según estudios), atrofia del trapecio en casos de larga evolución, sobre todo observable en lesiones unilaterales, y limitación en la abducción.

El N. Espinal se puede dañar por las siguientes causas:

a) Causas iatrogénicas: Es la más frecuente de todas las lesiones iatrogénicas en nervios periféricos, un 11% de las mismas, y suponen la principal causa de lesión del espinal aproximadamente el 93 %. Debido a su recorrido, cualquier intervención en el triángulo posterior del cuello hace al



nervio vulnerable tanto a la escisión como a la tracción. La disección radical de cuello y la biopsia de nódulos linfáticos (el 80 %) constituyen la mayoría de los casos.

(...)

Respecto a las lesiones nerviosas, Seddon las clasificó en 3 categorías:

- Neuropraxia: Daño localizado en la mielina (a menudo por compresión) con axón indemne sin degeneración distal

- Axonotmesis: Disrupción de axón y mielina, con epineuro indemne. Existe degeneración walleriana.

- Neurotmesis: disrupción completa del nervio. Mal pronóstico. Suele ser necesario reparar el nervio.

Sunderland lo amplía a 5 grados dividiendo la axonotmesis en 3 grados según endo, peri o epineuro intacto. En función del tipo de lesión el pronóstico es variable: En la axonotmesis la recuperación suele ser espontánea por regeneración axonal (1mm/día) en el caso de lesiones en las que los tubos endoneurales estén intactos, si están destruidos la recuperación espontánea es posible, aunque parcial. En las neurotmesis, en la que la pérdida de la continuidad es completa, la recuperación sólo es posible si existe una reparación nerviosa mediante sutura o injerto.

No es necesaria la lesión directa en un nervio para que se produzca daño, cualquier maniobra que altere el suministro sanguíneo o el flujo axoplásmatico puede producirlo, así la elongación o estiramiento de la raíz, el edema postquirúrgico o los procesos de cicatrización son causa de lesión. Si la lesión nerviosa es directa se produce una neurotmesis y de manera inmediata una parálisis en el caso de un nervio motor, o analgesia si es un nervio sensitivo, no sucediendo así en el caso de un mecanismo indirecto, que fue lo que sucedió en el paciente.

En lesiones parciales (axonotmesis parciales) la intensidad de la lesión viene determinada por la magnitud en la pérdida de unidades motoras. Tras dos o tres semanas de la lesión empiezan a aparecer fenómenos denervativos agudos que pueden estar presentes hasta varios años después de la lesión, si bien a medida que pasa el tiempo tienden a disminuir en frecuencia.

Transcurridas unas 8-12 semanas empiezan a generarse fenómenos de reinervación por parte de aquellos axones vecinos que aún conservan su funcionalidad. Estos hallazgos sugieren un relativo buen pronóstico evolutivo pues indican una regeneración más o menos activa. Una vez que han cesado los mecanismos reinervativos/regenerativos las unidades motoras adquieren unas características que vienen determinadas por el

aumento en la duración y amplitud, la morfología polifásica y el patrón deficitario en el máximo esfuerzo.

Cuando no hay reinervación en los EMG, se pueden considerar como definitivos en el plazo de 8-10 meses.

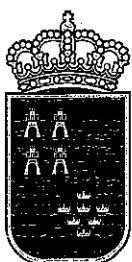
El tratamiento fisioterápico va encaminado a evitar complicaciones (por ej. Capsulitis), tratar el dolor y restaurar dentro de lo posible el rango de movilidad del hombro y la recuperación funcional, manteniendo la musculatura afectada en las mejores condiciones en caso de denervación transitoria o parcial. Asimismo, se fortalecerá la musculatura no afectada. Una vez producida la lesión el tiempo es importante para aprovechar la plasticidad post-lesional del sistema nervioso. Un tiempo excesivo reduce la capacidad de recuperación e incluso podría suponer la destrucción de la placa motora, si se prolonga durante más de un año.

En resumen, paciente con indicación quirúrgica correcta con lesión iatrogénica producida tras la extirpación ganglionar. La lesión del Nervio constituye un riesgo de la intervención, no siendo excepcional.

En nuestro caso, la primera referencia a la lesión nerviosa de la que se tiene constancia en la historia por anotación de su médico de cabecera fue el 2 de junio "refiere desde la exéresis de adenopatía, dolor irradiado a brazo derecho + impotencia funcional con elevación dificultada y abducción a 45° sin mejoría con ibuprofeno" le solicita estudio radiológico. El 17 de junio es valorado por MI por derivación del S. de Cirugía. El motivo de la derivación era por si precisaba de algún estudio más, tras el resultado de ganglio reactivo sin características de malignidad en la anatomía patológica. Es cierto que en esa consulta el paciente refiere el dolor en el brazo que el internista lo cataloga de dolor muscular y recomienda fisioterapia, pero la consulta se centra en el motivo de la derivación. El 6 de julio en la exploración realizada por su médico de cabecera solicita valorar lesión de plexo cervical por presentar escapula en aleteo con parestesias y dolor en trapecio. El 24 de julio se realiza interconsulta en traumatología donde es atendido el día 29 de septiembre y realizada la EMG al día siguiente. El EMG revela la afectación del N. Espinal derecho con axonotmesis parcial severa en estadio crónico, se recomienda control evolutivo en seis meses por apreciar signos de reinervación activa en el musculo trapecio. Hay una demora en el diagnóstico de la lesión, desde el 6 de julio cuando ya la clínica está establecida, hasta el 29 de septiembre cuando acude a traumatología y se solicita el estudio

No se tiene constancia de cuando comenzó el tratamiento RHB, pero en el informe de alta del Servicio de RHB el paciente presentaba la siguiente exploración:

Al alta Balancer articular activo completo. Trapecio a 4++/5. No escápula alada.



