

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

SENTENCIA: 00295/2022

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

Equipo/usuario: UP3  
Modelo: N11600  
PALACIO DE JUSTICIA, RONDA DE GARAY, 5  
DIR3:J00008050  
Correo electrónico:  
N.I.G: 30030 33 3 2021 0000263

Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000105 /2021

Sobre: RESPONSA PATRIMONIAL DE LA ADMON.

De D./ña.

ABOGADO IGNACIO MARTINEZ GARCIA

PROCURADOR D./D<sup>a</sup>. MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ

Contra D./D<sup>a</sup>. CONSEJERIA DE SALUD DE LA CARM

ABOGADO LETRADO DE LA COMUNIDAD

PROCURADOR D./D<sup>a</sup>.

**RECURSO núm. 105/2021  
SENTENCIA núm. 295/2022**

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

**SECCIÓN PRIMERA**

Compuesta por las Ilmas. Sras.:

Dña. María Consuelo Uris Lloret

Presidenta

Dña. Pilar Rubio Berná

Dña. Gema Quintanilla Navarro

Magistradas

Ha pronunciado

**EN NOMBRE DEL REY**

La siguiente

**SENTENCIA nº 295/22**

En Murcia, a diecisiete de junio de dos mil veintidós



En el recurso contencioso administrativo nº 105/2021, tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 164.084,59 €, y referido a responsabilidad patrimonial.

**Parte demandante:** representada por el Procurador D. Miguel Ángel Gálvez Giménez y dirigida 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.

**Acto administrativo impugnado:** Resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Salud de la reclamación formulada por la 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 el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y se reconozca el derecho de mi representada a ser indemnizada con un principal de 164.084,59 euros, cantidad que deberá ser actualizada conforme al I.P.C. acumulado desde la producción del daño el 9/5/2017, e incrementada en los intereses de demora de la LGP (art. 34.3 de la Ley 40/15) hasta el efectivo pago.

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

## **I.- ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** - El presente recurso contencioso-administrativo se interpuso en fecha 26 de febrero de 2021, y, admitido a trámite, y, previa reclamación y recepción del expediente administrativo, la parte actora formalizó su demanda, deduciendo la pretensión a que 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 3 de junio de 2022, fecha en que tuvo lugar, quedando las actuaciones concluidas y pendientes de sentencia.

## **II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

**PRIMERO.** - Según resulta del expediente administrativo, en fecha 18 de abril de 2018 el Letrado \_\_\_\_\_, en nombre y representación de \_\_\_\_\_ presentó escrito ante el Servicio Murciano de Salud formulando reclamación por responsabilidad patrimonial. Exponía, en síntesis, que el día 9 de mayo de 2017 \_\_\_\_\_ se sometió a una intervención quirúrgica en el Hospital de Molina de Segura, -centro concertado con el SMS- *para liberación del nervio mediano en el túnel del carpo mediante sección del ligamento anular del carpo*. Ese día recibió el alta hospitalaria, con cita en consultas de traumatología. Tras la intervención no solo no experimentó mejoría, sino que sufría impotencia funcional y pérdida de sensibilidad, siéndole realizado estudio neurofisiológico que ofreció hallazgos compatibles con axonotmesis parcial severa del nervio mediano derecho. En fecha 6 de febrero de 2018 se le practicó nueva electromiografía con el mismo resultado.

Entendía la reclamante que durante la intervención se dañó el nervio como consecuencia de una deficiente técnica quirúrgica, por lo que concurría un supuesto de responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario. Solicitaba de la Administración que declarase la responsabilidad patrimonial y la indemnizara por los perjuicios en la cantidad que, en su momento, se determinara.

**SEGUNDO.** - Entendiendo presuntamente desestimada la reclamación formuló el presente recurso contencioso administrativo. En la demanda reitera, en síntesis, los hechos alegados en vía administrativa, expone el proceso asistencial de la paciente y añade las actuaciones medicas que se han producido con posterioridad a la reclamación administrativa. Así, el día 10 de octubre de 2018 se realizó a la ahora demandante una cirugía consistente en *neurolysis del nervio mediano, colgajo graso hipotenar y oponentoplastia del pulgar con flexor superficial del 4º (se lleva la pole a la vaina del palmar mayor)*. Pese a dicha intervención, tras dos meses de tratamiento con fisioterapia, no se advirtió mejoría alguna, persistiendo la inmovilidad de la mano derecha en extensión de dedos y aductor del primer radio con pulgar alojado en palma y

retracción de primera comisura, como queda reflejado en el diagnóstico emitido por \_\_\_\_\_, responsable del proceso de rehabilitación de la paciente.

En fecha 25 de febrero de 2021 se realizó bloqueo ecoguiado del nervio mediano derecho, a fin de intentar paliar las dolencias de la paciente, resultando infructuoso.

Se alega en la demanda que hubo una incorrecta realización de la cirugía, y no se intentó corregir la lesión en fase aguda, sino secuelar, por lo que no se resolvió la lesión.

Con la demanda se aporta dictamen pericial emitido por los Dres. D. José Ramón Fernández Mariño y D. Joubin Keyhani Vaghefi, especialistas en cirugía ortopédica y traumatología.

Se cuantifica el daño en 164.086,59 €, según desglose que se realiza en la demanda.

