



NOTIFICADO
31 MAYO 2019
LEXNET

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

SENTENCIA: 00269/2019

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 0000094
Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000050 /2018 /
Sobre: RESPONS. PATRIMONIAL DE LA ADMON.
De D./ña [REDACTED]
ABOGADO IGNACIO MARTINEZ GARCIA, IGNACIO MARTINEZ GARCIA
PROCURADOR D./Dª. [REDACTED]
Contra D./Dª. SERVICIO MURCIANO DE SALUD
ABOGADO LETRADO DE LA COMUNIDAD

**RECURSO núm. 50/2018
SENTENCIA núm. 269/2019**

**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° 269/19

En Murcia, a treinta de mayo de dos mil diecinueve.

En el recurso contencioso administrativo nº 50/2018 tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 200.000 €, y referido a responsabilidad patrimonial.

Parte demandante: Dña. [REDACTED] que actúa en su propio nombre y derecho y en representación de su hija menor Dña. [REDACTED] representada por el Procurador D. [REDACTED] y dirigida por el Letrado D. Ignacio Martínez García.



Firmado por: MA CONSUELO URIS
LLORET
30/05/2019 11:28
Minerva

Firmado por: GEMA QUINTANILLA
NAVARRO
30/05/2019 15:10
Minerva

Firmado por: ESPERANZA SANCHEZ DE
LA VEGA
31/05/2019 09:25
Minerva

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

Acto administrativo impugnado: Resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Sanidad, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los recurrentes 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 mis mandantes a ser indemnizádas con un principal de 200.000 €, cantidad que habrá de ser actualizada conforme al I.P.C. acumulado desde la fecha de producción del daño, el 9.10.15, 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 **Itma. 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 26 de enero 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. - La parte demandada se opuso al recurso e interesó 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 17 de mayo de 2019, quedando las actuaciones conclusas y pendientes de sentencia.

II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO. - En fecha 12 de septiembre de 2016 el Letrado Sr Martínez García, en representación de Dña. [REDACTED] y de su hija menor [REDACTED] formuló reclamación por



responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, por el fallecimiento de D. ██████████, esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes. Alegaban que el Sr. ██████████ de 49 años y con antecedentes de enfermedad de Crohn, acudió a urgencias del Hospital General Universitario Morales Meseguer el día 29 de septiembre de 2015, por un cuadro de dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea de 4 días de evolución. Ante estos síntomas se le diagnosticó una recidiva de dicha enfermedad y quedó ingresado a cargo del servicio de digestivo. El paciente había sufrido previamente, en marzo del mismo año, un shock séptico con fallo multiorgánico de probable origen abdominal. Añadía el reclamante que desde el ingreso del paciente y hasta el día 6 de octubre, tuvo diversos episodios de dolor abdominal, vómitos, diarrea, fiebre e inquietud, realizando el día 3 de octubre un vómito "en escopetazo con contenido alimentario maloliente". El día 5 de octubre, y ante la mala evolución del paciente, la Dra. ██████████ solicitó TAC, pero hasta dos días más tarde, el 7 de octubre, no se le realizó ecografía abdominal en la que se apreció "hidroneumoperitoneo secundario a perforación del ciego", siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia, y pasando posteriormente a UCI. El estado del paciente era muy grave y falleció el día 9 de octubre.

Consideraban las reclamantes que el fallecimiento había sido consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria, pues ante la tórpida evolución del paciente no se le realizó prueba alguna diagnóstica, ni siquiera cuando los síntomas se agravaron. No se tuvo en cuenta, además, que el paciente ya había sufrido un cuadro de shock séptico de origen abdominal hacía unos meses, y que padecía enfermedad de Crohn, por lo que se medicaba habitualmente con corticoides que, además de ser inmunodepresores, pudieron enmascarar los síntomas. Entendían que con una ecografía como medio de diagnóstico precoz se hubiera detectado la peritonitis, y, por tanto, el fallecimiento. Y que la propia facultativa que lo atendía ordenó el día 5 de octubre un TAC, pero no se le hizo hasta dos días después, lo que supuso un retraso que resultó fatal.

Entendiendo que concurrían todos los presupuestos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, reclamaban una indemnización por importe de 400.000 €.

SEGUNDO. - Contra la desestimación presunta de la reclamación interponen el presente recurso contencioso-administrativo. En la demanda se reitera lo expuesto en vía administrativa, y tras exponer todos los antecedentes relativos al proceso asistencial del paciente, añaden las demandantes que hubo una incorrecta praxis médica, pues era inexcusable, atendida la clínica del paciente, sus antecedentes y su patología de base, sospechar una complicación abdominal, que en su forma más grave sería una perforación, lo que exigía la práctica de pruebas de imagen sencillas y disponibles que, inexplicablemente, fueron postergadas varios días. Se remite la parte al informe pericial que se aporta con la demanda, emitido por





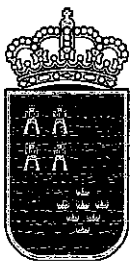
el Dr. D. [REDACTED] y en el que concluye que debió realizarse una Eco o un TAC abdominal entre los días 3 y 5 de octubre. Y que la no realización de ninguna prueba radiológica al paciente durante su ingreso favoreció la evolución postquirúrgica desfavorable hasta su fallecimiento.

En cuanto a la indemnización, el importe reclamado se reduce en vía jurisdiccional, interesando la cantidad de 130.000 € para la viuda del paciente y de 70.000 para su hija menor, en atención a determinados factores y circunstancias.