Por tanto, se consiguió una recuperación correcta restituyendo el rango de movilidad de la articulación y con el musculo trapecio casi normal”.

Se emiten por la informante las siguientes conclusiones:

“1. D. [REDACTED] presentaba una adenopatía en el cuello de 2 cm de diámetro y otras más pequeñas. Fue valorado por su médico de cabecera el 15 de enero el cual le solicita las exploraciones complementarias adecuadas y con los resultados, remite al paciente al S. de Cirugía. Su actuación fue correcta.

2. El 9 de marzo es valorado en el S. de Cirugía. Se informa al paciente de la necesidad de la biopsia ganglionar y se remite a estudio preanestésico.

3. El 27 de abril a los 3 meses de presentar la adenopatía, es intervenido quirúrgicamente, por tanto, adenopatía persistente sin causa conocida donde está plenamente indicado el estudio anatomopatológico para lo cual es preciso realizar una biopsia ganglionar, que en general requiere la extirpación de la totalidad del ganglio. La actuación del S. de Cirugía es totalmente correcta.

4. Referente al consentimiento por escrito y aunque en la historia se recoge: “Informe” no se recoge la posibilidad de lesión nerviosa.

5. Se produjo una lesión del N. Espinal iatrogénica que no fue debida a lesión directa del nervio y que es casual, inevitable e imprevisible.

6. Hubo retraso diagnóstico de la lesión producida, al menos desde el 6 de julio en que su médico de cabecera objetivó la clínica, hasta el 29 de septiembre que fue valorado por el S. de Traumatología.

7. Las secuelas del paciente al alta de RHB eran escasas, con un balance articular activo completo”.

CUARTO. - Con la demanda se aportó dictamen emitido por el Dr. D. [REDACTED], Especialista en Medicina Legal y Forense. En el mismo se expone el proceso clínico del demandante, se estudian los conceptos médicos de interés para este caso, y la relación de causalidad entre dicho proceso asistencial y las secuelas que presenta el interesado. Así, se expresa lo siguiente:

“En el presente caso, se produce una neuropatía crónica muy severa del nervio espinal derecho en región cervical, grado III-IV de Sunderland y con porcentaje estimado de pérdida axonal o axonotmesis parcial superior al 90 %, objetivada electromiográficamente (doc.33). La lesión es muy severa, en fase de secuelas definitivas.

(...)

En el caso de D. [REDACTED], cuando contaba con 35-36 años de edad, en base a la documentación aportada, existía como estado anterior una adenopatía móvil, mayor de 2 cm, no dolorosa, a nivel latero.cervical derecho, con resultado a la ecografía de adenopatías yugulares y laterocervicales bilaterales de aspecto reactivo, la de mayor tamaño de 16 mm en el lado derecho, por la que fue intervenido el 27-IV-2015 de exéresis-biopsia completa de la adenectomía laterocervical derecha, siendo diagnosticado, tras el análisis anatomopatológico del ganglio extirpado, de hiperplasia linfoide reactiva (proceso benigno).

b) Características del agente causal:

El agente causal del daño fue la manipulación del nervio en la intervención quirúrgica (causa iatrogénica), y que supone el 95% de los casos de lesión del nervio espinal.

c) Cronología en la aparición de los síntomas:

El paciente el 2-VI-2015 refirió a su médico de Atención Primaria que desde la exéresis de la adenopatía presentaba "dolor irradiado a brazo derecho, impotencia funcional del miembro superior derecho, con elevación dificultada y aducción a 45°, sin mejoría con ibuprofeno 600" (doc.22).

El 17-VI-2015 el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Castillo, al que fue remitido para valoración del resultado de la biopsia, anotó en la historia clínica "refiere dolor e impotencia funcional del hombro derecho desde la intervención quirúrgica, de características musculares", se le diagnosticó de "omalgia secundaria postural" (doc.18) y se solicitó una ecografía cervical (doc.19).

El 26-VI-2015 se anotó en la historia clínica del servicio de urgencias "omalgia derecha crónica tras intervención quirúrgica, según refiere, hoy más intenso", y a la exploración física "asimetría en ambos trapecios en escápulas, con dolor a la palpación y limitación funcional" (doc.21).

El 24-VII-2015 la médica de Atención Primaria solicitó interconsulta de valoración al Servicio de Traumatología "ya que persiste la dificultad para mover el brazo" (doc.20 y doc.22).

Y no se sospechó la causa de la lesión hasta el 29-IX-2015, 5 meses después de la intervención, cuando fue valorado por el Servicio de Traumatología del Hospital Virgen del Castillo (doc.23) presentando a la exploración escápula alada con imposibilidad para pasar de los 80° en abducción y para la extensión y rotación interna, disestesias y pérdida de fuerza en miembro superior derecho tras cirugía de ganglio cervical. Fue

remitido a los Servicios de Rehabilitación y Neurología y se solicitó una electromiografía (EMG) de miembro superior derecho comenzando desde plexo en zona de escalenos.