**TERCERO.** – El Letrado de la Comunidad Autónoma se opone al recurso, expone también el proceso asistencial de la demandante y añade, en relación con la supuesta lesión del nervio en el acto quirúrgico, que el Dr. Martínez Martínez, especialista en traumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, emitió informe señalando que no hubo ninguna agresión sobre el nervio, y que hay consenso mundial en esta cirugía en realizar la cicatriz en la zona cubital del carpo, para que no quede encima del nervio que se ubica en la zona radial del carpo, por lo que no es necesario disecarlo ni identificar sus ramas. Y no hubo lesión durante la cirugía pues en esos casos aparece un signo clínico denominado Tinel positivo que en la demandante no se evidenció. Respecto al alegado retraso en la segunda intervención, informó que las lesiones nerviosas en las que no hay una sección del nervio se suelen recuperar de forma espontánea, por lo que es correcto observar la evolución del paciente, como se hizo en el supuesto enjuiciado.

La parte demandada alega, asimismo, que la paciente firmó el consentimiento informado en el que se describían los riesgos de la intervención, y lo ocurrido ha sido una complicación previsible, máxime dada la severidad de la dolencia que padecía.

Por último, discrepa de la valoración del daño.

**CUARTO.** - 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.

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.

Y es también doctrina jurisprudencial reiterada 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"

**QUINTO. –** En el expediente consta la historia clínica de la paciente en relación con el proceso asistencial que ocasionó la reclamación.

Con la demanda se ha aportado por la parte actora dictamen emitido por el Dr. Fernández Mariño, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y por el Dr. Keyhani Vaghefi, Especialista en Medicina Comunitaria y de Familia.

En el mismo se destaca lo siguiente:

"Una vez expuesta la anatomía de la mano, de la muñeca y del nervio mediano, podemos analizar el acto quirúrgico concreto, teniendo en cuenta la consecuencia de que secundario al mismo apareciese una sintomatología que se traducía en la presencia de una lesión muy severa de la rama motora y sensitiva del primer nervio interdigital de la mano derecha, y muy leve de las ramas interdigitales del segundo y del tercer dedo de la citada mano.

Debemos tener en cuenta que la ramificación o bifurcación del nervio mediano, de donde salen los nervios interdigitales, tiene lugar justo por debajo del ligamento anular del carpo, o un poco más distal para el primero. Para el cirujano observar esta división, así como incluso visualizarla, es fundamental para su protección y evitar así la lesión de esta estructura, ya que en caso contrario estas lesiones se pueden derivar de la cirugía del túnel del carpo de la liberación del nervio mediano al citado nivel.

Por lo tanto, debemos decir que se produjo una lesión que se derivó de una agresión directa del nervio, con afectación especial de la primera rama interdigital, lo que ocurrió



durante la liberación del nervio mediano. La afectación fundamental se produjo provocando una grave lesión muy severa de la rama motora, pero también de la sensitiva del primer nervio interdigital.

Aún habiéndose advertido al paciente de la posibilidad de aparición de lesiones nerviosas, la aparición de una lesión del primer nervio interdigital derecho solo se puede deber a una agresión directa y esto contraviene las actuaciones adecuadas a la *lex artis*.

Debe tenerse en cuenta que la cirugía de liberación del túnel del carpo derecho tuvo lugar el 9 de mayo de 2017, y el E.M.G. para llegar a obtener datos objetivos de la lesión fue de fecha 26 de julio de 2017, pero no se tomó medida alguna para intentar poner solución a los problemas objetivados en la citada E.M.G., que informaba de una axonotmesis parcial severa del nervio mediano derecho en estadio agudo de evolución y con denervación activa en aquel momento, con signos de reinervación y con un pronóstico incierto.

Es llamativo que no se hubiese tomado ninguna medida de actuación para valorar las posibles lesiones infringidas al nervio mediano y se tomaran medidas de carácter exclusivamente conservador, y se actuase solo posteriormente después de la realización del E.M.G. realizada el 6 de febrero de 2018, cuando se aprecia en la presencia de una lesión del nervio mediano derecho en el túnel del carpo MUY SEVERA para el nervio mediano derecho para el primer nervio interdigital de dicha mano.

Por lo tanto, no se actuó desde el punto de vista quirúrgico durante más de 1 año, y fue el 10 de octubre de 2018 cuando ya en fase secuelar se llevó a cabo una neurolisis del mediano derecho, una oponentoplastia, cirugía para obtener la oposición del nervio pulgar, que se había pedido. Esto se hizo con el Flexor superficial del cuarto dedo de la mano derecha, utilizando como polea la vaina del palma mayor también, y se aportó un colgajo de grasa hipotenar para solucionar los problemas dolorosos que persistían o incluso se habían incrementado.

La actuación anteriormente referida, aunque tardía, nos parece adecuada, pero nos reiteramos en la necesidad de haber llevado una actuación en una fase mucho más precoz que mediante una revisión quirúrgica, debía permitir la observación directa y visual de la lesión y su reparación precoz, con lo que los resultados obtenidos habrían sido mucho mejores.

Debemos tener en cuenta que del Servicio de Rehabilitación, el 18 de febrero de 2019 le diagnosticó una axonotmesis posquirúrgica de la rama interdigital del primer dedo de la mano derecha.

En esta fecha se detectaba que, a pesar de la cirugía anteriormente referida, seguía existiendo algodistrofia e hiperpatía del primer dedo, es decir, no se obtuvo la oposición del pulgar y la pinza la hacía con el segundo y el tercero, así como también existía una rigidez de la articulación interfalángica proximal del cuarto dedo a 90°.

Finalmente, destacar que ante la falta de mejoría de todo lo anterior, debió ser tratada por la Unidad del dolor, de manera que el 29 de enero de 2020 fue necesaria la realización de una Infiltración perineural del nervio mediano derecho eco-guiada.



