

**IGNACIO MELCHOR & ELISA ZABIA
PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES**

Santo Domingo de Silos, 8 1º D

28036 MADRID

ESPAÑA

Tlfs/Phone 91 5647666/Fax: 91 4113958 Móviles 629 01 78 32-629 82 80 12

E-Mail: despacho@melchorzabia.com

TRANSMISIÓN POR FAX

La información contenida en este fax es privada y confidencial, destinada únicamente para el destinatario. Si usted no lo es, no debe copiar, distribuir ni emprender acción alguna en relación con este fax. Si lo ha recibido por error, le rogamos lo notifique inmediatamente por teléfono a cobro revertido al indicado arriba y devuelva el original por correo a la dirección igualmente indicada. Los gastos de envío le serán reembolsados. Muchas gracias.

TEXTO:

Estimado compañero:

Adjunto te acompaño copia de la sentencia notificada en el día de hoy en el asunto de referencia.

JDO. TRIBUNAL : JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 97
Nº ASUNTO : 1311/14
CLIENTE :
CONTRARIO :
ASUNTO : PROCEDIMIENTO ORDINARIO
M/ REF : 652/14
S/ REF : «Referencia2_EXP»

Fecha : 12 de junio de 2015
Hojas/ Pages : (incluida la carátula)
Destinatario / To : JOSE ANTONIO RAMOS MESONERO
Tlf. Dest: : 91 7903697



JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 97 DE MADRID

C/ Princesa, 3 , Planta 7 - 28008

Tfno: 914437886

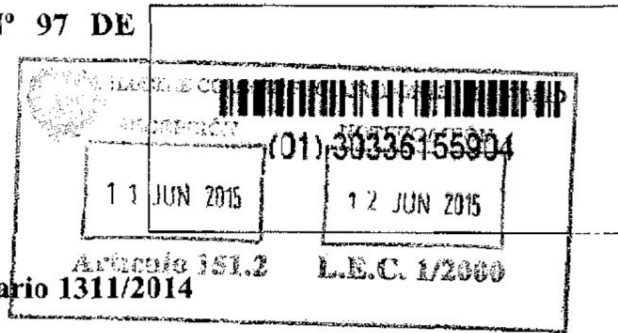
Fax: 914437880

42020310

NIG: 28.079.00.2-2014/0185224

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 1311/2014

Materia: Contratos en general



Demandante: D./Dña.

y D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. IGNACIO MELCHOR ORUÑA

Demandado:

PROCURADOR D./Dña.

SENTENCIA Nº 126/2015

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D.

En Madrid a 3 de junio de 2015.

Vistos por mí, _____, Juez de Apoyo al Juez de Adscripción Territorial del Tribunal Superior de Justicia de Madrid con destino en el Juzgado de Primera Instancia número 97 de Madrid, los presentes autos de Procedimiento Ordinario, seguidos en este Juzgado bajo el número arriba indicado, sobre reclamación de cantidad por negligencia médica, a instancia de _____, representando legalmente a su hija menor Lola Hernández Jodar, representada por el procurador Ignacio Melchor de Oruña y asistido del letrado José Antonio Ramos Mesonero, frente a la aseguradora _____ representada por el procurador _____ y asistida del letrado _____.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El procurador de los Tribunales Ignacio Melchor de Oruña, en representación de Lola Hernández Jodar, interpuso, el día 26 de noviembre de 2014, demanda de juicio ordinario frente a la entidad aseguradora _____, reclamando la suma de 185357,52 euros, intereses y costas, por daños personales ocasionados, el día 2 de junio de 2013, en el Hospital de Vinalopó (Alicante).

SEGUNDO.- Mediante decreto, de fecha 9 de diciembre de 2014, se admitió a trámite la demanda y se emplazó a la demandada. Ésta contestó a la demanda, en escrito presentado el





día 20 de enero de 2015, oponiéndose a la misma, por lo que se convocó la Audiencia Previa.

TERCERO.- El día 25 de marzo de 2015, se celebró la Audiencia Previa con asistencia de las partes. No se alcanzó, desestimándose las excepciones procesales de falta de capacidad y prejudicialidad administrativa alegadas por la demandada, sin que se interpusiese recurso ante la desestimación. La actora no impugnó documentos, mientras que la demandada impugnó el documento 1 de la demanda, anexo 1 del informe pericial de la otra parte y el último informe pericial, además de los documentos 112 y siguientes de la actora. Seguidamente se fijó como hechos controvertidos si era preciso o no la asistencia de matrona y ginecólogo, si estaba indicada la oxitocina, si era necesaria la cesárea a raíz de las pruebas, si la vía vaginal se hizo correctamente y el alcance de las lesiones. La actora propuso como prueba la documental, la pericial de _____ y la pericial de _____.