Y finalmente el 30-IX-2015 se le realizó una electromiografía con el resultado de "axonotmesis parcial, de grado severo, del nervio espinal derecho en estadio crónico de evolución" (doc.24). Se produjo pues un retraso de 5 meses en la detección (diagnóstico) de la lesión del nervio espinal, así como en el tratamiento, que se reveló fundamental para el resultado lesivo.

d) y e) En cuanto a la fiabilidad y precisión del diagnóstico y la posibilidad etiopatogénica (nexo de causalidad):
(...)

Presenta como secuelas definitivas una neuropatía crónica muy severa del nervio espinal derecho en región cervical, grado III-IV de Sunderland y con porcentaje estimado de pérdida axonal o axonotmesis parcial superior al 90 %, objetivada electromiográficamente (doc.33).

Así pues, y en base a todo lo expuesto, este perito tiene la convicción científica de que la parálisis del XI par craneal derecho o nervio espinal que presenta el paciente tiene como único origen la intervención del 27-IV-2015 de exéresis-biopsia completa de la adenectomía laterocervical derecha.

VALORACIÓN DE LA INDICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

El paciente presentaba como antecedente en mayo de 2008 una adenopatía latero-cervical derecha de 2 cm, algo dolorosa y con movilidad débil. Ante la cual se realizaron pruebas diagnósticas de primer nivel: hemograma con resultado normal, con una VSG de 14 (normal < 15), se le prescribió tratamiento con antibiótico y antiinflamatorio, manteniendo a los 3 meses la adenopatía igual, no dolorosa, y en septiembre de 2008 (a los 4 meses) se le realizó una ecografía de cuello con el diagnóstico de ganglios latero-cervicales menores al cm con hilio conservado. El proceso ganglionar remitió con el tratamiento prescrito por su médico de Atención Primaria de antibiótico y antiinflamatorio.

El 15-I-2015 volvió a consultar por una nueva adenopatía móvil, mayor de 2 cm, no dolorosa, en el mismo nivel que la de 2008 (doc.22). Igualmente se realizaron pruebas diagnósticas de primer nivel: hemograma con resultado normal, con una VSG de 6 (normal <15) y el 11-II-2015 se le realizó una ecografía de cuello con resultado de adenopatías yugulares y laterocervicales bilaterales de aspecto reactivo, la de mayor tamaño de 16 mm en el lado derecho.

El 9-III-2015, (a los 2 meses de la aparición de la adenopatía) y sin que conste en la documentación ningún tratamiento médico, presentaba a la exploración física un nódulo cervical derecho de casi 2 cm claramente palpable, se solicitó preoperatorio ese mismo día y con el diagnóstico preoperatorio de aumento de volumen de los ganglios linfáticos, se programó intervención quirúrgica de biopsia ganglionar y el 27-IV-2015 fue intervenido quirúrgicamente, bajo anestesia general, de un nódulo cervical derecho de 2-3 cm de tamaño, posteroinferior a músculo esternocleidomastoideo, mediante exéresis-biopsia completa del mismo, sin incidencias y siendo dado de alta hospitalaria ese mismo día, resultando la biopsia del ganglio negativa para malignidad y con el diagnóstico de hiperplasia linfoide reactiva (patrón mixto).

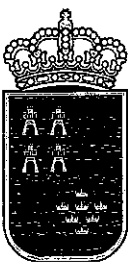
La intervención no estaba justificada, pues se programó a los 2 meses de la aparición de la adenopatía sin descartar posible causa infecciosa, sin tratamiento previo y sin tener en cuenta que con tratamiento ya se había curado 7 años antes de otra adenopatía en el mismo lugar anatómico. Además, ni la exploración clínica ni las pruebas complementarias indicaban signos de malignidad, ni se realizó antes que la biopsia una PAAF (punción-aspiración con aguja fina, que es una prueba poco invasiva, sencilla y rápida, que permite obtener muestras celulares de la adenopatía para determinar su origen o posible malignidad, evitando biopsias abiertas). Y aunque en pacientes menores de 30 años la aparición de adenopatías suele deberse a causas benignas en el 80% de casos y la probabilidad de procesos tumorales aumenta con la edad, hay que tener en cuenta que el paciente tenía en ese momento sólo 36 años.

Hace también el perito una valoración del consentimiento informado para la intervención, y de la técnica quirúrgica. En relación con este extremo indica:

“Para evitar la lesión durante la intervención el conocimiento exacto de la anatomía de este par craneal constituye una condición esencial para cualquier actuación en el triángulo posterior del cuello. Y ello, junto al empleo de la ecografía guiada y de la neuromonitorización intraoperatoria con un estimulador nervioso, puede ayudar a identificar y evitar la lesión del nervio espinal.

La no utilización durante la intervención de la ecografía como guía y de la neuromonitorización (técnicas que están al alcance de cualquier centro hospitalario), constituye un deficiente uso de los medios de que se dispone y una mala técnica quirúrgica, dada la especial vulnerabilidad a los procedimientos quirúrgicos del cuello como las biopsias de nódulos linfáticos (95 % de los casos de lesión del nervio espinal)”.

Por último, hace las siguientes conclusiones:



“... la atención prestada al paciente en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla en relación con la secuela de parálisis del XI par craneal derecho o nervio espinal que presenta, producida en la intervención quirúrgica del 27-IV-2015 de exéresis-biopsia completa de la adenectomía laterocervical derecha, no fue consecuyente y apropiada, y ello por:

1.-La intervención quirúrgica no estaba justificada, pues se programó a los 2 meses de la aparición de la adenopatía sin descartar posible causa infecciosa, sin tratamiento previo y sin tener en cuenta que con tratamiento ya se había curado 7 años antes de otra adenopatía en el mismo lugar anatómico.

