Sección 3ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco
Euskal Autonomia Erkidegoko Justizia Auzitegi Nagusia Administrazio-Auzietako Salaren 3. Atala

C/ Barroeta Aldamar, 10 2ª Planta - Bilbao
94-4016655 - tsj.salacontencioso@justizia.eus
NIG: 0105945320200000302
0000300/2023 Sección: CVJ Recurso de Apelación / Apelazio-errekurtsoa

Juzgado Contencioso-Administrativo Nº 2 de Vitoria-Gasteiz 0000126/2020 - 0 Procedimiento Ordinario

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

Firmado por: Carlos Cardenal del Peral, Luis Angel Garrido Bengoetxea, Paula Platas Garcia, Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL PAÍS VASCO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

RECURSO DE APELACIÓN N.º 0000300/2023

SENTENCIA NÚMERO 000522/2023

ILMOS. SRES.
Presidente
D.LUIS ANGEL GARRIDO BENGOETXEA

Magistrados
Dª. PAULA PLATAS GARCIA
D.CARLOS CARDENAL DEL PERAL

En la Villa de Bilbao, a 15 de noviembre del 2023.

La Sección: 3ª de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, compuesta por los/as Ilmos. Sres. antes expresados, ha pronunciado la siguiente SENTENCIA en el recurso de apelación, contra la sentencia dictada el 27/01/2023 por el Juzgado de lo Contencioso-administrativo n.º 2 de Vitoria-Gasteiz en el recurso contencioso-administrativo Ordinario número 0000126/2020.

Son parte:

- APELANTE: ALBERTO, representado por el procurador D. OSCAR y dirigido por el letrado D. JORGE FUSET DOMINGO.

- **APELADO**: OSAKIDETZA SERVICIO VASCO DE SALUD - OSAK_DIRECCIÓN GENERAL OSAKIDETZA, representado por el procurador D. GERMAN y dirigido por el letrado D.

Ha sido Magistrado Ponente el Ilmo. Sr. D. Carlos Cardenal del Peral.

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

Administración de Justicia en Euskadi | Justizia Administrazioa Euskadin

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Contra la sentencia identificada en el encabezamiento, se interpuso por ALBERTO recurso de apelación ante estaSala, suplicando se dictase sentencia.

SEGUNDO.- El Juzgado admitió a trámite el recurso de apelación, dando traslado al/a las demás partes para que en el plazo común de quince días pudieran formalizar la oposición al mismo, y en su caso, la adhesión a la apelación.

TERCERO.- Tramitada la apelación por el Juzgado, y recibidos los autos en la Sala, se designó Magistrado Ponente.

Se señaló para la votación y fallo el día 14/11/2023, en que tuvo lugar la diligencia, quedando los autos conclusos para dictar la resolución procedente.

CUARTO.- Se han observado las prescripciones legales en la tramitación del presente recurso de apelación.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Resolución recurrida. Demanda y contestación.

La demandante interpuso recurso contencioso-administrativo contra la resolución 4 de febrero de 2020 del Director General de Osakidetza, que desestima la reclamación presentada por la recurrente al no concurrir los requisitos para estimar la responsabilidad patrimonial.

La demanda expuso que don Alberto, nacido el 17 de mayo de 1970, padecía dolores cervicales a raíz de un accidente de tráfico de 2008.El 15 de mayo de 2017 ingresó en el Hospital Universitario de Santiago para una intervención quirúrgica.

Durante la intervención se produjo una lesión iatrogénica de la médula. Tras la intervención se objetivó tetraparesia. Hubo que reintervenir esa misma tarde, pese a lo cual persistió la tetraparesia de predominio izquierdo. Permaneció ingresado y surgieron complicaciones en el postoperatorio (meningitis). Después se retiró el material de osteosíntesis ypermaneció hasta el 19 de junio de 2017 en el HUA, cuando fue trasladadoal Hospital Universitario de Cruces para rehabilitación funcional.

Reproduce la página 9 de su informe (conclusiones):

«5.-CONCLUSIONES:

1- El demandante estuvo 2 veces en lista de espera quirúrgica, siendo dado de baja en la primera vez por falta de confianza en la resolución de sus dolores. En la separación entre ambas listas de espera presentó un intento autolítico, persistiendo sus síntomas psiquiátricos.

2- El paciente no presentaba déficit motor previo como certifican las exploraciones, siendo el resultado una Tetraparesia grado deC6.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

3- La operación se desarrolló normalmente hasta que se produjo un traumatismo dural. Esto se produce al trauma producido por el uso indebido de un laminotomo (así apunta la Medico Inspector) una cureta o el empleo del micromotor a 100.000 R/M. Obviamente el Neurocirujano ve el destrozo en superficie, pero no puede ver hasta donde llega, y la reparación dural habitualmente se hace con cierre de puntos -sutura primaria- o con otra de fascia antólogao heteróloga, reservando el sellante para poner en los puntos de unión de la fascia con la duramadre. No se debe emplear el sellante sólo debido a su escasa densidad, lo que hace que en este caso se requiera un gran volumen para oponerse a la zona de contusión, y además se ha descrito el hecho de que puede hincharse produciendo un efecto masa.

4- Como sea el sistema de monitorización neurofisiológica detectó la caída de más de un 50% entre las 13h40M y las 14h, estando obligados a revisar el sistema o bien era por otra causa (desintubación...) pero la intervención no se detuvo, llegando a su punto más importante como fue el que al introducir la prótesis intradiscal en C5-C6 los potenciales desaparecieron.

5- Se vulneró el principio Primun no nocere, primero no dañar.