El Letrado de la Comunidad Autónoma se opone al recurso, alegando, en síntesis, que no existió mala praxis en la asistencia prestada al paciente. Se refiere a ésta señalando que el Sr. [REDACTED] acudió al Hospital por dolor abdominal con náuseas, vómitos (provocados de 3-4 diarios) y diarrea. En Urgencias, tras los exámenes y pruebas pertinentes, se descartó que sufriera peritonitis. El ingreso se justificó por la presencia de alteraciones analíticas y la clínica y antecedentes del paciente. El diagnóstico de sospecha del ingreso hospitalario fue una posible recidiva de enfermedad de Crohn ileocolica e insuficiencia renal aguda de probable etiología prerenal y secundaria a los vómitos y diarrea. Entiende la parte demandada que las pruebas de imagen que propone la demanda y el informe pericial que la sustenta carecen de sentido, pues por un lado la enfermedad de Crohn es una enfermedad intestinal inflamatoria entre cuyos síntomas típicos se encuentra el dolor abdominal, amén de otros como diarrea, fiebre, fatiga, enfermedad perianal. En el caso del Sr. [REDACTED] el dolor abdominal estaba filiado por el diagnóstico previo de la referida enfermedad, por lo que no era precisa ninguna prueba de imagen para confirmar este diagnóstico cuando ingresó en el Hospital ni durante su estancia porque ya se sabía que la padecía.

Y si la finalidad de las pruebas de imagen era diagnosticar una peritonitis secundaria a una posible perforación de colón, tampoco tiene mucho sentido la denuncia de su omisión. La sospecha de peritonitis es, en primer lugar, clínica, por los síntomas que manifiesta el paciente y el resultado de la exploración posterior. Ante esta sospecha se realizarán el resto de las pruebas, de imagen, analíticas y las que procedan. Se analiza en la contestación la evolución del Sr. [REDACTED], y se concluye que no presentó durante su ingreso ningún signo clínico específico que pudiera hacer sospechar de una peritonitis secundaria a una perforación intestinal, Y, en cuanto a que podía haberse evitado la peritonitis, nadie sabe cuándo se produjo la perforación, pues no aparecieron síntomas de la misma. Y, de no existir la perforación, las pruebas de nada hubieran servido, pues no podía diagnosticarse. Se remite la parte al informe de la Inspección Médica, y concluye que la actuación fue ajustada a lex artis y el daño no es antijurídico.

Discrepa, por último, de la valoración del daño.



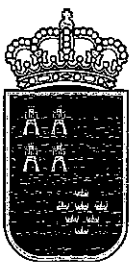


TERCERO. - La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 32 de la Ley 40/2015), como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquella a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera 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.

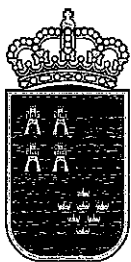
Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que, entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, 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".

CUARTO. - En el procedimiento incoado por la reclamación del demandante se emitieron varios informes médicos. Así, obra el del Dr. 'D. [REDACTED] Jefe de Sección de Aparato Digestivo del Hospital Morales Meseguer. En el mismo indica:

"Paciente de 49 años con factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM y obesidad mórbida) diagnosticado de Enf Crohn hace 17 años en control por nuestras CCEE de la Unidad de EII. En marzo del 2015 tuvo un shock séptico tras tratamiento biológico (adalimumab) y es intolerante a





Azatioprina. Estaba en revisión con una colonoscopia reciente (sin actividad inflamatoria la última de Julio de 2015) y sin tratamiento, de acuerdo con el paciente dados sus antecedentes de exposición a fármacos de esta área.

Ingresó en n/s por brote y se manejó como protocolo con corticoides intravenosos a dosis plenas, estaba estable con buen estado general y no objetivaron datos biológicos ni exploratorios de complicaciones asociadas al inicio de su estancia. Tras una febrícula y solicitado un TAC para descartar complicaciones, se objetivan (perforación abdominal), por lo que se contacta inmediatamente con el cirujano para intervención.

La perforación intestinal es una enfermedad conocida de enfermedad de Crohn en su evolución, pudiendo aparecer con o sin tratamiento para la enfermedad. Tiene un pronóstico muy malo por la enfermedad de base y en caso como el presente con comorbilidades asociadas, el riesgo es lógicamente mayor asociado a su clasificación ASA.

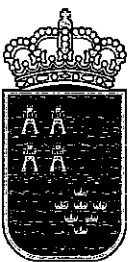
La actuación en el seguimiento de su enfermedad y durante los ingresos, ha sido la apropiada según protocolo, y las complicaciones de la enfermedad no se pueden prevenir en estos casos de perforación. Por tanto, no ha habido demora en diagnóstico de una situación no previsible y el manejo fue el adecuado realizándose todas las actuaciones tal y como están reflejadas en "selene" en los momentos evolutivos que las requirieron".

Se emitió también informe por la Inspección Médica, en el que se hace un Juicio Crítico sobre la enfermedad de Crohn, y respecto del caso concreto del paciente, se hace constar:

"Al valorar la atención prestada durante el ingreso en el S. de Digestivo a D. [REDACTED], se trata de un paciente con enfermedad de Crohn conocida desde hacía muchos años, ingresado por clínica compatible con brote y con estado general conservado. Los brotes en la enfermedad de Crohn se acompañan de dolor abdominal, náuseas vómitos y diarreas que era lo que presentaba el paciente. La perforación colónica que presentó es una complicación poco frecuente de la enfermedad y no es evitable. Lo ideal es diagnosticarla cuanto antes mejor ya que el pronóstico de la misma, se ensombrece cuando el diagnóstico es tardío. La perforación de colon ocasiona una alta morbilidad y mortalidad.