Además, ni la exploración clínica ni las pruebas complementarias indicaban signos de malignidad, ni se realizó antes que la biopsia una PAAF (punción-aspiración con aguja fina, que es una prueba poco invasiva, sencilla y rápida, que permite obtener muestras celulares de la adenopatía para determinar su origen o posible malignidad, evitando biopsias abiertas). Y aunque en pacientes menores de 30 años la aparición de adenopatías suele deberse a causas benignas en el 80 % de casos y la probabilidad de procesos tumorales aumenta con la edad, hay que tener en cuenta que el paciente tenía en ese momento sólo 36 años.

2.-No consta en el documento de consentimiento informado como riesgo típico las consecuencias clínicas por lesión de los nervios cervicales, tal y como consta por ejemplo en el consentimiento informado para intervenciones de adenectomía de la Agencia Valenciana de Salud, entre otros.

Ello resulta básico y fundamental, no sólo por el derecho del paciente para conocer los riesgos inherentes a la intervención, sino también y de forma especial, para que esté alerta y pueda advertir y notificar con prontitud las consecuencias clínicas de la lesión y así poder realizar un tratamiento curativo viable en el tiempo. Además, el informar al paciente de este riesgo, sirve también para que el cirujano se mantenga alerta y realice un buen seguimiento postquirúrgico preguntando al paciente por los posibles síntomas de la lesión. Lo cual no se produjo en el caso que nos ocupa, dado que no tuvieron constancia de complicación alguna durante los diferentes controles.

3.-La no utilización durante la intervención de la ecografía como guía y de la neuromonitorización (técnicas que están al alcance de cualquier centro hospitalario), constituye un deficiente uso de los medios de que se dispone y una mala técnica quirúrgica, dada la especial vulnerabilidad a los procedimientos quirúrgicos del cuello como las biopsias de nódulos linfáticos (95 % de los casos de lesión del nervio espinal).



4.-Se produjo un retraso de 5 meses en la detección (diagnóstico) y tratamiento de la lesión del nervio espinal, que supone una pérdida de oportunidad para poder realizar un tratamiento curativo viable”.

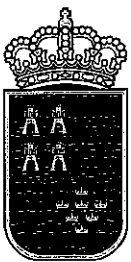
Se aportó un segundo informe del Dr. [REDACTED], de valoración de lesiones y secuelas.

La parte codemandada aportó dictamen del Dr. [REDACTED] En el mismo hace unas consideraciones médicas, cita bibliografía y analiza la práctica médica en el presente caso. Así, y respecto a la indicación quirúrgica señala:

“En el adulto un nódulo cervical persistente tiene mucha probabilidad de que sea neoplásico (en un 60 %) por lo que se debe descartar la malignidad, el mejor método para ello es la extirpación biopsia, es el único método que no da falsos negativos. Siendo un nódulo de 2 c. está perfectamente indicada la extirpación”.

En cuanto a la lesión indica que en el 80 % de los casos de lesión se produce por extirpación ganglionar, pudiendo pasar desapercibida, y que no es necesario cortar el nervio, puede producirse por trastornos isquémicos o elongación. Concluye que es una lesión inevitable, imprevisible, casual, descrita y posible e inherente a la técnica quirúrgica, y el tratamiento rehabilitador indicado en este caso fue el correcto.

QUINTO. - En período de prueba en el proceso compareció D. [REDACTED], médico que vio al paciente por primera vez en el Servicio de Cirugía. A preguntas de la parte demandada contestó que estaba indicada la intervención, su médico de familia le hizo algunas pruebas, en enero ya tenía la adenopatía, sin signos de infección. Añadió que la PAAF no sirve para diagnosticar un linfoma, y que había que descartarlo. Preguntado sobre la información que dio al paciente, contestó que cuando se diagnostica a un paciente se le informa de la técnica que hay que utilizar, si el paciente no dice nada en contra se le incluye para la cirugía. En este caso el paciente no manifestó ninguna duda, si hubiera puesto alguna objeción lo hubiera hecho constar en la historia clínica, y no se hubiera programado intervención. Era una cirugía rápida y sencilla. El médico de cabecera le hizo pruebas diversas y no había indicio de nada anormal por eso se le remitió para un estudio de la adenopatía. Un ganglio de más de un centímetro no es normal, hay que analizarlo, los linfomas no se pueden diagnosticar salvo que se analice el ganglio completo. El paciente llevaba ya tiempo suficiente con la adenopatía, estuvo un tiempo prudente, dos meses sin desaparecer la adenopatía, cuando se hizo la biopsia estaba aumentado de 2 centímetros. Le vio el 9 de marzo. No se debe esperar más tiempo sin diagnosticar. El tratamiento antibiótico no estaba indicado, no había cuadro clínico de infección y puede enmascarar algún proceso. Había antecedentes de cáncer en la familia, pero el tipo de tumor que había en su familia no era relevante en la adenopatía.



La PAAF solo retrasa el diagnóstico, el protocolo del Hospital de Albacete por ejemplo dice claramente que directamente se va a biopsia. En la adenopatía anterior las características eran distintas.

A preguntas de la parte codemandada manifestó que la neuropatía del nervio espinal no es previsible, pero puede darse, no sabe el porcentaje. Puede pasar en una intervención normal, se puede producir en el proceso de cicatrización. Puede producirse sin que se seccione el nervio.