Apoyando todo lo anteriormente expuesto y siguiendo a Mavrogenis y Brasileiro, debemos exponer que las complicaciones derivadas de la cirugía de liberación del nervio mediano en el túnel del carpo son relativamente infrecuentes, apenas alcanzan el 3,2 %; en esta cifra recogemos las complicaciones mayores, pero de ellas menos del 10 % implican al nervio mediano. Estos autores refieren la existencia de neurotmesis o axonotmesis, afectación mayor o menor de las ramas nerviosas, pero sobre todo hacen hincapié en la necesidad de una extremada protección e incluso la visualización del nervio mediano y sus ramas.

De cualquier manera, lo que sí recomiendan es, a corto plazo, que no supere los 2 meses la exploración quirúrgica después de la objetivación electrofisiológica, y una vez identificada la lesión, el llevar a cabo una adecuada reparación de la lesión nerviosa, prestando una especial atención a la primera rama interdigital, si fuese necesario, llevar a cabo la resección del neuroma que podría haberse producido, y llevar a cabo bien la sutura directa, cabo a cabo, o la práctica de un injerto con un nervio sensitivo para reparar la lesión ocurrida.

Es obvio que todo esto a lo que nos hemos referido no se llevó a cabo.

Por lo tanto la presencia de secuelas en lo que a la oposición se refiere, y el resto de las alteraciones sensitivas a las que nos hemos referido, están en relación directa con una incorrecta actuación en la primera intervención, así como también en el retraso de actuación para solucionar los problemas de la primera rama interdigital sobre la lesión de la misma, ya que solo se actuó en fase secular y en ningún momento se planteó un tratamiento etiológico”.

Y se emiten las siguientes conclusiones:

“1.- DE LA INCORRECTA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE LIBERACIÓN DEL TÚNEL DEL CARPO DERECHO SE DERIVÓ UNA LESIÓN DEL PRIMER NERVI INTERDIGITAL DERECHO, DE LAS RAMAS SENSITIVA Y MOTORA.

2.- AÚN CONOCIENDO LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN DEL NERVI MEDIANO, NO SE LLEVÓ A CABO UNA CIRUGÍA DE REVISIÓN DEL NERVI MEDIANO Y SUS RAMAS, NO REPARANDO LAS LESIONES EXISTENTES EN UN MOMENTO EN EL QUE ERA OBLIGATORIO REALIZARLO.

3.- LA NO ACTUACIÓN EN FASE AGUDA OBLIGÓ A ACTUAR EN FASE DE SECUELA, LO QUE MOTIVÓ QUE NO SE ALCANZASE NI UNA BUENA OPOSICIÓN, NI LA DESAPARICIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA.

4.- LA PRESENCIA DE LAS SECUELAS DESCRITAS SE RELACIONA CON UNA INADECUADA ACTUACIÓN QUIRÚRGICA INICIAL Y UNA FALTA DE REPARACIÓN PRECOZ”.

Con la contestación a la demanda se aportó informe del Dr. D. Francisco Martínez Martínez, Jefe de Sección de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. En el mismo





se da respuesta a determinadas cuestiones médicas relacionadas con la intervención quirúrgica realizada a la demandante:

1.- Hay consenso mundial del realizar la cicatriz en la zona cubital del carpo para que no coincida con del nervio que está en la zona radial del canal del carpo, sin necesidad de disecar el nervio ni identificar sus ramas. Realizar este gesto está demostrado que aumenta el dolor postoperatorio por roce del nervio con la cicatriz conocido como "Pillar Paín" y, aumenta la tasa de recidivas.

Por esto en ningún caso está indicado realizar la cicatriz sobre el nervio ni identificar sus divisiones.

Es cierto que en raras ocasiones existen variantes de la salida de las ramas del nervio mediano como fueron descritas por Henry, pero su infrecuencia no justifica buscar cada una de las ramas.

Existe consenso de realizar un abordaje en la zona cubital del carpo y proteger el nervio con una Sonda acanalada, sin necesidad de identificar el tronco común ni sus ramas.

2.- La técnica realizada fue según el consenso descrito y en ningún caso se produjo agresión ninguna sobre el nervio.

3.- Las lesiones nerviosas que no son por sección de este, como ocurre en este caso, suelen tener recuperación espontanea requiriendo control clínico más electromiográfico. Se aconseja esperar entre 6 y 12 meses para decidir si precisa cirugía no siendo tarde si existen fibrilaciones espontaneas en el electromiograma como ocurre en los que se realizaron en esta paciente.

Cuando el nervio esta seccionado aparece un signo clínico denominado "Tinel" positivo que no ocurría en esta paciente; y en el electromiograma el informe indicaría Neurotmesis si estuviese seccionado y no Axonotmesis como ocurre en este caso.

Por estos motivos no existe sospecha clínica ni electromiográfica de sección del nervio, que hubiese requerido cirugía precoz, sino de elongación o proceso inflamatorio del nervio que se aconseja tratamiento conservador inicialmente. En reglas generales el momento para la cirugía de nervios motores es entre 6-12 meses y, en nervios sensitivos de 2-3 años.

4.- La cirugía de secuelas se realiza cuando se confirma que no existe recuperación espontánea y se aconseja esperar unos 12 meses.

5.- La complicación que ocurrió en la primera cirugía fue excepcional y puede ser debido a múltiples causas: variantes anatómicas, hematoma postquirúrgico, ...

6.- En mi opinión todo se realizó de forma correcta, aunque es cierto que sufrió una complicación no habitual pero descrita en la literatura como posible sin ser secundaria a mala praxis. Existen en todas las series mundiales un pequeño porcentaje de complicaciones a pesar de realizar la técnica correcta que están dentro de los riesgos posibles".