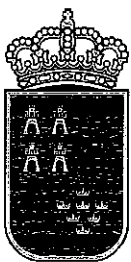
La perforación complicada con peritonitis exige una rápida preparación del paciente y laparotomía. En diversos estudios se llama la atención sobre la tendencia que tienen los pacientes afectados de enfermedad de Crohn perforante (definida como presencia de fistulas, abscesos o perforación intestinal libre) de volver a padecer una complicación del mismo tipo.

Otro estudio, sin embargo, no parece confirmar este hallazgo (...)





Desde el ingreso del paciente el día 1 hasta el día 3 de octubre, no hay nada reseñable. El día 3 el paciente presenta un vómito en escopetazo lo que no es indicativo de perforación, más bien orienta a cuadro pseudooclusivo. Ese mismo día el paciente se encuentra sudoroso y con una tensión arterial baja; el paciente seguía con pérdidas importantes (unas 7 deposiciones al día) y llevaba varios días con diarreas lo que explica la clínica presentada. En la exploración que realiza el facultativo se recoge que no hay signos de irritación peritoneal. Con sueroterapia le subió la tensión arterial y con nolotil mejoró del dolor. También se recoge que el paciente cenó esa noche lo que es poco compatible con un cuadro de abdomen agudo. El paciente no presentaba síntomas que orientaran a una perforación y si se hubiera hecho una prueba radiológica ese día, con mucha probabilidad no hubiera encontrado ninguna perforación, y desde luego lo que no se puede asegurar es que estuviera. Posteriormente a este hecho se anota las constantes como estables y la tensión arterial mantenida en los días siguientes. Al día siguiente, día 4, el paciente está afebril, se asea, pasa bien la tarde y cena "regular". El día 5 la médico que le atiende, anota que el paciente está afebril y con constantes estables pero sin mejoría del cuadro, con mantenimiento del dolor y todavía con 4-5 deposiciones y solicita un TAC abdominal de manera programada. No hay tampoco en este momento ningún dato de urgencia. En la noche del 5 al 6 el paciente presenta fiebre, se le saca sangre para hemocultivo, la valoración del facultativo de ese día 6 fue "Ayer fiebre (se sacaron HCX2) no termina de mejorar con corticoides orales (mantiene deposiciones nocturnas y dolor) pendiente de TAC, paso a corticoides IV". Las anotaciones de enfermería de ese día 6 recogen fiebre o febrícula que cede con nolotil. A juicio de esta inspectora, aunque la fiebre puede considerarse un síntoma de alarma, no es menos cierto que es un síntoma que se presenta de manera variable en la enfermedad de Crohn, por lo que el no adelantar la prueba radiológica solicitada, entra dentro del normal proceder independientemente del resultado final. El conocer el devenir del paciente puede condicionar el juicio sobre la actitud adoptada, pero no podemos olvidar que lo que se evalúa es si la actuación de unos profesionales con unos datos concretos y en un momento concreto, fue razonable o no. La noche del 6 al 7 el paciente está inquieto y descansa poco, pero se sigue reflejando la estabilidad de las constantes y que pasa la mañana bien. Al hacerle el TAC es cuando se diagnostica la perforación colónica que obliga a la cirugía de urgencia. La existencia de un intervalo temporal entre la perforación y su tratamiento quirúrgico no es algo infrecuente, ya que tal y como ha quedado expuesto en las consideraciones clínicas, el tiempo medio de evolución de los síntomas de perforaciones colónicas por diversas causas se sitúa entre 87 ± 99 h. Por lo anterior parece que el empeoramiento del paciente durante el día 6 coincidiría con la perforación, sin poder asegurar el momento de la misma. Al paciente se le intervino de manera urgente la tarde del día 7 con la técnica adecuada, desafortunadamente el paciente no pudo superar el shock séptico refractario



al tratamiento instaurado que fue el correcto con drogas vasoactivas, esteroides intravenosos, antibióticos y demás medidas de soporte”.

Se concluye en el informe que la actuación de los profesionales que asistieron al paciente fue acorde al normal proceder.

QUINTO. - Con la demanda se aportó dictamen emitido por el Dr. [REDACTED], quien hace un resumen de la historia clínica, describe la patología que padecía el Sr. [REDACTED], el proceso médico y asistencial que dio origen a la reclamación, y realiza las siguientes Consideraciones Médico Legales:

“Aproximadamente el 50% de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) necesitarán de un tratamiento quirúrgico en algún momento de su evolución. La resección ileocecal (RIC) es una de las operaciones más frecuentes en pacientes con EC.

La EC es una enfermedad inflamatoria intestinal que puede tener manifestaciones a lo largo de todo el tracto digestivo. El intestino delgado y el colon son los órganos que se comprometen con mayor frecuencia. El tratamiento de la enfermedad localizada en el intestino delgado y colon es en una primera etapa médico, mediante antiinflamatorios específicos (5 ASA), corticoides e inmunomoduladores, con porcentajes de remisión variables a largo plazo. Sin embargo, en más de un 50% de los casos se requerirá de tratamiento quirúrgico a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Este paciente precisó todo tipo de tratamientos médicos para su enfermedad: corticoides, mesalazina, y anticuerpos anti-TNF-alfa (infliximab y adedilumab).