A preguntas de la parte actora contestó que sabía que había tenido en el 2008 una adenopatía, pero no lo hizo constar porque era un proceso distinto. Se tuvo en cuenta el tamaño de la adenopatía y el cuadro clínico, si es más de 2 cm hay que estudiarlo. Informó según protocolo. Si el paciente está de acuerdo se continúa. En el consentimiento informado la información es suficiente para que el paciente conozca el proceso. No se transcriben todas las complicaciones, solo las más relevantes, y verbalmente se informó de todo. El dolor engloba el daño neurológico. Reiteró que la PAAF, no sirve para un linfoma, y una adenopatía puede ser signo de linfoma. No se hace prácticamente nunca. No ofreció la punción porque la considera insuficiente, y retrasa el diagnóstico de uno a tres meses. La neuromonitorización, en el hospital de Yecla no había.

También compareció Dña. [REDACTED], médico cirujano que vio al paciente por segunda vez en el Servicio de Cirugía. A preguntas de la parte demandada contestó que el cirujano recibe al paciente, le explora, le realiza pruebas y le informa. Una vez que el paciente entiende el proceso y decide operarse se programa la cirugía. En el documento de consentimiento informado se recogen las complicaciones más frecuentes, se completa con la información verbal. El paciente no manifestó ninguna duda. A preguntas de la parte actora contestó que se le informó de dolor que puede ser por lesión nerviosa. Se ponen los riesgos más frecuentes relacionados con la patología. Preguntada si informó de la opción de la PAAF contestó que informa de lo que ella hace. Ya había sido informado anteriormente. Respecto de las técnicas de ecografía guiada y neuromonitorización no informó porque no ni estaba indicado ni tienen esta técnica en el Hospital de Yecla.

También compareció D. [REDACTED], cirujano que intervino al paciente. A preguntas de la parte demandada contestó que se extirpó el tumor, se hizo la biopsia y no hubo ninguna incidencia. La lesión no se produjo en el acto quirúrgico. No se seccionó, vieron el nervio. La PAAF no era fiable en una adenopatía de ese tamaño. En cuanto a las técnicas, ecografía guiada y neuromonitorización, no eran necesarias en este caso, y no hay en el hospital.

A preguntas de la parte codemandada contestó que el paciente no le manifestó no querer operarse.

A preguntas de la parte actora contestó que no estuvo en el momento en que se hizo el consentimiento informado.

Compareció también Dña. [REDACTED] esposa del demandante, quien manifestó que le acompañó a consulta y no se le informó del riesgo de lesión del nervio espinal.

Igualmente compareció D. [REDACTED] especialista en Psicología Clínica, quien ratificó el informe de 10 de mayo de 2018, vio al paciente en el Centro de Salud Mental de Jumilla. Manifestó que presentaba un estado depresivo, y que era consecuencia del proceso quirúrgico, antes no había sintomatología, ni tenía antecedentes.

Por último, compareció D. [REDACTED]. Se ratificó en su dictamen y a preguntas de la parte actora señaló que no había indicación quirúrgica, y que existían otros medios mucho antes de la biopsia, que es lo más agresivo. Había tenido un proceso igual que había curado con medicación. Se podía haber realizado PAAF, que no tiene complicaciones. Sirve para linfoma, puede haber un falso negativo, pero es muy sensible si hay muestra suficiente. El consentimiento no sirve, la lesión del nervio espinal es un riesgo muy típico. Pregunta sobre las técnicas antes referidas, manifestó que deberían utilizarse en esa intervención, y que la radioscopia es básica, sabes por donde va el bisturí. En cuanto a la forma de producirse la lesión manifestó que todo es posible, pero para que no se produzca fibrosis hay que separar el nervio de forma que no quede afectado por la cicatriz. No se separó o no se detectó, y en su opinión se tocó el nervio con el bisturí pues es una lesión 3-4, el 90 % de una lesión muy grave. No se actuó tampoco con rapidez para detectar el daño y repararlo, el único tratamiento que funciona para este tipo de lesiones es quirúrgico y tiene que ser precoz. En junio podía haber quedado bien, con una pérdida de sensibilidad como mucho. Vio peor al paciente la segunda vez que lo reconoció, pues es un proceso degenerativo. A preguntas de la parte codemandada contestó que la biopsia tiene una fiabilidad del cien por cien, y que con la edad aumenta la posibilidad de tumoración maligna. En este caso la adenopatía apareció en el mismo nivel que en el año 2008, pero se deben hacer todas las pruebas, los escalones correspondientes. El que volviera a darse en ese nivel no es señal de un linfoma. La biopsia se hace cuando está clarísimo, es una exéresis, se quitan los ganglios, cuando normalmente estos no tienen por qué ser un linfoma, normalmente es un proceso reactivo a algo. En cuanto a los antecedentes familiares, no es un dato para hacer la biopsia como primera solución. Respecto a ecoguiada y neuromonitorización, era recomendable. Es una técnica muy utilizada. Una lesión del 90% no es por tocar el nervio, hubo algo, no sabe. Pudo ser el bisturí, el compresor, la pinza.

SEXTO. - Son varias las cuestiones que se plantean en el presente supuesto: si estaba indicada la intervención quirúrgica, si se realizó

correctamente, si se informó debidamente al paciente de las alternativas y riesgos de la intervención, y si hubo un retraso en el diagnóstico de la lesión.