6- El cirujano estaba obligado a retirar la prótesis intradiscal C5-C6 al advertir el claro empeoramiento, de hecho, al demandante se le retiró con posterioridad y vive sin ella en la actualidad.

7- Del post operatorio hay que advertir que una vez que vuelve de la UVI hay que ponerle un drenaje lumbar, no controlándosela analítica hasta el 26-5-17, llegando el resultado el 30-5-17, hecho también señalado por el Jefe del Servicio de UVI, cuando se habíadeclarado ya una Meningitis».

El 24/08 causó alta hospitalaria con el siguiente cuadro clínico:

• Tetraplejía C6 Asia C-D

• Disfunción detrusor esfinteriana

•Intestino neurógeno

• Anemia ferropénica en tratamiento

• Infección urinaria en tratamiento

• Mielopatía compresiva C5-C6

• Trastorno adaptativo.

Siguió la rehabilitación en casa. La Seguridad Social reconoció la gran invalidez con fecha de efectos de 1 de noviembre de 2017.

El informe pericial del demandante refleja que el 3 de octubre de 2018 persisten dos clases de fuertes dolores (desde región occipito-cervicalhasta omóplato izquierdo y desde hemicuerpo a extremidades izquierdas), su vida se reduce a ir desde la cama al sofá, al baño y vuelta a la cama, pues micciona cada 40 minutos de día y cada hora y media o dos horas de noche. Sólo puede defecar con ayuda cada tres días. Sufre erecciones dolorosas espontáneas e incontroladas sentado, no puede deambular correctamente pues se le cruza el pie izquierdo provocando su caída, tiene la mano en garra cubital en los tres últimos dedos, no tiene sensación en las rodillas, padece hipoestesia e hiperestesia (trastornos en la percepción)en diversas partes del cuerpo, no puede realizar pinza digital en la mano izquierda, sufre disminución de fuerza en antebrazo izquierdo, tendencia a

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

rotación izquierda del pie, cojera grado medio, cicatrices (postero occito-cervical de 20 cm. y latero-cervical de 5 cm, persistencia de leve comprensión en C5-C6.

El 2 de noviembre de 2020 se indica que ha empeorado el dolor y opresión de extremidades, y que prácticamente no duerme.

Ha sido dado de alta en todos los servicios menos psiquiatría.

Por todo ello, el perito fija como daños:

i) 94 días de perjuicio muy grave por hospitalización;

ii) 26 días de perjuicio grave;

iii) 75 puntos de secuela por tetraparesia baja;

iv) 20 puntos de secuela por dolor por desaferantación;

v) 5 puntos de secuela por trastorno adaptativo;

vi) 36 puntos por daño estético (atracción visual constante por la tetraparesia izquierda y la ciatriz posterior lateral;

vii) daños complementarios por perjuicio psicofísico (artículo 105, al superar secuela de 60 puntos y la suma de ellas los 80 puntos);

viii) daños complementarios por perjuicio estético (art 106 al recibir una puntuación de 36p. de casa y se encuentra todo el día con cansancio y dolores añadido a la espasticidad)

ix) perjuicio moral por pérdida de calidad de vida grave;

x) perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares (demandante depende total y enteramente de su madre, encontrándose el padre añoso y con 4 stent cardiacos. Está separado y con un hijo que no conviven con él).

xi) necesidad de ayuda de terceros (factor corrector).

Considera estabilizadas las secuelas desde el 1 de noviembre de 2017, fecha de efectos de la gran invalidez.

El total del daño se valora en 732432,70 euros, pero el demandante lo aumenta en un 25 % por el supuesto de perjuicio excepcional, dando un total de 915540,87 euros.

El demandante argumenta que se ha producido una vulneración de la *lex artis*, un error y retraso diagnóstico, el no agotamiento de medios a su alcance, pérdida de oportunidad y en cualquier caso desproporción de resultado pues acudió para un dolor de espalda y salió con una lesión invalidante, todo ello de acuerdo con el informe pericial del Sr. Jiménez Carmena.

La administración demandada expone que el paciente, que presentaba un cuadro de cervicobraquialgia bilateral (más acusada en el lado izquierdo) de larga evolución, fue diagnosticado de hernia discal C5-C6-C7. No mejoró con tratamiento conservador. Se recomendó cirugía

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

(microdiscectomía colocación de cajas intersomáticas y placas cervicales, artrodesis cervical de los espacios afectados). En 2015 rechazó operarse. Al año siguiente decidió operarse.

Se practicó la microdiscectomía, colocación de cajas intersomáticas y placas cervicales. Durante la cirugía se utilizó la monitorización intraoperatoria y el control radiológico para corroborar la correcta colocación de la prótesis.

Durante el acto quirúrgico, se desgarró la duramadre con salida de LCR, que se selló con Dura Seal. El registro neurofisiológico muestra una reducción de Potenciales Evocados Somatosensoriales del 50 % y unahora más tarde del 100 %, lo que ocurre por defecto técnico o por daño de la médula. La administración afirma que se debió, muy probablemente, a la manipulación quirúrgica y al daño de la duramadre. Una laceración de la duramadre y daño medular no implican necesariamente mala praxis quirúrgica en la utilización del laminotomo o micromotor por parte del cirujano. El ligamento vertebral posterior estaba osificado y en contacto directo con la duramadre, por lo que su resección resulta más laboriosa y compleja que otros casos más simples: hay que resecar el ligamento junto al disco cervical para eliminar la compresión medular, por lo que aumenta el riesgo de desgarro dural y daño medular. La laceración de la duramadre era pequeña, por lo que el Dura Seal está indicado. Se coloca sobre la duramadre.

Considera correcta la decisión de continuar y finalizar con la colocación de las cajas intersomáticas (que no tiene por qué suponer un aumento de presión sobre la médula).