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes surgen como una consecuencia de la falta de respuesta al tratamiento médico favoreciendo la aparición de complicaciones como son obstrucción intestinal secundaria a estenosis intestinal, fistulas intestinales, abscesos y fistulas perineales, hemorragia digestiva, fracaso del tratamiento médico en el control de los síntomas, estenosis segmentarias, y más raramente la perforación.

La peritonitis por enfermedad de Crohn perforada es una complicación rara de dicha enfermedad. En la forma perforada se encuadran los pacientes que presentan fistulas y abscesos, siendo la perforación intestinal libre a peritoneo una presentación inusual de la forma perforada de la enfermedad de Crohn (sucede en torno al 1,5%-2% de los enfermos). La perforación intestinal libre puede ser la forma de inicio o darse en pacientes con una historia previa de la enfermedad. Existe la tendencia que tienen los pacientes afectados de enfermedad de Crohn perforada (definida como presencia de fistulas, abscesos o perforación intestinal libre) de volver a padecer una complicación del mismo tipo.



Este paciente ya había presentado un ingreso en abril de 2015 con un shock séptico. En dicho ingreso no se llegó a saber con exactitud la causa, probablemente de origen abdominal, Sabiendo este dato, durante el ingreso en octubre de 2015 había que haber estado más diligentes en sospechar la causa abdominal.

Más aún, un paciente con ese antecedente en su enfermedad de Crohn, obeso, diabético y con enfermedad arterial periférica, era muy probable que presentara otra complicación abdominal.

Y la más grave es la perforación.

Es un paciente que presenta todas las patologías que conducen a desarrollar una complicación abdominal. Dentro de estas, siempre hay que pensar en la perforación intestinal con peritonitis como la más grave.

Como el paciente presenta una obesidad mórbida, las exploraciones abdominales no van a servir como indicador real de lo que pasa en el abdomen, por lo que es preceptivo en estos casos, guiarse más por imágenes radiológicas.

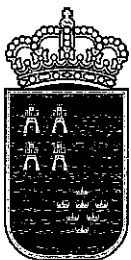
Dentro de los procedimientos de diagnóstico por imagen, en los pacientes obesos la TAC (tomografía axial computerizada) es el de elección porque da mucha información y es más sensible que la Ecografía abdominal.

En la historia clínica de este paciente figuran las exploraciones clínicas abdominales al ingreso (29-9-15), y del día 3 de octubre.

No figura en la historia clínica ninguna prueba radiológica hasta el día 7 de octubre. Este dato ha sido determinante para el retraso diagnóstico de perforación libre con peritonitis y del fallecimiento posterior del paciente.

Una radiografía simple de abdomen es esencial en la valoración inicial del paciente con sospecha de EC complicada. La radiografía de abdomen ayuda a descartar complicaciones agudas de la EC como perforación intestinal. En este caso no figura que se realizara ninguna Rx simple de abdomen ni Rx de tórax.

El abordaje inicial del dolor abdominal suele realizarse con modalidades diagnósticas como el ultrasonido, que permite evaluar el engrosamiento de la pared (> 3 mm), la presencia de estenosis, la formación de fístulas, la alteración de la grasa mesentérica y el aumento del tamaño de los ganglios mesentéricos. A su vez, la valoración con Doppler identifica áreas de hiperemia y las diferencia de zonas fibróticas con estenosis. El ultrasonido tiene una sensibilidad del 78,8 % y una especificidad del 91,7 %, con una utilidad principalmente en la etapa inflamatoria donde identificó los



cambios en la pared con una sensibilidad del 83,3 % y una especificidad del 91,9 %.

La ecografía abdominal y la radiografía simple deben considerarse para todos los pacientes con EC que estén siendo evaluados para dolor abdominal agudo. La TAC también debe considerarse para los pacientes con sospecha de perforación y estudios de primera línea negativos o inconclusos. La TAC es de utilidad para determinar el área de inflamación, descartar diagnósticos diferenciales (p. ej. apendicitis o diverticulitis) y verificar si existen fistulas, masas, zonas de estenosis o perforación.

Las técnicas de imagen como la ecografía abdominal y las técnicas de imagen de cortes transversales (RNM, TAC) permiten la evaluación de la actividad de la enfermedad y las complicaciones (inflamatorias, estenosantes o fistulizantes) en la EC. Son importantes en la monitorización del progreso y la optimización del tratamiento. Con un nivel de evidencia: 1.

El valor del US para la detección de abscesos tiene una sensibilidad desde el 81 hasta el 100 % y una especificidad desde el 92 hasta el 94 %. Una comparación de US y TAC, utilizando un estándar de referencia quirúrgico, mostró que los abscesos eran correctamente detectados en proporciones similares, US 91 % y TAC 86 %, Sin embargo, la precisión global fue más alta para la TAC (92 %) que para el US (875).

En este paciente no se realizó ninguna prueba de imagen hasta el día 7 de octubre, ni siquiera el día 3, cuando se produjo un empeoramiento clínico y tuvo que ser valorado por el médico de guardia.

En relación al tratamiento normalmente suele ser una resección intestinal segmentaria con anastomosis primaria. La resección del asa afectada englobando el ciego y el fragmento de ileon terminal afectado con anastomosis ileocólica término-terminal es el tratamiento más apropiado de la enfermedad que se presenta como perforación de íleon terminal o de ciego.