En cuanto a la primera cuestión, solo en el informe pericial aportado por la parte actora se considera que debían realizarse otras pruebas, otros tratamientos, antes de proceder a una biopsia ganglionar, como sería tratamiento antibiótico o antiinflamatorio, o práctica previa de PAAF. Se informa en este sentido que el recurrente ya tuvo una adenopatía en el año 2008 y remitió con tratamiento farmacológico, sin necesidad de otras actuaciones. Ciertamente es así, pero precisamente por volver a presentar una adenopatía en la misma zona y nivel al cabo de unos años, y considerando que no presentaba signos que orientaran a un proceso infeccioso, se decidió la exéresis y biopsia. No puede desconocerse que es el criterio del facultativo el que, ante la clínica de una patología, ha de tomar la decisión que estime adecuada. Realizada la intervención, y conocido que no era un linfoma ni ningún otro tumor maligno, es fácil considerar que podían realizarse otras pruebas. Pues bien, los facultativos que trataron al paciente ya manifestaron que haber prescrito medicación podía demorar un diagnóstico e incluso enmascarar los signos del proceso. También declararon que la PAAF presenta limitaciones cuando se sospecha un linfoma, o cuando puede haberlo. No ha quedado claro con las explicaciones del perito de parte como se detecta un falso negativo, si eso puede suceder habiendo muestra suficiente del tumor. La parte actora aportó un algoritmo de actuación ante una tumoración cervical, realizado por los Dres. [REDACTED] e [REDACTED].

[REDACTED] Médicos adjuntos de Otorrinolaringología del Hospital de la Princesa de Madrid, pero esa guía o criterios son de carácter general, habrá que atender a las circunstancias de cada caso. Tampoco se ha explicado suficientemente por el perito de la parte actora que ocurre si con la punción el resultado es negativo, y hay un error, entendemos que se estaría perdiendo un tiempo esencial para el tratamiento del paciente. Ha de tenerse en cuenta que tampoco es un especialista en oncología. En definitiva, si se acudió a la técnica más radical fue por criterio médico de los facultativos que atendieron al paciente, y de haber existido el linfoma y otro tipo de malignidad no se estaría planteando la parte actora los pasos que se hubieran dado, como hemos dicho. En este sentido, los protocolos son orientativos, pero hay que detenerse en el caso concreto del paciente, y en este ya existió un proceso anterior, la edad era superior a 30 años y podía haber sido un proceso maligno, donde el diagnóstico temprano es fundamental. Se incurre por la parte en lo que el Tribunal Supremo viene denominando *prohibición de regreso*, es decir, valorar la actuación médica una vez conocido el origen y resultado de un proceso patológico. Lo importante, sin embargo, es enjuiciar si la decisión que se adoptó fue la correcta, y en este caso, y por lo ya expuesto, entendemos que sí. Viene a corroborarlo el hecho de que el demandante ha tenido un nuevo proceso de adenopatía, como consta en el dictamen propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS de 28 de junio de 2016, en el que se establece el cuadro clínico residual, y se recoge recidiva ganglionar en estudio. Es decir,

que, ante una situación de un segundo proceso de adenopatía en enero de 2015, después de un primero en 2008 en el que se llegó a derivar a cirugía por no remitir durante tres meses, parece que la correcta praxis médica es obtener un diagnóstico seguro y rápido. Tampoco se prescindió de ninguna prueba previa, salvo la punción, pues se exploró al paciente, se le hizo analítica y ecografía y se esperó un tiempo prudencial antes de remitirlo a cirugía, con un ganglio mayor en ese momento de 2 cm.

La segunda cuestión es si la intervención se realizó correctamente. El cirujano que intervino manifestó que no hubo incidencia alguna, que se separó el nervio espinal, y que la lesión se puede producir no solo por sección del nervio sino por cualquier otra causa, incluso en el proceso de cicatrización. El perito de la parte actora Sr. [REDACTED] no es cirujano, no estuvo en la intervención, como el mismo dijo, y todas sus conclusiones en este sentido son meras hipótesis que se basan únicamente en la magnitud de la lesión. En cuanto a la utilización de técnicas de neuromonitorización o ecografía guiada durante la operación, se explicó hasta la saciedad que no son necesarias cuando, como en este caso, el nervio está identificado y aislado, el nódulo es palpable y se sabe con exactitud donde hay que actuar. Por todo ello ha de concluirse que no consta mala praxis en la ejecución de la intervención.

SÉPTIMO. - Cuestión distinta es el consentimiento informado. Por mucha amplitud que quiera darse al término *dolor*, es evidente que en el mismo no puede entenderse incluida la lesión de un nervio que va a producir, de por vida, una limitación funcional. Obra en el expediente, y se ha aportado con la demanda, el consentimiento informado, y ciertamente no se recoge la posibilidad de esa lesión, siendo como es un riesgo típico de la intervención y así se expresa en el informe de la Inspección Médica. Los cirujanos que realizaron el documento y recabaron el consentimiento declararon que solo se hace constar lo más frecuente, y que se informa verbalmente de otras posibles complicaciones. Pues bien, esta actuación constituye una mala praxis pues el paciente tiene derecho a conocer los riesgos de la intervención a la que se somete, no con un grado de exhaustividad tal que convierta dicho consentimiento en una mera formalidad, pero sí de aquello que es posible que pueda acontecer y de hecho acontece con cierta frecuencia, y en este caso es la lesión del nervio espinal.