En el postoperatorio, el paciente presentó la debilidad motora en miembros superiores e inferiores (tetraparesia), por lo que se realizó una RM urgente y en ella se pudo apreciar una compresión medular, causada probablemente por colección de líquido cefalorraquídeo y en parte por el sellador utilizado. Además, se aprecia mielopatía (presión lenta yprolongada de la médula espinal) y posible hemorragia puntiforme medular.

Concluye la contestación argumentando que la tetraparesia se debió, en parte, al daño medular secundario a la manipulación quirúrgica, y en parte por la compresión causada por la colección de LCR y sellado de duramadre.

Son complicaciones conocidas, que constan en el consentimiento informado. El riesgo de lesión medular se produce en el 4 % de lascirugías, sobre todo si son de varios espacios y técnicamente difíciles (como era el caso por presentar una barrera osteofitaria).

Durante su estancia, el paciente sufrió una fístula de LCR por la herida quirúrgica, que requirió un drenaje lumbar. Días después sufre meningitis, que fue tratada con antibiótico y una nueva intervención quirúrgica con doble abordaje.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

Considera que todas las secuelas eran posibles, conocidas y aceptadas por el paciente, y que en ningún momento se ha conculcado la lex artis.

Subsidiariamente, en cuanto a la valoración del daño, la contestación se remite a su propio informe de valoración del daño, que a su vez muestra su conformidad con el de la demandante salvo en determinados aspectos:

i) los días de perjuicio muy grave deben ser solo graves;

ii) los días de perjuicio grave deben ser de perjuicio moderado. El

perito manifiesta que de hecho así se recogen en la demanda.

También considera incongruente valorar con 75 puntos (franja alta que corresponde a hemiplejía) la lesión medular ASIA D-E, cuando ASIA D y E son precisamente las formas menos graves de lesión medular, lo que correspondería con una hemiparesia leve, puntuación 10 a 20, y considera adecuado el máximo de la horquilla: 20.

Tampoco acepta la secuela de 5 puntos de trastorno adaptativo depresivo, por ser previa a la lesión (ya había tenido intento autolítico).

La valoración de secuelas es por tanto 36 puntos.

Sobre la agravación de estado anterior, lo valora en 33 puntos, porque si bien es cierto que no había déficit motor, tenía una clínica de dolor de años de evolución, por lo que entiende debe asimilarse a algias cronificadas y persistentes.

Sobre el perjuicio estético, dado que al «grado importante» el baremo le atribuye de 22 a 30 puntos y que a la paraplejia le corresponde dicho grado, procede el mínimo de la horquilla de 22 puntos, porque puede bipedestar y deambular con ayuda de bastón. No corresponde el grado muy importante (31 a 30 puntos).

Por la suma de puntos de secuelas que propone, entiende que no procede el daño moral complementario por perjuicio psicofísico y estético. No obstante, si se considerase la valoración del perito demandante, entiende que en atención a la edad y la extensión del perjuicio, por los 81 puntos correspondería un máximo de 58877,90 euros y por los 36 de perjuicio estético 9648,06 euros (artículo 105).

También considera que el perjuicio por pérdida de calidad de vida debería reconocerse, si bien lo cifra en 65063,29 euros teniendo en cuenta la edad (no 80000 euros), y también restando el importe concedido por incapacidad permanente total de 26708,86 euros.

No considera procedente aplicar el perjuicio a familiares porque no es un gran lesionado (artículo 110) con la lesión descrita de ASIA D-E y, en cualquier caso, debería valorarse con el mínimo de la horquilla (30075 euros).

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

Los gastos de asistencia sanitaria de 120000 no han sido propuestos por el perito demandante y están mal calculados: se refieren a una hemiparesia grave y no es de grado grave y, de todos modos, tales gastos están previstos para compensar a los servicios de salud por gastos generadospor víctimas de accidente de tráfico (artículo 114) por lo que no es aplicable.

No considera aplicable el daño por necesidad de tercera persona: no coincide con lo valorado por su perito ni con la tabla 2C2 (para hemiplejía son 4 o 5 h, para hemiparesia grave son 2 horas, y no es grave sino leve). El artículo 121.B se emplea para casos en que, pese a no alcanzarse la puntuación necesaria, la ayuda es necesaria por verse afectada gravemente la autonomía personal. En este caso existe afectación a tal autonomía pero no exclusivamente por las lesiones reclamadas: ya antes tenía una incapacidad permanente total por cuadro psiquiátrico grave. En todo caso, el baremo considera 2 h al día: 8349,08 euros según su edad.

Tampoco considera procedente el incremento del 25 % por perjuicio excepcional: no es un perjuicio relevante, ocasionado por circunstancias singulares y no contemplados en las normas y límites del sistema.

Concluye la demanda que la valoración debería ser de 126320,86 euros.

SEGUNDO.- La sentencia de instancia

La sentencia desestima el recurso. En la confrontación entre los informes periciales aportados, concluye:

«el segundo [de la administración] se nos presenta como más objetivo y ajustado a la realidad del pleito, atendiendo no sólo a la cualificación profesional de quienes lo firman, especialistas ambos en aquella de las disciplinas cuyo tratamiento ha sido aquí puesto en cuestión, sino también al detalle, exactitud, conexión y resolución de los argumentos que soportan la exposición, así como a la solidez de sus deducciones, que además resultan coincidentes, en esencia, con el informe de la inspección médica (folios 557 a 583 e.a.)».

También afirma la sentencia de instancia:

«Las conclusiones a las que llega el meritado informe pericial coinciden con las que se desprenden del informe de la Inspección médica (folios 557 a 583 del expediente)».