A descripción de la intervención quirúrgica con más de 2 litros de material fecaloideo pone de manifiesto, sin ningún género de dudas, que el paciente llevaba en esa situación más de 24 horas. Probablemente comenzó la perforación 4 días antes de su diagnóstico, el día 3 de octubre.

El retardo en el tratamiento de una peritonitis fecaloidea más allá de las 6 horas de su comienzo, empeora mucho su pronóstico. Y en este paciente estamos hablando, probablemente de casi 4 días, 24 horas con seguridad.

La cirugía es empleada como arma terapéutica en muchos casos y es importante en el manejo de la EC. Aproximadamente, el 80 % de los pacientes serán sometidos a resección intestinal dentro de los 20 años



siguientes al diagnóstico. En relación con la urgencia, las indicaciones para cirugía pueden ser obvias, como en casos de perforación intestinal y abscesos abdominales múltiples.

Los corticoides preoperatorios incrementan las complicaciones en operaciones abdominales para la EC. Las tasas de complicaciones son proporcionales a la dosificación de los medicamentos. En situaciones electivas, los corticoides deben retirarse al menos 6 semanas antes, cuando sea posible, para reducir complicaciones postoperatorias.

A pesar del desarrollo de la técnica quirúrgica, de la terapia antibiótica y de la terapia intensiva postoperatoria, la peritonitis secundaria grave por perforación colónica sigue siendo potencialmente mortal. Las tasas de mortalidad por infección intrabdominal debida a perforación colónica muestran en la literatura una variabilidad considerable pudiendo alcanzar hasta el 35 % de los pacientes. En un alto porcentaje la muerte se relacionó con un grado avanzado de peritonitis y progresión del shock séptico. La mortalidad más elevada corresponde a los pacientes con isquemia colónica, siendo significativamente mayor que en los otros grupos.

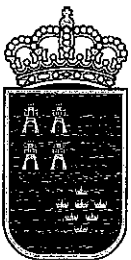
En este paciente el no sospechar que existía una complicación abdominal con alta mortalidad y que precisaría un tratamiento quirúrgico condujo a la no realización de pruebas radiológicas que hubieran posibilitado un diagnóstico precoz de dicha complicación y un resultado del tratamiento quirúrgico diferente al éxitus que presentó”.

Emite el perito varias conclusiones, y en su conclusión final señala:

“Debió realizarse obligatoriamente una Eco o un TAC abdominal entre los días 3 y 5 de octubre. La no realización de ninguna prueba radiológica en este paciente tipo Ecografía abdominal y TAC durante su ingreso han favorecido la evolución postquirúrgica en shock séptico hasta su fallecimiento”.

A la vista de este informe, se solicitó por el Letrado de la Comunidad Autónoma, informe a los internistas que asistieron al paciente, formulándoles determinadas preguntas. Por el Dr. [REDACTED] se emitió haciendo unas primeras consideraciones en relación con el tratamiento del paciente, y contestando en los siguientes términos:

“1. El paciente si fue sometido a las exploraciones clínicas abdominales necesarias y pertinentes y al control de constantes por enfermería durante su ingreso (...) siendo explorado además por el facultativo de guardia cuando fue preciso. La exploración clínica es lo más importante para el diagnóstico de una perforación de víscera abdominal. Se hizo, pero en este caso concreto de enfermedad de Crohn con fistulas y obesidad mórbida está notablemente dificultada porque puede presentarse





en varias etapas (las vísceras cubren la perforación, hay fibrosis, las fistulas pueden complicarse, suele haber abscesos, mas al estar inmunodeprimido por el tratamiento de su enfermedad etc, etc).

2. Se realizó una ecografía abdominal y TAC cuando fue preciso durante su ingreso (al margen de exploraciones previas ambulatorias). En concreto, en el punto 3.b se refleja una actitud de sospecha a pesar de no haber signos evidentes de perforación, por parte de la Dra Bebia que se refleja en la frase: Solicito TAC abdominal (...) para descartar complicaciones.

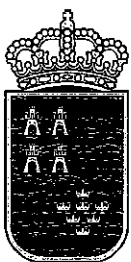
Hay que tener en cuenta además que pruebas diagnósticas como TAC en general no se deben sobreindicar porque la radiación acumulada que inducen en estos pacientes (y más en especial en el caso que nos ocupa, joven, con presumibles años por delante para precisar técnicas radiológicas...), por ello, hay que hacerlas cuando están indicadas y suponen un beneficio para el paciente, porque no son inocuas.

3. Si se realizó "a tiempo" una ecografía y TAC y además estas son pruebas diagnósticas, pero lo más importante para el manejo del paciente es la exploración física con signos de peritonitis etc. No siempre un neumoperitoneo se opera y más en estos pacientes que tienen una alta incidencia de complicación quirúrgica por la enfermedad de base (Crohn, que hacen dehiscencias de anastomosis, nuevas fistulas, abscesos, etc.) y en concreto con nuestro caso al que se añade la obesidad. En cuanto al shock séptico está claro que no se evita con un TAC, pero tampoco con la cirugía, y más en el caso que nos ocupa en el que ya ha habido un shock séptico pareciendo recientemente de origen abdominal (...).