El Tribunal Supremo se ha pronunciado en una ya consolidada jurisprudencia sobre la exigencia de un adecuado consentimiento informado, sus requisitos, y consecuencias de su omisión. Así, cuando la intervención está indicada y no se ha infringido la *lex artis*, se ha considerado la omisión del consentimiento informado como un daño moral, al privar al paciente de su derecho a decidir si asumía los riesgos y sus consecuencias. En sentencia de 15 de marzo de 2016 se contempla un supuesto de daño moral por falta de consentimiento informado, y en el que el Tribunal Supremo declara:



<<TERCERO. - Es criterio jurisprudencial constante de esta Sala, como la recurrente misma reconoce, que la determinación del monto de la indemnización en los supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración no es susceptible de revisión en sede casacional, fundamentalmente por tratarse de una cuestión atinente a la valoración de hechos. Dado que lo combatido por la recurrente es únicamente la cuantía de la indemnización, es claro que el único motivo de este recurso de casación no puede ser acogido.

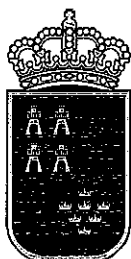
Es importante señalar, para evitar cualquier posible malentendido, que el único daño que la sentencia impugnada estima indemnizable es la falta del preceptivo consentimiento informado, no las consecuencias de los diferentes tratamientos médicos dispensados a la recurrente. Así las cosas, hay que hacer abstracción de la gravedad de la lesión sufrida, que -como queda dicho- no puede ser tomada en consideración a efectos indemnizatorios. Sólo queda, entonces, la falta de consentimiento informado, cuya valoración en 18.000 € no puede tacharse de irrazonable.

Cuestión distinta, en fin, es si no solicitar el preceptivo consentimiento informado constituye un daño moral autónomo, tal como entiende la sentencia impugnada. Pero la recurrente no contesta este aspecto central del razonamiento de la sentencia impugnada, por lo que esta Sala nada tiene que decir ahora a ese propósito>>.

Y en sentencia de 3 de enero de 2012 declara:

<<... debe aplicarse consolidada jurisprudencia, que indica que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002, 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011).

Atendiendo a los criterios de nuestra jurisprudencia sobre la valoración del daño moral y, más que nada, a las singulares circunstancias





del caso de autos, entendemos que aquella indemnización no ha de ser inferior a la suma de doce mil euros (12.000 €)...>>

Y en sentencia de 13 de noviembre de 2012:

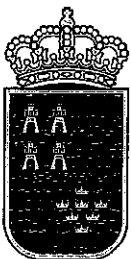
<<CUARTO. - Sobre la falta o ausencia del consentimiento informado, este Tribunal ha tenido ocasión de recordar recientemente que "tal vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencia de 2 octubre 2.012, dictada en el recurso de casación 3.925/2.011, con cita de otras muchas).

Por lo que partiendo de la base de que no existió el preceptivo consentimiento informado del paciente, de acuerdo con lo razonado en el fundamento precedente, la única cuestión pendiente de examinar es si entre la cardioversión eléctrica no consentida y el resultado dañoso producido (isquemia cerebral causante de hemiplejía y afasia) existe una relación de causa a efecto.

Y la prueba practicada confirma esa relación de causalidad. (...)

Procede, por consiguiente, declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Y en lo que atañe a la cuantía de la indemnización que por este único concepto reclama la actora, dentro del inevitable subjetivismo que conlleva la fijación del llamado "pretium doloris" (cfr. sentencias de 6 de julio de 2.010, recurso de casación 592/2.006, y 23 de marzo de 2.011, recurso de casación 2.302/2.009), y teniendo en cuenta que en supuestos de inexistencia o insuficiencia de consentimiento informado hemos venido fijando indemnizaciones que fluctúan entre los 30.000 y los 60.000 euros (sentencia de 18 de julio de 2.012, recurso de casación 2.187/2.010), este Tribunal considera que dado el tiempo transcurrido desde la fecha de los hechos está justificada y es proporcionada la cantidad máxima de 60.000 euros, actualizada ya a la fecha de esta sentencia>>.

OCTAVO. - Hemos explicado en los anteriores fundamentos de derecho que no se ha acreditado una mala praxis, ni en la indicación de la intervención ni en su realización. Hemos considerado también que es





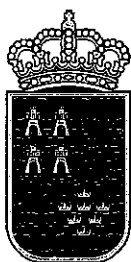
indemnizable, como daño autónomo, pero vinculado a los sufridos como consecuencia del proceso asistencial, la falta de consentimiento informado.

Todo lo anterior es independiente del proceso posterior, es decir, que una vez causada la lesión -no atribuible a mala praxis-, la atención posterior resultaba decisiva en las limitaciones funcionales o secuelas del paciente. La parte actora no ha acreditado como podía haber quedado el paciente de haber sido atendido con prontitud, una vez que comenzó a referir síntomas que podían orientar sobre la existencia de lesión, pues el perito se limitó a manifestar que como mucho hubiera quedado una pérdida de sensibilidad. Ocurre, sin embargo, que tampoco la parte demandada -que reconoce expresamente el retraso- ha justificado que no se hubieran causado limitaciones tan importantes como las que presenta el demandante. Así, hace referencia el informe de la Inspección Médica al de rehabilitación, cuando el paciente fue dado de alta, pero obvia la importante lesión que se recoge en la propia resolución del INSS a que hemos hecho referencia y que reconoció al interesado la situación de incapacidad permanente total para la profesión habitual. Nos encontramos, como refiere la propia parte actora, ante una pérdida de oportunidad de haber logrado una mayor curación con un tratamiento precoz.