Por la Inspección Médica se emitió informe en fecha 14 de junio de 2021, con las siguientes conclusiones:

“1. Está acreditado en el expediente remitido que fue intervenida en el Hospital de Molina del síndrome del túnel carpiano derecho de grado severo que padecía.

2. Está acreditado en el expediente remitido que dicha intervención quirúrgica fue realizada por un Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología siguiendo para ello una técnica quirúrgica reglada propia de esta especialidad médica.

3. Así está acreditado mediante los informes emitidos por citados en el apartado de los hechos.

4. Está acreditado en el expediente remitido que previamente fueron formalizados los consentimientos informados tanto para el procedimiento quirúrgico como para la anestesia de la cirugía de liberación del nervio mediano derecho que se realizó a la paciente en el Hospital de Molina.

5. Después del análisis de la documentación remitida por el Instructor desde el punto de vista estrictamente médico no se aprecia mala praxis médica ni en su aspecto técnico asistencial ni en su sentido formal o relativo al consentimiento informado.

6. Entre la documentación médica remitida por la Instrucción (para su estudio y análisis por la Inspección de Servicios Sanitarios) no existe un informe médico o dictamen médico pericial que aportado por la reclamante junto a la reclamación presentada analice o determine desde un punto de vista técnico-asistencial la causa o causas que motivan esa reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración.

7. No es posible realizar, por razones obvias, un análisis técnico-sanitario de aquellas cuestiones médicas que no han sido previamente planteadas y aportadas entre la documentación médica remitida por la Instrucción para su análisis por la Inspección de Servicios Sanitarios, aunque esas cuestiones médicas podrán ser objeto de un análisis posterior si se plantean y se exponen mediante un informe médico o dictamen médico pericial.

8. Si posteriormente a la emisión de este informe técnico-sanitario se aportase un informe o dictamen médico pericial por la reclamante, donde se detallen o analicen los datos médicos que han motivado la reclamación desde el punto de vista médico técnico asistencial, la Inspección de Servicios Sanitarios podrá entonces emitir un informe técnico-sanitario complementario en el que analice las cuestiones médicas que ese informe o dictamen médico pericial pudiese plantear”.

El dictamen pericial de la parte actora se presentó con la demanda en fecha 16 de junio de 2021.



Con posterioridad no se ha emitido ningún otro informe por la Inspección Médica.

**SEXTO.** – Los Dres. Fernández Muriño y Keyhani Vaghefi comparecieron a presencia judicial y de las partes y se ratificaron en su dictamen. El Dr. Fernández Muriño manifestó que siempre hay que tener una visión directa para saber lo que se está haciendo durante la cirugía, aparece descrito en la bibliografía médica que es necesario llegar a tener una posibilidad de ver claramente la localización del nervio y su estado. El hecho de hacer un abordaje pequeño no excluye que haya de visionarse. Lo sucedido a la demandante es una complicación poco frecuente, pero la recomendación es siempre la observación para evitar lesionar el nervio. Esto no quiere decir que haya una sección, puede haber exceso de tracción. Respecto a que el nervio fuera protegido con sonda acanalada, manifestó el perito que en el protocolo quirúrgico no consta, es muy escueto, y que no encontraba nada que justificara la lesión, y que si la técnica se hace con la praxis habitual no tiene por qué producirse lesión. Añadió que a los 6 meses había aun posibilidad de arreglar algo, la lesión no había mejorado, pero se siguió esperando y no se tomó ninguna medida para darle una solución. A partir de los 6 meses no hay recuperación por lo que se hizo una cirugía no curativa, sino paliativa, pero, en todo caso, se tenía que haber realizado antes de los 6 meses, incluso hay autores que hablan de un tiempo menor. Debió intentarse corregir los problemas de transmisión nerviosa.

A preguntas de la parte demandada contestó que tenía el síndrome dos o tres años antes, llevaba un tiempo de evolución. Había una compresión nerviosa, y por eso se opera y se intenta mejor, y lo que sucede es un empeoramiento en relación directa con la cirugía. Preguntado si el STC pudo producir compresión o atrapamiento, contestó que en el electromiograma previo a la cirugía no se habla de denervación o falta de inervación de músculos del nervio mediano, no tiene nada que ver con las electromiografías posteriores a la intervención. Preguntado, asimismo, por el punto de incisión, contestó que debe hacerse con una ligera desviación cubital para hacer la liberación con el menor riesgo posible. En este caso no consta en el protocolo quirúrgico que se haga con desviación cubital, no se dice nada sobre localización de la incisión. Reiteró que hay que dejar constancia de que se ha visto en la intervención que están intactas las estructuras nerviosas.

Añadió que la lesión no es directamente del tronco mediano, sino de una rama y que aparece después de la cirugía, no hay otra causa. Respecto a un hematoma postquirúrgico, si lo hubiera hay que diagnosticarlo, hacer una



ecografía, y evitar que se haga una lesión. Añadió que no consta en protocolo quirúrgico que exista una variación anatómica porque no se ha explorado la zona. Y que una agresión directa no es solo una sección, no se ha producido, pero si una separación o tracción importante que haya lesionado el axon, provocando lesión grave.