Por último, la sentencia hace suyos los argumentos de la Comisión Jurídica de Euskadi (folios 633 a 654 del expediente), relativos a la suficiencia del consentimiento informado, la corrección del diagnóstico y del tratamiento. Especialmente, respecto de este último, que a su vez recoge el informe de la inspectora médica, la sentencia reproduce el siguiente pasaje:

«El fracaso del tratamiento conservador, la progresión de la lesión motora o la afectación medular son las indicaciones del tratamiento quirúrgico de las hernias de disco cervicales. Esto ocurre en el 10-20% de los pacientes. El objetivo de la cirugía en las hernias de disco cervicales es la exéresis del disco herniado y la descompresión de las estructuras nerviosas.

En este caso el paciente había estado años con tratamiento conservador, había estado en la unidad del dolor y en el servicio de rehabilitación sin conseguir una mejora de la sintomatología.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

La técnica quirúrgica realizada discectomía y artrodesis con Colocación de cajas- placas y tornillos vía anterior, en la bibliografía consultada, esta técnica quirúrgica está indicada en la patología que sufría el paciente, hernia discal cervical C5C6 y C6C7.

La lesión que el paciente presentó, tetraparesia, aunque es infrecuente, es una de las posibles complicaciones que pueden aparecer en el transcurso de una cirugía de hernia discal cervical, y no son debidas a un error en la elección de la técnica.

Los resultados publicados en la cirugía de las hernias de disco cervicales son buenos o excelentes entre un 80-90% de los casos, con una tasa de complicaciones de un 5% aproximadamente.

Se puede obtener una reducción de complicaciones neurológicas con el uso constante de neuromonitorización intraoperatoria, especialmente en procedimientos quirúrgicos de alto riesgo neurológico. Como fue el caso de esta cirugía que se realizó monitorización intraoperatoria.

La cirugía se realizó también con la ayuda de scopia por lo que se pudo determinar la correcta colocación de las cajas intersomáticas y placas cervicales».

También resalta, en cuanto a la pérdida de oportunidad alegada, el siguiente fragmento del informe de la inspección médica:

«Tras la aparición de la sintomatologia neurológica al producirse la reversión de la anestesia, se realizó RMN que evidenció colección en C5C6 en torno al injerto intersomático con aumento de la convexidad posterior y efecto masa anterior sobre el canal medular (deforma levemente la cara anterior del cordón medular) y alteración de la señal compatible con mielopatia contusión y hematoma intramedular. Se realizó nueva cirugía urgente de retirada de la caja placa y extracción del material que comprime saco dural y cordón medular (Duraseal) usado para el tratamiento de la puntura dural».

En cuanto a la desproporción de los resultados, la inspectora afirma:

«La aparición de un déficit neurológico nuevo es una complicación poco frecuente en la cirugía vía anterior de hernia cervical. Si el déficit neurológico se hace evidente inmediatamente después de la intervención la causa más probable del déficit se debe a un trauma quirúrgico o a problemas relacionados con la posición o la manipulación del cuello durante la intubación.

En el acto quirúrgico fue necesario el uso de un sellador de duramadre al producirse una puntura dural, se utilizó el DuraSeal.

En este caso la lesión producida durante el acto quirúrgico fue una mielopatía (lesión medular de nueva aparición) complicación recogida en el consentimiento informado.

La mielopatía presente en el informe de la 1RJVV posterior a la primera cirugía pudo ser causada por el microtraumatismo producido por el Laminotomo utilizado para: la liberación del LCP y/o liberación de los osteofitos presentes a nivel C5-C6.

Además, como se recoge en la bibliografía consultada, si el déficit neurológico se hace evidente inmediatamente después de la intervención la causa más probable del déficit se debe a un trauma quirúrgico.

Tras realizar una búsqueda exhaustiva en relación al uso de DuraSeal y la aparición de mielopatía y/o hematoma intradural tras su aplicación en cirugías de columna vertebral, no se ha encontrado ninguna referencia bibliográfica relacionada con el uso del DuraSeal y la aparición de mielopatía y/o hematoma intradural».

Por todo ello, concluye la sentencia:

«En el caso examinado, el daño que sufre el recurrente, según explica la inspectora, es el resultado de una complicación de la intervención quirúrgica. adecuadamente indicada, que se encuentra documentada científicamente y que fue informada al paciente, que consintió

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Ángel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas García,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

someterse a la cirugía con esa información. En definitiva, ante la quiebra de lo esperable y normal, la Administración sanitaria ha demostrado que tal resultado no responde a una mala praxis y que su causa se encuentra fuera de su ámbito de actuación».

TERCERO.- Recurso de apelación

El recurso de apelación afirma que se ha producido una lesión por falta de diligencia en la intervención y falta de seguimiento postoperatorio.

Insiste en fijar la lesión de la *lex artis* en el uso indebido de un laminotomo.

Afirma que, ante dicha circunstancia, era incorrecto proceder a un sellado con Dura Seal: debió procederse al cierre con sutura, por lo que se incumplió el protocolo de utilización del producto sellante.

Tras el sellado, se observó la caída de un 50 % de los potenciales neurológicos intraquirúrgicos. En esta circunstancia, no debió continuarse la operación introduciendo las prótesis intradiscales. Cuando se introdujeron, desaparecieron completamente los potenciales neurológicos intraquirúrgicos. En esa circunstancia no se retiraron las prótesis, como debió haberse hecho, sino que se hizo después, en la segunda intervención.

Con ello se vulneraron los protocolos de neurocirugía en relación con los signos de alarma de la neuromonitorización.