En cuanto a la conclusión final, en la que se dice que "debió realizarse una eco o un TAC abdominal entre los días 3 y 5 de Octubre, esta afirmación no está basada en la evidencia científica actual relativa a la cronología de los acontecimientos clínicos, ya que en absoluto va primero la imagen frente a la exploración clínica del facultativo, de hecho, se hizo con cierta antelación la exploración radiológica por un cierto grado de "sospecha" sobre todo para "descartar" la complicación, dado que no estamos ante una ciencia exacta y hay muchos matices como los referidos a la evolución agresiva de su enfermedad de base (estenosis-fistulas de tubo digestivo)".

Por último, se contesta a determinadas cuestiones:

"1. Vómito en escopetazo, contenido alimentario maloliente. Escopetazo se refiere a la inmediatez después de náuseas, arcada, etc. y el que sea maloliente es un hallazgo inespecífico (y más en un paciente que tiene fistulas, estenosis etc. que condicionan un cambio de la flora microbiana emisora de gases). En absoluto hay que hacer una prueba de imagen tras él, sino lo que se hizo, exploración y valoración por facultativo.



2. Petición de TAC del 5 de octubre no urgente. No existía como consta en la evolución clínica prioridad urgente (...).

3. ¿Síntoma que hiciera sospechar una perforación? En un paciente con enfermedad de Crohn con fistulas que pueden comunicar asas de intestino entre sí, o con peritoneo (incluso piel etc.) se produce una fibrosis "como una malla de protección" alrededor del tubo digestivo y en un momento puede perforarse, pero ser contenida dicha perforación por estas circunstancias anatómicas. Por tanto, es imposible saber cuándo se produce una perforación en este caso y ello tampoco es excesivamente relevante porque la cirugía de estos pacientes con tanta comorbilidad, obesidad e inmunosupresión, suele dar resultados de alta morbimortalidad tanto si se hace "demasiado pronto" como también "demasiado tarde" desde luego (que no es el caso). "¿De haber realizado el TAC (II) ... habrían podido diagnosticar la perforación de ciego evitando la peritonitis? Cuando hay una perforación de ciego por definición ya hay peritonitis, por tanto, la primera no evita la segunda ya que consustancialmente entran en el mismo concepto ambas. Y el TAC puede confirmar una perforación, pero es una técnica sólo diagnóstica no terapéutica. Es, por tanto, el manejo de los datos clínicos y técnicas de laboratorio (análisis...) y de imagen (TAC...) lo que guía las decisiones en el manejo del facultativo.

Como resumen final

Estamos ante un desenlace fatal espontáneo lamentable de un paciente relativamente joven con una enfermedad crónica incurable grave de evolución tórpida en la que su gran comorbilidad (enfermedades graves asociadas), y tratamiento inmunosupresor, han hecho imposible a pesar de un manejo clínico correcto (tanto en las decisiones como en los tiempos), su curación; presentando como etapa final una complicación grave de su enfermedad que no pudo tratarse satisfactoriamente aun con los métodos más intervencionistas (cirugía) adecuados a su estado clínico".

SEXTO. - En período de prueba en el proceso compareció la Dra. [REDACTED], quien a preguntas de la parte actora manifestó que era especialista en aparato digestivo, aunque no cirujana. Trató al paciente. Intentó descartar que hubiera posibles complicaciones como abscesos. La clínica en ningún momento era de perforación. No consta exploración el día 5 de octubre, pero no quiere decir que no se hiciera. Añadió que la clínica manda antes que cualquier exploración radiológica. El paciente deambulaba, lo que no era posible de haber peritonitis, además comía. Un absceso no requiere una intervención urgente. La obesidad mórbida hace difícil la exploración, pero la peritonitis es un diagnóstico clínico. La perforación de colon es una complicación de la enfermedad de Crohn. Si hay una perforación clara la prueba de imagen lo muestra, pero en ningún momento



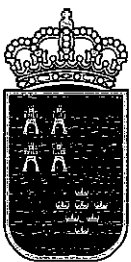
se sospechó. No sabe cuánto tiempo transcurrió desde la perforación hasta la intervención. En este caso hubo una disociación clínica-radiológica.

A preguntas de la parte demandada contestó que, sobre la anotación del día 5 de octubre, conocía los antecedentes del paciente, hasta ese momento no había presentado ningún síntoma de perforación intestinal. En cuanto al tiempo de evolución, manifestó que depende de muchas circunstancias, no se sabe en cuanto tiempo se produce la perforación. En ningún momento hubo signos de peritonitis. La diarrea en un paciente de Crohn no es indicativa de nada, es un síntoma propio de esta enfermedad. Preguntada de nuevo sobre la obesidad mórbida manifestó que un abdomen en tabla es igual en un paciente así. Contestó también que les sorprendió la perforación intestinal y se avisó de inmediato al cirujano de guardia.

Compareció igualmente la Dra. Dña. [REDACTED] quien vio al paciente el día 3 de octubre, de madrugada. A preguntas de la parte demandada contestó que estaba de guardia en medicina interna, es neumóloga. Conocía los antecedentes del paciente. Le llamaron por el malestar general, y por la hipotensión. La historia clínica recoge que tuvo varios vómitos y multitud de deposiciones. El vómito en escopetazo, a nivel abdominal, hace pensar más bien en una obstrucción intestinal. Puede ser sugestivo de meningitis. Hizo una exploración general y otra en el abdomen, el dolor era generalizado pero abdominal. No había signos de irritación peritoneal. La obesidad del paciente puede dificultar la exploración, pero no tiene por qué enmascarar una peritonitis. Puede haber una reacción inflamatoria en la zona que se resuelva y no producir una perforación. La perforación puede tardar cierto tiempo. La clínica de perforación se podía descartar, no pedía un TAC urgente porque sería para descartar peritonitis, y no había signos clínicos. Le dejó al paciente la sueroterapia para evitar deshidratación, tenía además la función renal alterada. Una peritonitis no es compatible con deposiciones diarreicas. El problema de hipotensión se resolvió, lo que también era contradictorio con peritonitis, pues esta como cualquier infección provoca hipotensión.