El Tribunal Supremo ha reiterado que, tratándose de pérdida de oportunidad, lo que se indemniza es la privación de expectativas. Así, en la sentencia de 28 de diciembre de 2012 señala:

<<Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de "pérdida de oportunidad" - sentencias de veintitrés de septiembre de dos mil diez, siete de septiembre de dos mil cinco, veintiséis de junio de dos mil ocho y veinticinco de junio de dos mil diez, recaídas respectivamente en los recursos de casación 863/2008, 1304/2001, 4429/2004 y 5927/2007 - 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, no 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>>.

Y en sentencia de 22 de mayo de 2012, se refiere expresamente a la incertidumbre sobre el resultado que hubiera tenido una correcta actuación médica. Así, argumenta:



<<SÉPTIMO. - Con esos elementos de juicio, no alcanzamos nosotros tampoco una razonable certeza de que la actuación médica que hubiera debido prestarse y no se prestó a partir de algún momento de la asistencia recibida por el enfermo entre los días 6 de marzo y 24 de abril habría evitado el resultado lesivo finalmente instaurado.

Hay en ellos, primero, un componente de indefinición del momento en que la actuación omitida fuera debida. Hay, además y en todo caso, discrepancia sobre la posibilidad real de haber evitado ese resultado. Y esa posibilidad sólo es afirmada en realidad en el informe pericial que acompañó el actor con su demanda, haciéndolo, o así nos parece como profanos en la ciencia médica, sin una explicación clara.

En consecuencia, la conclusión de la Sala de instancia, situando el litigio en el marco de la denominada pérdida de oportunidad y decidiéndolo desde los criterios propios de ésta, no puede tacharse de desacertada o incorrecta.

OCTAVO.- En la reciente sentencia de fecha 19 de octubre de 2011, dictada en el recurso de casación núm. 5893/2006, hemos afirmado que la llamada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuyente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo.>>

La parte actora fija una indemnización a tanto alzado de 250.000 € en atención a determinados factores, como son la entidad de las limitaciones que han quedado al paciente, su edad, el dolor crónico que padece y que afecta a su vida diaria, la afectación a su estado anímico, y su edad, pues es una persona joven que ha quedado impedido para el ejercicio de su profesión.

Ciertamente, y como reiteradamente se ha venido declarando por el Tribunal Supremo, el baremo establecido para las lesiones en accidentes de circulación tiene en esta jurisdicción un carácter meramente orientativo. Por ello, y puesto que solo hemos considerado uno de los motivos del recurso en relación con las lesiones, es decir, el retraso en el tratamiento como pérdida de oportunidad, y como concepto autónomo la falta de consentimiento informado, se considera procedente fijar una indemnización por ambos conceptos de 60.000 €, muy superior desde luego a la que resultaría de aplicar el citado baremo. Así, en el informe del Dr. ██████████ sobre valoración de daños, se considera como fecha de estabilización lesional el día 24 de junio de 2016, en la que pasó el demandante reconocimiento médico en el INSS, con un total de 425 días impeditivos. En cuanto a las secuelas



considera 18 puntos por la neuropatía crónica, 5 puntos por trastorno psiquiátrico y 10 por perjuicio estético, además de una incapacidad permanente total. De los días improductivos no descuenta el perito los que precisaba el demandante para recuperarse de la intervención, pues fue alta en cirugía el día 26 de mayo de 2015 por el propio proceso del que fue tratado. Así, serían 392 días, y aplicando el baremo correspondiente al año 2015, (es el del año 2014, pues fue prorrogado, Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones de 5 de marzo de 2014), la cantidad resultante por dicho concepto sería de 22.896,72 €, por las secuelas de 55.737,99 € y por la incapacidad permanente total para la profesión habitual de 38.345,06 € (media entre máximo y mínimo previsto). Sumado todo ello, y dividido por cuatro, pues estamos indemnizando la pérdida de oportunidad, la cantidad resultante no llegaría a 30.000 €, a la que se añadiría el daño moral, por falta de consentimiento informado, que en todo caso no sería de 30.000 €, pues ya hemos visto las distintas cantidades que se han venido reconociendo por el Tribunal Supremo.

En consecuencia, se considera ponderado y proporcionado el importe señalado de 60.000 €.

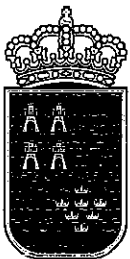
NOVENO. - Por lo expuesto, procede estimar en parte el recurso, sin que haya lugar a una especial imposición de costas (artículo 139.1 de la Ley Jurisdiccional).

En atención a todo lo expuesto, **Y POR LA AUTORIDAD QUE NOS CONFIERE LA CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ESPAÑOLA,**

F A L L A M O S

Estimar en parte el recurso contencioso administrativo interpuesto por D. [REDACTED] contra la Orden de la Consejería de Salud de 6 de febrero de 2018, y, en consecuencia, anulamos dicho acto por no ser conforme a derecho, reconociendo el derecho del demandante a ser indemnizado con el importe total de 60.000 €, con el interés legal correspondiente desde la fecha de la reclamación; sin costas.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de conformidad con lo previsto en el artículo 86.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, siempre y cuando el asunto presente interés casacional según lo dispuesto en el artículo 88 de la citada ley. El mencionado recurso de casación se preparará ante esta Sala en el plazo de los 30 días siguientes a la notificación de esta sentencia y en la forma señalada en el artículo 89.2 de la LJCA.





En el caso previsto en el artículo 86.3 podrá interponerse recurso de casación ante la Sección correspondiente de esta Sala.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se llevará certificación a los autos principales, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