Respecto al retraso en segunda cirugía contestó que, en principio hay que hacer electromiogramas, y a los 6 meses hay uno que demuestra que la rama no ha tenido ningún tipo de reconstrucción, y hay autores que nos hacen pensar que determinados tipos de lesión llegan a tal gravedad que estaríamos ante neurotmesis. Si a los 6 meses no hay reinervación, la posibilidad de recuperación por sí mismo es mínima. La segunda cirugía no fue para tratar el problema nervioso, sino paliativa, de motorización. También se le hizo un tratamiento con colgajo graso para almohadillar la zona. El Dr. Martínez habla de neulolisis, intentar dejar el nervio lo más libre posible, pero no es una cirugía ya para tratar el problema. Era una cirugía de secuelas. Se tenía que haber actuado con mayor precocidad y con otro tipo de cirugía para intentar que la función del axon se produjera de forma adecuada, un injerto nervioso que se puede tomar de una rama nerviosa que no produzca alteración.

El Dr. Keyhani contestó a preguntas de la parte actora, respecto a secuelas, que el síndrome de algodistrofia se basa en el informe de rehabilitación. Respecto al perjuicio estético manifestó que la cicatriz de la primera intervención hubiera sido muy pequeña, se ha hecho una segunda cirugía con alteración de la mano, la pinza no la puede hacer y la posición de la mano es afuncional, fea. Hay también daño moral por pérdida de calidad de vida, pues la demandante es diestra y con la mano derecha inútil, desde el punto de vista funcional es como si no tuviera esa mano.

El Dr. Martínez Martínez contestó a preguntas de la parte demandada que el canal del carpo es cerrado y allí van los tendones flexores y el nervio mediano. Este se comprime, está en la parte más radial, se decide hacer la cicatriz en la parte cubital para que las adherencias nunca afecten al nervio. Se hace en la parte contraria, según consenso internacional. Se hace un abordaje corto cubital. Sería raro la lesión por la incisión. En los nervios digitales, en el 90 % de los casos, las ramificacioens se producen en la zona distal, hay un 10 % de alteraciones anatómicas, pero eso no justifica buscar esas ramificaciones.

La bifurcación del nervio mediano visualización es un concepto muy antiguo. Antes se buscaban todas las ramas, y se causaba dolor. Ahora se

hace un abordaje y se pone una sonda acanalada, no se busca el nervio ni se identifica. Se busca el ligamento y ese canal se pone por debajo, por lo que no hay nada que se pueda cortar. Las lesiones en el nervio se pueden producir por la separación o por formarse algún hematoma que comprima la raíz nerviosa.

Añadió que la recuperación del nervio se realiza dependiendo del estado de gravedad previo, a veces no se recupera movilidad ni fuerza motora. Es posible que la axonotmesis la tuviera antes. En la segunda cirugía se buscó el nervio y se vio que no estaba seccionado, estaba adherido en su zona radial por un hematoma o por la cicatriz, y para evitar que se vuelva a adherir se pone una almohadilla, y se hace intervención para que tenga más funcionalidad.

Preguntado por el tiempo que podía esperarse para la segunda intervención contestó que 2-6 meses, si el nervio tiene transmisión se espera a la recuperación espontánea, y si se ve que el control evolutivo electromiográfico no es favorable se hace cirugía. Pueden ser 6-12 meses, dependiendo de la prueba electromiográfica. Contestó que si hay transmisión nerviosa no hay prisa en operar, y que mientras existe fibrilación espontánea no hay urgencia, solo cuando se paraliza.

No hubo retraso en la segunda intervención, una vez indicada hay que hacerla. En este caso la paciente cumplía las condiciones para intentar mejorar la transmisión nerviosa. El nervio había que volver a descomprimirlo, pero visualizando el nervio y aumentando con la almohadilla para intentar evitar compresión. Se hizo también una transferencia tendinosa. Hubo secuelas, pero mejoró.

A preguntas de la parte actora contestó que antes de la intervención no vio a la paciente, tardó en operarse, por lo que no se sabe si podía haber axonotmesis. En cuanto a las secuelas, manifestó que no tiene una mano inútil, las pruebas objetivas manifiestan una axonotmesis. Insistió en que no se visualiza, pues ello conlleva mayor iatrogenia. La incisión se hace en el lado cubital y se pone una cánula. Es la hoja quirúrgica consta que se siguió la técnica habitual.

En cuanto a la segunda intervención, manifestó que, se tomó la decisión quirúrgica a los 12 meses, es el tiempo para ver la indicación. Hay que hacerla entonces lo antes posible, pero sin prisa, pues el músculo tiene estímulo eléctrico. Hay que hacerla urgente cuando hay neurotmesis, la axonotmesis tiene potencial de recuperación espontánea.



La segunda intervención se hace para que tenga una regeneración lo mayor posible. Añadió que no sabía porque se produjo axonotmesis en este caso.

**SÉPTIMO.** - La actora fundamentó su reclamación -y posteriormente la demanda- en que le había sido seccionado el nervio mediano durante la intervención quirúrgica para liberación del túnel carpiano. Ha quedado acreditado en las actuaciones, por el propio dictamen pericial aportado por la parte actora y las manifestaciones del Dr. Fernández Muriño que no hubo tal sección del nervio mediano, en cuyo caso se hubiera producido una neurometesis, sino una lesión de axones de alguna rama terminal de dicho nervio por compresión o elongación excesiva, o por un hematoma, y en este caso debió comprobarse. El Dr. Martínez Martínez manifestó también que no se había producido una lesión durante el acto quirúrgico, no había sección del nervio, pues se trataría en ese caso de una neurotmesis y no axonotmesis.