En el postoperatorio hubo que aplicar drenaje lumbar, y contrariamente a la l*ex artis* no se controló la analítica hasta el 26 de mayo de 2017 (once días más tarde), y cuando llegó el resultado el día 30 de mayo ya se había declarado la meningitis.

En cualquier caso, tras la retirada del material sellante y la prótesis se podía haber dejado el drenaje lumbar y evitado igualmente la compresión medular.

El primer motivo de recurso es el error en la valoración de la prueba. Critica que la sentencia se limite a transcribir las apreciaciones de la pericial de la demandada, dándolas por buenas por ser coincidentes con el informe de la inspección médica.

El apelante pone el acento en los siguientes extremos:

i) El informe de la inspección (página 582 del expediente) reconoce que es posible que la lesión fuese debida a un microtraumatismo producido por el laminotomo utilizada para liberar LCP y/o osteofitos. Sin embargo, según el apelante, dicha lesión puede preverse y evitarse, y en ello no reparan los informes, porque el cirujano no explica el procedimiento seguido en la hoja operatoria, por lo que no se puede comprobar que se haya utilizado la técnica con la precisión y cuidado exigibles a su especialidad. El informe pericial del demandante afirma que la lesión se produce por el uso inhábil del laminotomo.

Si se usa laminotomo se debe colocar previamente una microlentina entre el espacio epidural y el osteofito, evitándose que se muerda la duramadre,

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba
Fecha: 21/11/2023 10:47
URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html
CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

se traccione y se cause el trauma medular. En caso de micromotor, se maneja con fresa de diamante e incluso con las dos manos.

El parte quirúrgico no indica cómo se produce la fístula, ni su tamaño, por lo que los peritos de la demandada elucubran sobre el tamaño de la fístula.

ii) El informe pericial de la demandante afirma que, en ese caso, el Dura Seal no puede aplicarse directamente sobre la médula, tal y como indica la ficha técnica y la bibliografía del producto, porque dicho sellante, en contacto con superficies húmedas, se hincha y alcanza un tamaño muy superior al inicial, produciendo compresión medular.

iii) Ante una lesión de estas características, se debió suturar y para la intervención, no tapar utilizando Dura Seal, que es un producto complementario de la sutura, no el único.

Esto lo reconoce el propio perito de la demandada (página 9 de su informe).

Los peritos de la demandada tratan de justificarse en que el ligamento vertebral común posterior estaba calcificado, pero tal hecho no consta en la historia clínica ni en los estudios radiológicos.

iv) Expone que la monitorización neurológica es la técnica que evalúa a tiempo la integridad funcional de las vías sensoriales, motoras e incluso cognitivas. La finalidad es asistir al equipo quirúrgico en la prevención y toma de decisiones intraoperatoria, permitiendo disminuir la incidencia de daño neurológico permanente postoperatorio, de forma análoga a otros controles sobre la actividad cardíaca y respiratoria, que evitan o permiten afrontar crisis de paradas cardíacas y anoxia.

Pues bien, el informe de la parte apelante explicaría el proceder en caso de caída de valores al 50 % (alarma de daño) lo que no se ha realizado. Se siguió operando hasta que los indicadores bajaron al 100 % y, entonces, el cirujano no gestionó la crisis sino que dejó la prótesis colocada, en vez de retirarla.

El manual de uso Handbook of Clinical Neurology indica que si en el momento de caer los potenciales totalmente se retira lo efectuado en el plazo de 15 minutos, es posible recuperar totalmente los potenciales. Aunque esa operación se hizo en la segunda intervención, ya no se volvieron a recuperar tales potenciales por la demora en cortar el daño neurológico.

Debía haberse procedido al cierre de emergencia del campo quirúrgico y suspensión del procedimiento, mientras se instauraba terapia IV anti edema medular (metilprednisolona) se debía haber bajado al pacientedirectamente a la RM cervical a rayos para ver el alcance de la lesión, con lo cual tendríamos solo un 50% de lesión. En ningún caso se debió haber seguido como si no hubiese pasado nada, ya que tras la implantación de laprótesis discal este daño medular se adveró en el 100%.

Se vulneró con ello el principio de no lesionar.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Ángel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas García,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

Además, la segunda intervención demuestra que la prótesis estaba estallada cuando se retiró, lo que evidencia que estaba, además, mal colocada, además de retirar el sellando que se había comportado como masa compresiva.

v) En cuanto al postoperatorio, afirma que estuvo drenando LCR varios días hasta el 27 de mayo de 2017. Aunque el líquido salía color turbio cuando normalmente es claro, sólo se tomó una muestra para su análisis que se procesó el 30 de mayo de 2017. El 28 de mayo de 2017, una RM mostró la expansión de la inflamación, un edema más marco. El 30 de mayo de 2017, día de la nueva intervención quirúrgica, ya había un gran edema medular. Si el día de retirada del drenaje se hubiera hecho una simple tinción GRAM se hubiese acotado la meningitis.

CUARTO.- Oposición a la apelación

La oposición a la apelación argumenta que no realiza una crítica fundada de la sentencia, sino que en su mayor parte reproduce las alegaciones realizadas en instancia y pretende que se sustituyan las conclusiones alcanzadas por el Juez, que no son ilógicas ni incoherentes, por las suyas propias.

Además, rebate que en caso de laceraciones pequeñas sí está indicado el Dura Seal, y que el tamaño pequeño sí consta en la historia clínica («pequeña laceración dural», folios 273 y 561 del expediente). También consta la calcificación del ligamento (folios 580 y 582 del expediente).

Insiste en que producida la laceración en último tramo de la cirugía, no tenía sentido suspender el procedimiento, y que fue correcto el proceder.