A preguntas de la parte actora contestó que le llamaron para una urgencia, la obesidad no planteó dificultad para la exploración pues no está escrito (si no está escrito es que no la hubo). La dificultad puede no ser solo por la obesidad. Para pedir una prueba urgente tienen que haber unos criterios, en este caso la exploración no indicaba una peritonitis.

Compareció igualmente el Dr. [REDACTED] perito de la parte actora. Ratificó su dictamen y contestó a preguntas de la parte actora que la obesidad mórbida dificultaba su exploración. Son pacientes peligrosos, difíciles de valorar con una exploración al uso, y en este caso con una enfermedad crónica, por lo que hacen pruebas complementarias. En urgencias no se hizo ninguna prueba de imagen. Ante la mínima sospecha en una obesidad mórbida se hace un TAC. La enfermedad de Crohn y la

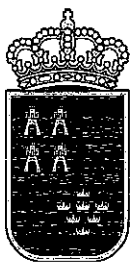




administración de corticoides puede enmascarar la peritonitis. El abdomen no era igual que el de un paciente sin la enfermedad de Crohn y eso puede alterar la exploración. La exploración es una prueba subjetiva que depende del explorador. Aquí el paciente ingresa con una sospecha de agudización del Crohn que no se confirma, pero un paciente de esta enfermedad puede tener otras patologías. A la pregunta de cuando se pudo producir la perforación contestó que es fácil deducirlo pues se cuenta con la cantidad de líquido que hay en el informe, por eso sitúa entre el día 3 y el día 4. Para descartar exploraciones se hacen radiografías. Es un caso no habitual, por el antecedente de Crohn, pero se da con cierta frecuencia. A preguntas de la parte demandada contestó que se le etiqueta de recidiva de su enfermedad, pero tiene un problema de abdomen sin filiar. El TAC debe buscar lo que sucede, pueden ser otras patologías.

A preguntas de la parte demandada contestó que estamos enfocándolo todo a que ya sabemos que había peritonitis, pero el paciente presentaba unos síntomas, y el TAC debe buscar lo que está pasando. El problema renal puede ser multifactorial, por otras patologías, máxime cuando es pre-renal. Los síntomas pueden ser por la enfermedad de Crohn, la valoración adecuada al ingreso era por los internistas. En el dolor abdominal hay que avisar al cirujano, en urgencias, pues puede ser un problema quirúrgico. No se descartó desde el principio que fuera otro problema. No hay que achacar la clínica exclusivamente a la enfermedad de Crohn. Preguntado si es complicación de la enfermedad la perforación, contestó que sí, que normalmente el primer signo de esa enfermedad es la perforación, pero hay otras enfermedades que de forma más habitual producen perforación. La perforación libre no se reconduce nunca, conduce siempre al fallecimiento si no se trata, y si se trata tarde se entra en shock séptico.

SÉPTIMO. - Según resulta del expediente administrativo y de las pruebas practicadas en el proceso, el Sr. ██████ acudió a urgencias por síntomas que hacían sospechar de una patología intestinal. Así, en el informe clínico de urgencias de fecha 29 de septiembre de 2015 consta como motivo de consulta dolor abdominal, náuseas y diarrea. El proceso tenía cuatro días de evolución, concretamente vómitos en número de 3-4 diarios de contenido alimenticio y sin productos patológicos y diarrea de 4-5 deposiciones diarias oscuras (el paciente tomaba hierro), sin productos patológicos. El día que acudió a urgencias manifestó encontrarse mejor, pero continuaba el dolor abdominal. En la exploración del abdomen ya se indicaba que era "difícil" (el paciente sufría obesidad mórbida), y que se encontraba doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. En ese momento no presentaba signos de irritación peritoneal. Como antecedente de interés el paciente padecía la enfermedad de Chron ileocólica desde hacía 17 años, así como otras patologías. Quedó ingresado ese día, con el diagnóstico de "IRA de probable etiología pre-renal", y del que nada más consta, y "Posible recidiva de enfermedad de Crohn ileocólica". En las pruebas diagnósticas que se le hicieron en el servicio de urgencias no consta



ninguna de imagen, pero tampoco en los días siguientes en que permaneció ingresado, hasta el día 7 de octubre en que al parecer "para descartar" alguna complicación se le realizó ecografía abdominopélvica y TC abdominopélvico con CIV. El hallazgo fue la existencia de "Hidroneumoperitoneo secundario a perforación del ciego". Ese mismo día fue intervenido de urgencia, sufriendo una sepsis de origen abdominal y falleciendo por un cuadro de shock séptico el día 9 de octubre.