Es lo cierto que, pese a haberse practicado prueba en los presentes autos -toda la propuesta por las partes- no consta la causa por la que se produjo la axonotmesis. En este sentido el protocolo quirúrgico es muy escueto, no se refleja incidencia alguna en el proceso operatorio, pero tampoco se describe la técnica que fue empleada. No obstante, podemos concluir que la lesión se produjo durante la intervención quirúrgica, por la causa que fuera, pues en la electromiografía primera que se hizo a la demandante ya apareció esa lesión parcial, que antes no constaba.

La parte actora considera que hubo mala praxis porque no se visualizó el nervio. Manifestó el testigo perito Dr. Martínez Martínez que en este tipo de intervenciones no se procede a disecar el nervio e identificar sus ramas, pues el riesgo de iatrogenia es mayor. Sin embargo, no consta que se hiciera lo que -según manifestó este facultativo- evita que se causen lesiones, es decir, un abordaje en la zona cubital del carpo y proteger el nervio con una sonda acanalada.

Tampoco se propuso por las partes el interrogatorio del  
, que realizó la intervención, y cuyas explicaciones podían haber contribuido a aclarar qué pudo ocurrir durante la cirugía, o en su caso, que circunstancia o situación aconteció para que el nervio, en esa terminación o rama, se lesionase.

Llega la Sala a la conclusión de que debió producirse la lesión durante la cirugía, y la información que se proporciona en los informes médicos obrantes en las actuaciones, en relación con esta cirugía, son insuficientes para justificar que se actuó conforme a *lex artis*. Sin embargo, la complicación que surgió en este caso es un riesgo inherente a la intervención quirúrgica, y así consta en el consentimiento informado que firmó la paciente, entre los que se recoge “Lesión de ramas sensitivas y/o motoras que pueden originar dolor, hormigueo o parálisis permanente”. Según consta en el dictamen pericial aportado, la demandante presenta una mano sin funcionalidad, además de dolor, lo que perfectamente tiene encaje en la parálisis permanente.

Por tanto, no puede hablarse de un daño desproporcionado, ni presumirse una mala praxis por el hecho de que se produzca la complicación, pues es inherente a la intervención, y por ello debe ser asumida por el paciente. También ha de atenderse al estado que presentaba con anterioridad a la intervención. Así, consta en el expediente que en fecha 1 de octubre de 2015 ya fue diagnosticada de STC en mano derecha, moderado, considerando esperar en aquella fecha pues la paciente estaba lactando. Por el cirujano que realizó la intervención se hizo constar en la historia clínica, el día 3 de mayo de 2016, que presentaba acroparestesias en MSD y el diagnóstico, tras realización de electromiografía, era de STC severo, no deseando la paciente someterse a intervención quirúrgica, por lo que se le propuso infiltración corticoanestésica. En abril de 2017 presentaba igual situación, en ambos miembros superiores, moderado importante en derecho y moderado en izquierdo, decidiéndose entonces la paciente por la intervención quirúrgica practicada en mayo.

Por tanto, atendiendo a las pruebas practicadas, y a que la complicación acontecida era un riesgo de la cirugía, no podemos concluir existencia de mala praxis en la intervención quirúrgica.

No cabe decir lo mismo respecto a la actuación posterior. Al igual que sucede con el protocolo quirúrgico, la historia clínica es escueta.

Consta que la interesada fue citada en consultas de traumatología en el Centro de Especialidades Dr. Quesada en San Andrés el día 15 de mayo (a los 6 días de la intervención) para revisión médica.

Al parecer, y según las anotaciones en la historia clínica, fue el día 10 de julio, quien prescribió la EMG, haciendo constar que “persisten síntomas”.

Y consta, igualmente, que se le realizó estudio electromiográfico el día 26 de julio por “persistencia de clínica tras cirugía de STC, con pérdida de fuerza”. Tras la prueba, se informó que los hallazgos eran compatibles “con una axonotmesis parcial severa del mediano derecho, con mayor afectación en su rama motora, en estadio agudo de evolución con denervación activa actual de intensidad moderada a severa y signos de reinervación activa. El pronóstico de esta lesión es incierto aún ya que está en período de denervación, sugiero control cada tres meses”.

volvió a ver a la paciente el día 4 de septiembre, y anotó que “persiste lesión n. mediano axonotmesis”. Y la citó para revisión en tres meses.

La volvió a ver el día 11 de diciembre de 2017, persistiendo síntomas, y pidió electromiografía.

En febrero de 2018 hay una interconsulta del Servicio de Traumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca a Neurofisiología, y se hace constar que la paciente es remitida para “valoración actual de secuela de STC”.

Igualmente se anota que la paciente fue intervenida y que “Refiere empeoramiento postquirúrgico con impotencia funcional en mano derecha.

Se hizo estudio EMG en Centro concertado hace unos meses pero no tenemos acceso al informe... “

Realizada nueva electromiografía en esa fecha “Los hallazgos muestran signos de lesión del nervio mediano derecho en el canal del carpo, con afectación muy severa de la rama motora y de la sensitiva del primer nervio interdigital de la mano, y muy leve de las ramas sensitivas de los nervios interdigitales segundo y tercero”.

El día 27 de febrero de 2018 hay una anotación de en que hace constar el resultado de la electromiografía y que “Como opción terapéutica se le puede plantear colgajo graso para mejorar hipersensibilidad cicatriz mas oponentoplastia con flexor superficial del 4º”. Añade: “De momento se lo quiere pensar”.

En esa fecha habían transcurrido nueve meses desde la intervención.

La interesada fue incluida en lista de espera quirúrgica el día 15 de mayo de 2018, para esa segunda intervención, con un diagnóstico de “Axonotmesis mediano más parálisis oponente”, firmando el correspondiente consentimiento informado en la misma fecha.