También rebato que la RM se hizo de forma urgente nada más salir del quirófano, el drenaje no se colocó tarde sino cuando se observó la fístula, y se enviaron muestras para el análisis.

Se opone a la incorporación de documentos nuevos en la apelación y a las nuevas alegaciones.

Posteriormente reproduce el informe de la inspección médica y de la COJUA y concluye solicitando la desestimación del recurso.

QUINTO.- Sobre la documental aportada en apelación

Tal y como expone la parte apelada, el artículo 56 LJCA y 270 LECimpiden la admisión de tales documentos, por lo que se rechazan.

SEXTO.- Sobre la apelación y su naturaleza. Valoración de la prueba

Debe recordarse que la apelación es un juicio sobre la sentencia.

Como hemos dicho en numerosas ocasiones (valga como ejemplo la STSJPV 89/2012 de 8 de febrero ECLI:ES:TSJPV:2012:3439, o la STSJPV 864/2011 de 14 de diciembre ECLI:ES:TSJPV:2011:5020), aun cuando el recurso de apelación transmite al tribunal ad quem la plenitud de competencia para revisar y decidir todas las cuestiones planteadas en primera instancia, en la fase de apelación se exige un examen crítico de la

Firmado por: Carlos Cardenal del Peral, Luis Ángel Garrido Bengoetxea, Paula Platas García, Domingo Enrique Gibert Trueba
Fecha: 21/11/2023 10:47
URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html
CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

sentencia, para llegar a demostrar o bien la errónea aplicación de una norma, la incongruencia, la indebida o defectuosa apreciación de la prueba o cualesquiera otras razones que se invoquen para obtener la revocación de la sentencia apelada. No es suficiente la mera reproducción del escrito de demanda, planteando sin más el debate sobre los mismos términos en que lo fue en primera instancia como si en ella no hubiera recaído sentencia, pues con ello i) se desnaturaliza la función del recurso; y ii) se impide en la mayoría de los casos conocer el ámbito y el contenido de la pretensión impugnatoria, se oscurece el debate procesal sobre la corrección de la resolución impugnada y se origina indefensión a la parte apelada, que no puede conocer con la suficiente claridad los argumentosen que se funda la impugnación de la sentencia o resolución dictada para oponerse a ellos.

En materia de valoración de la prueba efectuada en la instancia, por su claridad merece ser citada nuestra STSJPV 195/2021, de 19 de mayo:

«Previamente al análisis de los motivos de apelación invocados, es necesario resaltar con carácter preliminar que los límites del recurso de apelación sólo permiten denunciaraquellas valoraciones que se oponen a la lógica o a la razón, y no pretender sustituir la valoración ponderada y razonada de la sentencia recurrida por otra que satisfaga los intereses de los apelantes. Así, el recurso de apelación permite discutir la valoración que de la prueba practicada hizo el Juzgador de instancia, sin embargo la facultad revisora porel Tribunal ad quem de la prueba realizada por el Juzgador a quo debe ejercitarse con ponderación, en tanto que fue aquel órgano quien la realizó con inmediación y por tanto dispone de una percepción directa de aquélla, percepción inmediata de la que carece la Sala de apelación, salvo para la prueba documental, con lo que estará en mejor posición en tal labor de análisis de la prueba que la que tendrá la Sala al conocer de la apelación.

En consecuencia, el Tribunal ad quem sólo podrá entrar a valorar las diligencias de prueba practicadas defectuosamente, se entiende por infracción de la regulación específica de las mismas, fácilmente constatable, así como de aquellas diligencias de prueba cuya valoración sea notoriamente errónea, esto es, cuya valoración se revele como equivocada sin esfuerzo, o cuando existan razones suficientes para considerar que la valoración de la misma contradice las reglas de la sana crítica, hecho que cabe advertir en supuestos graves y evidentes de desviación que la hagan totalmente ilógica u opuesta a las máximas de la experiencia».

En este caso, la Sala coincide con el apelante en que la valoración de la prueba no ha sido la adecuada por cuanto no ha sido suficientemente motivada. La preferencia por el informe pericial de la demandada se justifica en abstracto alegando que es mejor informe que el de la demandante, pero no desciende al caso concreto ni justifica por qué lo considera mejor comparando los puntos en que los peritos discrepan.Asimismo, el hecho de que el informe pericial de la parte demandada coincida con lo que manifiesta la inspección médica no es un argumento suficiente ni, en las circunstancias del caso, convincente a la vista de loque a continuación se dirá sobre los informes.

Con independencia de que la Sala considera que la administración no ha satisfecho la carga de la prueba que le incumbe en cuanto al cumplimiento de la lex artis ad hoc, procede hacer alguna puntualización sobre el resultado de la prueba practicada en esta segunda instancia, es decir, sobre las explicaciones del perito en juicio.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Ángel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas García,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

Las explicaciones del perito en juicio constituyeron en buena medida una ampliación del informe que no procede admitir. En su exposición explicó con sumo detalle aspectos que no fueron tratados, o no con la debida profundidad, en el informe.

La exposición del dictamen ha de servir para aclarar algún punto oscuro o que las partes o el juez hayan no podido entender adecuadamente, pero no puede llegar al punto de introducir hechos nuevos que no constaban en él, como: i) todo lo relativo a la relevancia de la caída de los niveles neurológicos y a la ventana de 15 minutos para solventarlo; ii) lo que narró sobre la sustitución de un cirujano por otro por la impericia del primero, hecho que ni forma parte de la pericia ni ha podido ser sometido a prueba directa o contradicción; iii) la crítica que realizó a las omisiones del documento que debió reflejar lo que aconteció en la operación.