La parte demandada ha venido manteniendo la tesis de que no era necesaria ninguna prueba de imagen, pues el paciente no presentaba signos de peritonitis. Así se informa por los facultativos que declararon a presencia judicial y de las partes, y por la Inspección Médica. Es decir, que, pese a que el paciente presentaba signos y síntomas de origen abdominal, la conclusión de los facultativos que le trataron era que no había signos de peritonitis y todo era debido a una recidiva de esa enfermedad que afecta al funcionamiento del intestino. Pues bien, esta Sala, aún con los limitados conocimientos que puede tener un profano en la materia, no alcanza a entender que en el transcurso de 8 días no se hiciera ni una sola radiografía de abdomen a una persona ingresada por una patología abdominal. Se insiste en que el diagnóstico de perforación intestinal es clínico, e incluso que la exploración clínica es aquí la determinante. Sin embargo, es evidente que, sin perjuicio de que ese diagnóstico sea fundamentalmente clínico, existen situaciones en que la utilización de medios -en este caso de imagen- puede ofrecer una mayor seguridad para conocer qué sucede al paciente. Así, de no ser necesario o conveniente no se hubiera hecho prueba de imagen el día 7 de octubre. Por tanto, consideramos que se omitió en este caso una prueba sencilla, rápida y que ayuda a establecer rápidamente un diagnóstico, o a descartar otros, pues se ha insistido hasta la saciedad en que el paciente no tenía peritonitis, pero podía haber tenido algo distinto de esta grave patología o de la enfermedad de Crohn. Así, como manifestó el perito de la parte demandante, podía haber sufrido de una apendicitis. Ninguna prueba, aparte de la exploración y la analítica, se hizo al paciente para su correcto diagnóstico, atribuyendo todos sus síntomas a la enfermedad de Crohn. Es un hecho admitido, sin embargo, que esta situación de ausencia de signos de perforación puede darse, y de hecho en este caso es lo que sucedió. Ante esa posibilidad, que no por ser inhabitual puede descartarse, debió realizarse todo tipo de pruebas para establecer un correcto diagnóstico. El no haberlo hecho constituye una mala praxis, y no cabe aplicar aquí la teoría de la prohibición de regreso, por conocer ahora lo que padecía el Sr. ██████████, pues a igual conclusión llegaríamos si hubiera sufrido otra enfermedad, como una apendicitis ya que lo que ocurre es que, como se ha expuesto, durante su estancia en el hospital solo fue diagnosticado de una recidiva de su enfermedad y esto no se confirmó, apoyándose el diagnóstico únicamente en la exploración clínica del paciente y en que su estado general no hacía sospechar una situación de gravedad como la que se produjo, y que cuando fue descubierta poco podía hacerse para revertirla. Las pruebas de imagen eran además obligadas en un



paciente que presentaba varias patologías de gravedad, todas ellas de gran comorbilidad, además de una obesidad mórbida que hacía más difícil su exploración.

Teniendo en cuenta la existencia de esa incorrecta praxis, no cabe exigir a la parte actora una prueba de lo que hubiera ocurrido de haberse realizado la prueba de imagen antes, ni mucho menos especular sobre la fecha probable de la perforación. Corresponde a la parte demandada la carga de la prueba de tal extremo, pues no se trata de que cuando el paciente ingresó no se encontrara en un estado de tal gravedad que pudiera hacer pensar en su fallecimiento y, pese a ello, se hubieran omitido pruebas diagnósticas. Sería ese el caso en que hablaríamos de pérdida de oportunidad, pero no en el que estamos enjuiciando, pues el transcurso de siete días hasta la intervención permite pensar -dentro de todas las dudas que plantean los procesos médicos- que, con mucha probabilidad, se hubiera podido intentar salvar la vida del paciente si se le hubieran realizado desde el inicio, y con cierta regularidad, pruebas de imagen para observar su evolución. En definitiva, ha existido una infracción de la *lex artis*, por lo que procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

OCTAVO. - Se interesa una indemnización de 130.000 € para la viuda y de 70.000 € para la hija menor. Alega la parte actora que esta cantidad es menor a la reclamada en vía administrativa, y se justifica en que el fallecido y su mujer tenían a la fecha de los hechos 49 años, siendo él quien sustentaba la economía familiar, y su hija tenía tan sólo 14 años. Además, se trata además de una cantidad muy inferior a la doctrina del Tribunal Supremo sobre valoración del daño para el caso de muertes por asistencia sanitaria. Así, en sentencia de la Sala Tercera, Sección IV, de 3 de diciembre de 2012, se establece como estándar para este tipo de casos una indemnización que oscile entre 500.000 y 600.000 €. Señala, por último, la parte actora, que poco tiempo después del fallecimiento se aprobó el nuevo baremo para el fallecimiento y lesiones en accidentes de circulación, estableciendo para el primer caso cuantías superiores.

Aplicando en este caso el baremo establecido por la *Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*, y que fue prorrogado para 2015, fecha del fallecimiento, resultaría una cantidad aproximada de 180.000, por lo que teniendo en cuenta el carácter meramente vinculante de dicho baremo, procede reconocer la cantidad total reclamada por las demandantes.

Para la actualización de la cantidad reconocida se abonará por la Administración el interés legal correspondiente, sin perjuicio de los intereses





procesales que se devenguen a partir de la notificación de la presente sentencia, de conformidad con el artículo 106.2 de la Ley Jurisdiccional.

NOVENO. - Por lo expuesto, procede estimar 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 el recurso contencioso administrativo interpuesto por Dña. [REDACTED], en su propio nombre y derecho y en representación de su hija menor Dña. [REDACTED], contra la resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por aquéllas, y, en consecuencia, anulamos dicho acto por no ser conforme a derecho, reconociendo el derecho de las demandantes a ser indemnizadas con el importe total de 200.000 €, 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.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjuicio, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