Finalmente, fue intervenida el día 10 de octubre de 2018, es decir, casi un año y medio después de la primera intervención.

En el informe del Dr. Martínez Martínez se indica que en las lesiones nerviosas que no son por sección suele haber recuperación espontánea, requiriendo control clínico más electromiográfico, y se aconseja esperar entre 6 y 12 meses para decidir si se precisa cirugía. Añade que “no siendo tarde si existen fibrilaciones espontáneas en el electromiograma como ocurre en los que se realizaron en esta paciente”.

En su declaración a presencia judicial y de las partes insistió en que, mientras hay transmisión nerviosa, no hay urgencia en realizar la segunda intervención, y en este caso la hubo en todo momento.

Se ignora también de donde se obtiene esta conclusión, pues solo constan dos electromiografías, como se ha expuesto, y la segunda de ellas se hizo en febrero de 2018. Sin embargo, hasta octubre no se practicó la segunda cirugía, por lo que se desconoce si en ese tiempo se produjo tal circunstancia de pérdida de transmisión en los nervios.

Se concluye de lo anterior que la asistencia postquirúrgica de la demandante fue deficiente, sin realizar los debidos controles, y sin que conste electromiografía alguna durante varios meses. Esta deficiente atención constituye un supuesto de mala praxis, y, si alguna posibilidad de reparación de la lesión pudo haber con posterioridad a la intervención, no se intentó por los facultativos que trataron a la paciente.

Sin embargo, no cabe aquí hablar de pérdida de oportunidad, pues correspondía a la Administración demandada la carga de la prueba de esa pérdida de oportunidad, es decir, acreditar que el resultado hubiera sido el mismo, aunque la paciente hubiera estado debidamente controlada y la intervención no se hubiera demorado. Esa prueba no se ha practicado, por lo que procede la indemnización por el perjuicio total causado.

**OCTAVO.** – En cuanto a la valoración del daño, el Dr. Keyhani Vaghefi informó lo siguiente:

“Aplicamos el baremo de tráfico como aproximación para determinar las secuelas y su puntuación, baremo 2019, fecha de agotamiento de las medidas terapéuticas y determinación de secuelas

Código 03117: síndrome residual postalgodistrofia de mano con 5 puntos.

Código 03121: anquilosis del 1 dedo no funcional con 15 puntos. Código 03130: limitación funcional IFP 4 dedo con 1 punto. Total de puntos, aplicando la fórmula de Balthazard,

supone 21 puntos de secuelas. Código 11002: defecto estético moderado con 7 puntos por las cicatrices de la mano y la postura de la mano.

Total del importe según secuelas: 28.437,63 + 6.586,82 €.

Del mismo modo podemos ver que la paciente tiene una mano no funcional, lo que supone una clara merma en su calidad de vida y acorde a la Tabla 2.B se ha de calificar de rango grave, al haber perdido la mano derecha, que es la dominante, con un rango de 75.000 euros (se tiene en cuenta la edad de la paciente).

Este perito entiende que ante la falta de funcionalidad de la mano dominante con una posición de la misma no funcional, es candidata a una incapacidad laboral absoluta, que en el caso de la paciente, que se dedica a las labores de hogar, son cuando menos difíciles o imposibles según qué actividad vaya a desempeñar.

Aplicando que la paciente tuviera el salario mínimo interprofesional, según el baremo para hacer los cálculos, y usando la Tabla 2.C. 4 en relación a su edad, supone un importe de 21.297 euros.

Del mismo modo debemos de considerar la segunda cirugía que se le práctica, ya que de haberse realizado la técnica de forma correcta se hubiere evitado la misma, y aplicando el nomenclátor, supone un grupo quirúrgico IV de traumatología, con un importe de 800 euros.

El perjuicio personal particular: todos desde la cirugía primera hasta el alta por parte de rehabilitación con fecha 18-2-2019. Esto se fragmenta de la siguiente manera:

15-9-2017 hasta 10-10-2018: 518 días.

11-10-2018 hasta 18-2-2019: 91 días.

Total de días: 609 días, a los cuales le restamos el tiempo medio de curación de la primera cirugía, que suele ser, según tiempos medios de la SNS para este tipo de patología, de 15 días. Esto supone un total de 594 días, en los que la lesionada ha perdido temporalmente la posibilidad de llevar a cabo parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal -es decir, días moderados-. Supone un total de 31.963,14 euros

Total de la indemnización: 28.437,63 + 6.586,82 + 75.000 + 21.297 + 800 + 31.963,14 = 164.084,59 euros".

La parte demandada alega considera que el momento de estabilización de las secuelas sería la fecha en la que se emite alta médica por el Servicio de Rehabilitación del HCUVA, es decir, el 18 de febrero de 2019. Sin embargo, discrepa en cuanto a las secuelas, y señala que, conforme el Baremo Médico contenido en la Tabla 2.A.1, adjuntado a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema de valoración de daños y perjuicios causados en accidente de circulación, se considera que dichas lesiones se incluyen en el Capítulo I relativo al sistema nervioso, que en este caso resultó afectado tras la primera cirugía. Así en el apartado 2 relativo a las



secuelas motoras sensitivo de origen periférico, del miembro superior derecho, se contienen las del Nervio Mediano. Y con el código 01085 se incluye la parálisis incompleta del mismo a nivel de la muñeca, a la que se le otorga una puntuación que oscila entre 5 y 10 puntos, concediéndole, en este caso, 10 puntos. Hay que tener en cuenta que la paciente no ha sufrido la lesión completa del nervio mediano.