La intervención del perito en juicio ha de ser un complemento del informe escrito, y no al revés. Además, el informe de la parte demandante tampoco incorporó como anexo, para poder ser verificados por el tribunal, los protocolos médicos relevantes sobre cómo proceder en caso de caída de niveles neuronales, sobre sellado de la duramadre, los protocolos o manuales de uso del Dura Seal o sobre cómo actuar en caso de drenaje lumbar de aspecto turbio para la detección precoz de la meningitis.

Así las cosas, el informe de la parte demandante es desde luego parco e incompleto y no puede integrarse o complementarse en el acto del juicio oral de forma sorpresiva hasta el punto en que lo hizo el perito.

Sin embargo, lo cierto es que tampoco los informes periciales de la demandada acreditan haber cumplido con la *lex artis*.

El informe pericial de la demandada no contesta a las objeciones del perito de la parte demandante, y esto va a resultar crucial para la estimación (aun parcial) de la apelación y de la demanda.

El informe pericial de la demandada es un informe aséptico, que no valora la actuación médica en concreto y, sobre todo, no afronta los reproches del informe del demandante, sino que prácticamente se limita a describir lo que aconteció y lo que se hizo. Tampoco adjunta protocolos de actuación ni protocolos sobre el Dura Seal.

Así, se limita a afirmar que durante el acto quirúrgico se desagarró la duramadre, que se selló con Dura Seal, y que se redujeron los potenciales neurológicos. Todo ello son hechos no discutidos: de lo que se trata es de saber si eso es en sí mismo mala praxis, si se debió reaccionar de alguna manera concreta o si por el contrario es conforme a los protocolos médicos, que el informe ni menciona. Después afirma: «esto puede ocurrir por un defecto técnico o por daño de la médula. En este caso, muyprobablemente, se debió a la manipulación quirúrgica y al daño que se produjo en la duramadre», lo que no es expresivo de nada.

Se dice también: «consideramos que sucediendo en el último tramo de la cirugía no tenía sentido suspender el procedimiento y por lo tanto fue

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Ángel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas García,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

correcta la decisión de continuar y finalizar con la colocación de las cajas intersomáticas que, por otra parte, esto no tiene que suponer un incremento de la presión sobre la médula, ya que el objetivo de la cirugía es precisamente descomprimir el espacio afectado». Sin embargo, esta compresión fue precisamente lo que se produjo y no se ofrece explicación.

Tras afirmar que la laceración por laminotomo es un riesgo conocido,afirma: «la laceración que se produjo en la duramadre al parecer erapequeña, por lo que en estos casos la utilización de un sellador de fibrina está indicado, el cual se coloca sobre la duramadre, a veces sobre un recorte de surgicel, por lo que no se deposita directamente sobre la médula». Es decir, ni sale al paso de las críticas del perito de la demandante sobre el tamaño concreto de la laceración, toma por buena la apreciación subjetiva sobre el tamaño, y no aporta documentación ni información sobre el Dura Seal, su uso y contraindicaciones.

Luego, paradójicamente, reconoce: «en el postoperatorio inmediato el paciente presentó una debilidad motora […] en ella [RM urgente] se aprecia una compresión medular probablemente causada por una colección de LCR y en parte por el sellador sintético utilizado». Por tanto, reconoce que la compresión se debió al sellador sintético.

El informe menciona que hubo monitorización neuronal, lo cual nuevamente es algo obvio y no discutido, pero nada dice sobre las consecuencias de la caída de potenciales, si eso tiene o no relevancia y cómo debía haberse actuado, frente a la crítica del perito del demandante.

Tampoco afirma ni desmiente ni ofrece explicación sobre el buen o mal hacer en relación con la detección del cuadro infeccioso en el postoperatorio, frente a la crítica del perito demandante.

Por lo tanto, a la vista del contenido y explicaciones del perito de la parte demandante, por contraste con la demandada, la Sala entiende que es este informe el que merece mayor credibilidad, al tiempo que concluye que la parte demandada no ha justificado suficientemente haberse ajustado a las reglas de la buena praxis médica.

SÉPTIMO.- Valoración del daño

En cuanto a la valoración del daño, con alguna precisión, procede partir del informe pericial de la parte demandada.

En primer lugar, la formación al respecto del perito de la demandada es mucho mayor que el del demandante. Este cuenta con unos cursos de la UAM, mientras que el perito de la parte demandada es doctor en medicina legal, por ejemplo, lo que tiene reflejo de hecho en la terminología, más precisa, empleada por el perito de la parte demandada y en la calidad global del informe (el perito de la demandante, por ejemplo, refiere «secuelas por lesiones temporales» como título para cifrar el perjuicio relativo a los días de hospitalización, lo que es una terminología incorrecta).

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/Index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

En segundo lugar, el informe de la parte demandada en este ámbito es mucho más extenso, preciso, con referencia a los artículos de la ley, y justifica cada una de las partidas. En este sentido, el perito de la demandada justifica sus discrepancias con referencia precisa a las normas de la Ley 35/2015 en términos que la Sala comparte y asume comopropios.

En tercer lugar, se muestra objetivo al compartir algunos conceptos y cuantías propuestas por el perito de la demandante, e incluso apunta a que en algunos casos el importe podría haber sido mayor (el tiempo en UCI). Pese a que no ha explorado personalmente al paciente, sí parte de las consideraciones sobre las exploraciones del perito de la demandante.

En cuarto lugar, el propio perito de la demandante reconoce algún error como el de la clasificación ASIA de la hemiparesia.