En lo que se refiere al daño moral derivado del perjuicio estético, alega que las primeras cicatrices de la mano, después la primera intervención, eran inevitables. No obstante, y dado que la puntuación que se considera que procede otorgar a la paciente por las secuelas en la mano no ascienden a la puntuación de 36 puntos, a que se refiere el artículo 106.1 de la referida ley, no procedería abonar importe alguno por daño moral derivado de perjuicio estético. En cuanto al daño moral derivado de la pérdida de calidad de vida no se ha acreditado que la paciente no pueda realizar actividades específicas de desarrollo personal, de manera que no existen criterios objetivos para otorgar ningún punto por este concepto.

Por último, y en lo que se refiere al importe que le correspondería percibir por la pérdida de ganancia por su trabajo personal, se considera que la demandante al presentar una limitación de la mano derecha y realizar tareas del hogar en su domicilio, es posible que esté incapacitada para realizar su trabajo habitual, de ama de casa, de manera que conforme al artículo 129 b) de la citada ley, en este caso, el perjuicio que sufriría sería del 50 % de sus ingresos, al no haber superado la edad de 55 años. Dichos ingresos serían los equivalentes al salario mínimo interprofesional, ya que ella no realiza un trabajo por cuenta propia o ajena por el que perciba retribuciones.

**NOVENO.** – Como reiteradamente ha declarado el Tribunal Supremo, en materia de responsabilidad patrimonial los baremos fijados en otros ámbitos tienen un carácter meramente orientativo. Así se razona, entre otras, en la sentencia de la Sala Tercera, Secc. 5ª, de 28 de septiembre de 2020, Rec. 123/2020:

<<CUARTO. *Determinación de la indemnización.*

Concluido lo anterior queda por determinar el quantum de la indemnización que, como consecuencia de la concurrencia de responsabilidad declarada, constituye el derecho de los perjudicados, de conformidad con lo establecido en el artículo 34.2º de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público, conforme al cual, "*en los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social.*"

Partiendo de esa propuesta del Legislador, los recurrentes aplican, como ya se dijo, los criterios de valoración que se establecen en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Debe destacarse que con esa petición no hacen sino adherirse a la propuesta que se hizo por el Consejo de Estado en el informe preceptivo que emitió en el procedimiento.

(...)

Suscitado el debate en la forma expuesta es necesario comenzar por recordar que el recurso a los baremos fijados para accidentes de circulación a los efectos de calcular las indemnizaciones que resultaren procedentes en el ámbito de la responsabilidad de los poderes públicos, ciertamente que han sido utilizados a veces por los Tribunales de lo Contencioso-Administrativo, también por este Tribunal Supremo. El mismo Legislador, ya se dijo, se hace eco de esa posibilidad cuando en el artículo 34.2º de la vigente Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, acepta esa posibilidad que, por cierto, no estaba en el artículo 141 de la Ley de Procedimiento de 1992, que regulaba también la indemnización y su cálculo. Sin embargo, es lo cierto que este Tribunal Supremo ha venido también declarando que los mencionados baremos, en el mejor de los supuestos, solo podrían tener un valor orientativo y que, en modo alguno podrían comportar el automatismo en la determinación de las indemnizaciones, como decía la sentencia de 20 de febrero de 2012 (recurso de casación 527/2010) "*no son vinculantes y solo tienen un carácter meramente orientativo*" (en el mismo sentido, sentencia de 3 de mayo de 2012, recurso de casación 2441/2010). Y nada ha cambiado con la nueva regulación que se establece en el actual artículo que regula la indemnización que, como se ha expuesto en su transcripción, se limita a proponer que la determinación de la indemnización, que la primera que deba aplicar es la Administración, en su caso, "*podrá tomar como referencia*" dicho baremo, es decir, ni se impone imperativamente ni, menos aún, de aceptarse ese recurso al baremo, deba ser aplicado en toda su pureza. porque lo que se propone es "*tomarlo como referencia*". (...)>>

**DÉCIMO.** - En el presente caso conviene puntualizar que el perito de la parte actora hace su valoración considerando la existencia de mala praxis en ambas intervenciones, lo que, como hemos razonado, no es así. En segundo lugar, obvia que la primera intervención estaba indicada, y que, como también se ha argumentado, la evolución durante años de la patología podía influir en el resultado de dicha intervención. Por otra parte, valora el perito distintas secuelas y con el máximo de puntuación para cada una de ellas, y otros conceptos derivados de la segunda intervención, sin reparar en que algunos daños (días de incapacidad, cicatrices) se hubieran producido igualmente, pues, como se ha expuesto, la deficiente asistencia sanitaria se aprecia en la fase o etapa posterior a la intervención primera. Respecto a los días de curación incluye los de la segunda sin descontar los que se hubieran producido de haberse intervenido en un plazo razonable. Por último, considera que hay una mano sin funcionalidad y una incapacidad para todo tipo de tareas que exijan la utilización de esa mano, pero con ello no se

acredita una incapacidad para todas las ocupaciones habituales de la demandante.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, valorando el daño causado en su conjunto, y, atendiendo a la edad de la demandante, se considera adecuado fijar una indemnización por importe de 80.000.

**DÉCIMOPRIMERO.** - 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,**

### **FALLAMOS**

**Estimar en parte** el recurso contencioso administrativo interpuesto por contra la resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de la reclamación por responsabilidad patrimonial formulada, y, en consecuencia, anulamos dicho acto por no ser conforme a derecho, y reconocemos el derecho de la recurrente a ser indemnizada en la cantidad de 80.000 €, con el interés legal correspondiente; 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 perjudicados, cuando proceda.

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