La Sala únicamente hace dos apuntes al informe pericial de la demandada:

i) el perito de la demandada no recoge los 1000 euros de intervención quirúrgica que recoge la demanda y que efectivamente son consecuencia de la mala praxis inicial.

ii) el perito de la demandada resta el importe concedido por incapacidad permanente total de 26708,86 euros. Sin embargo, la Sala entiende que no procede restarlo, ya que la cantidad satisfecha por la Seguridad Social tiene una naturaleza jurídica distinta. Se trata de una prestación asistencial, mientras que lo que aquí se dilucida es una indemnización por daños y perjuicios.

Por lo tanto, la cantidad, siguiente el baremo de accidentes de tráfico como orientación, queda como sigue:

1.- Lesiones temporales:

94 días de perjuicio grave: 75 euros x 94 = 7050

26 días de perjuicio moderado: 52 euros x 26 = 1352

1 intervención quirúrgica: 1000

Total: 9402 euros.

2.- Secuelas

36 puntos por la concurrencia de la hemiparesia y el dolor

33 puntos por la agravación de estado anterior

Total: 69 puntos: 169.190,68 €

3.- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida

La Tabla 2.B establece una horquilla entre 40000 y 100000. La cifra de 65063,29 ofrecida por el perito de la demandada que tiene en cuenta la edad como criterio es razonable y se justifica partiendo de un criterioobjetivo.

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

4.- Pérdida de calidad de vida por perjuicios de familiares.

No se considera justificado otorgarlo. El artículo 110 ya considera «excepcional» otorgarlo en casos de secuelas que sumen 80 puntos, lo que no es el caso. Por otro lado, el concepto se justifica en la medida en que «compensa la sustancial alteración que causa en sus vidas la prestación de cuidados y la atención continuada de dichos lesionadoscuando han perdido la autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria». En este caso, el paciente ya tenía una incapacidad permanente total, y no se justifica en qué medida se habría incrementado sustancialmente la alteración en lavida de la madre en cuanto a los cuidados y atención continuada.

Suma total: 9402 euros + 169.190,68 € + 65063,29 = 243655,97 euros.

En cuanto a los intereses, se solicitan los legales, que en materia de responsabilidad patrimonial son los propios del artículo 34.3 LRSJP.

No procede imponer los intereses del artículo 20 LCS, de carácter marcadamente sancionador. La Sala entiende que concurría una situación de notoria incertidumbre sobre la concurrencia o no de infracción de *lex artis* que hacía necesario acudir al proceso, como prueba la dificultad de establecer la existencia en sí de siniestro (entendido como infracción de *lex artis*) y también la ostensible rebaja frente a lo reclamado por la demandante (STS Sala 1ª 681/2023 de 8 de mayo y sentencias allí citadas).

Por todo ello, procede estimar parcialmente el recurso.

OCTAVO.- Costas

En virtud del artículo 139.2 LJCA, no se imponen las costas de la apelación y tampoco las de primera instancia.

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que nos confiere la Constitución Española,

FALLAMOS

Estimar parcialmente el recurso de apelación y, en consecuencia,

1.- **Revocar** la sentencia de instancia.

2.- **Estimar parcialmente** el recurso contencioso-administrativo.

3.- **Declarar** que la resolución recurrida no es conforme a Derecho y, en consecuencia, **anularla**.

4.- **Condenar** a la administración y a la aseguradora demandada a pagar al demandante la cantidad de 243655,97 euros, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se

Firmado por:
Carlos Cardenal del Peral,
Luis Angel Garrido Bengoetxea,
Paula Platas Garcia,
Domingo Enrique Gibert Trueba

URL firma electrónica./Sinadura elektronikoaren URLa: https://psp.justizia.eus/SCDD/index.html

Fecha: 21/11/2023 10:47

CSV: 4802033003-d4b74629206c2d8e3b99f184bdb7040cMbZnAA==

exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normaspresupuestarias de las Comunidades Autónomas.

5.- **No condenar** al pago de las costas de la apelación ni de la instancia.

Notifíquese esta resolución a las partes, advirtiéndoles que contra la misma cabe interponer **RECURSO DE CASACIÓN** ante la Sala de lo Contencioso - administrativo del Tribunal Supremo, el cual, en su caso, se preparará ante esta Sala en el plazo de **TREINTA DÍAS** (artículo 89.1 LJCA), contados desde el siguiente al de la notificación de esta resolución,mediante escrito en el que se dé cumplimiento a los requisitos del artículo 89.2, con remisión a los criterios orientativos recogidos en el apartado III del Acuerdo de 20 de abril de 2016 de la Sala de Gobierno del Tribunal Supremo, publicado en el BOE n.º 162, de 6 de julio de 2016.

Quien pretenda preparar el recurso de casación deberá previamente consignar en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de este órgano jurisdiccional en el BANCO SANTANDER, con n.º 5628 0000 01 030023, un **depósito de 50 euros**, debiendo indicar en el campo concepto del documento resguardo de ingreso que se trata de un "Recurso".

Quien disfrute del beneficio de justicia gratuita, el Ministerio Fiscal, elEstado, las Comunidades Autónomas, las entidades locales y los organismos autónomos dependientes de todos ellos están exentos de constituir el depósito (DA 15.ª LOPJ).

Así por esta nuestra Sentencia de la que se llevará testimonio a los autos, 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 solo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que el mismo contuviera ycon pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela 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.
APE 300/2023

DILIGENCIA.- En Bilbao, a 15 de noviembre del 2023

La extiendo yo, letrado de la administración de justicia, para hacer constar que en el día de hoy la anterior sentencia, firmada por quienes la han dictado, pasa a ser pública en la forma permitida u ordenada en la Constitución y las leyes, quedando la sentencia original para ser incluida en el libro de sentencias definitivas de esta sección, uniéndose a los autos certificación literal de la misma, procediéndose seguidamente a su notificación a las partes. Doy fe.