El demandado propuso la documental, más documental consistente en petición de historia clínica relacionada con los hechos, testifical-pericial de _____ y la pericial de _____ y de _____. Se admitió toda la prueba salvo la pericial de _____, propuesta por la actora, ante lo cual interpuso recurso de reposición, que fue desestimado, formulando protesta. Acto seguido se dio por terminado la Audiencia Previa.

CUARTO.- El día 11 de mayo de 2015 se celebró el juicio con asistencia de las partes. Se practicó toda la prueba admitida y se formularon conclusiones en las que cada parte se afirmó en sus pretensiones iniciales.

Tras todo lo cual quedaron los autos vistos para dictar la presente resolución.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La parte actora, _____, representada por su madre _____, reclama la suma de 185357,52 euros, intereses y costas, por daños personales derivados de la asistencia sanitaria prestada durante el parto en el Hospital de Vinalopó (Elche), el día 2 de junio de 2013, ejercitando la acción directa del artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro frente a la aseguradora del centro sanitario, _____. La actora sostiene existencia de mala praxis obstétrica durante el parto a que fue sometida el día 2 de junio de 2013 en el citado hospital, puesto que, pese a que ingresó con una rotura prematura de membrana el día 2 de junio de 2013 a las 01:00 horas, con dinámica uterina irregular y con existencia de una cesárea previa, sin estar presente un ginecólogo hasta la expulsión del feto, se administró oxitocina, la cual está contraindicada en supuestos de historial de cesárea previa y de contracciones hipertónicas, desembocando la administración de la oxitocina en hiperdinamia uterina y taquicardia fetal. Con estos antecedentes y evolución, según la actora, se debería haber practicado una cesárea, la cual estaba indicada hasta en tres ocasiones más, en las horas posteriores a la administración de oxitocina, dado que se produjo una distocia porque el parto no progresaba debido a falta de dilatación, falta de descenso del feto y mala posición (occipiliaca posterior y luego transversa), además de RCTG patológicos. Finalmente, en lugar de cesárea, se llevó a cabo un parto vaginal





aplicando ventosa Kiwi en III plano, realizando tres tracciones, lo que dio lugar a que la recién nacida, Lola, sufriese un trauma en el plexo braquial, con tres secuelas recogidas en el Real Decreto Legislativo 8 / 2004 de 29 de octubre, parálisis de plexo braquial C5-C6, falta supinación de antebrazo y limitación de movilidad en el codo, total 62 puntos, además de 12 puntos por perjuicio estético y 548 días no impeditivos, reclamando en total la suma de 185357,52 euros.

La parte demandada, _____, reconoce su condición de aseguradora del Hospital de Vinalopó (Elche), así como la existencia del parto el día 2 de junio de 2013 y la lesión sufrida por _____, pero se opone en cuanto que la distocia de hombros es una complicación imprevisible e intrínsecamente unida a los partos por vía vaginal, forma de alumbrar a la que se sometió expresamente _____. En todo caso, dicho parto no estaba contraindicado en el caso de autos, sin que haya existido negligencia alguna. Además se opone a la cuantificación de las lesiones que se reclaman, así como a la aplicación de los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de Seguro.

SEGUNDO.- Con anterioridad a resolver es preciso recordar que a la vista de las circunstancias, el médico tiene que tomar decisiones que pueden resultar discutibles, pero que deberán ser aceptadas siempre que sean prudentes.

La Lex Artis se refiere a una serie de reglas técnicas siguiendo los estándares aceptados y aprobados en el ejercicio de la profesión, teniendo en cuenta las circunstancias y condiciones en que hubieron de efectuarse y la situación del paciente en cada caso; en definitiva, es hacer bien las cosas o realizar una actuación profesional correcta.

La expresión lex artis -literalmente, "*ley del arte*", ley artesanal o regla de la técnica de actuación de la profesión que se trate- se ha venido empleando de siempre para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse. De forma que si la actuación se adecúa a las reglas técnicas pertinentes se habla de "*un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano*", y de una buena "*praxis*" en el ejercicio de una profesión.

La diversidad de situaciones y circunstancias concurrentes en la actividad médica ha generado una multiplicidad de reglas técnicas en el ejercicio de la profesión, hasta el punto de que se ha hablado de que "*para cada acto, una ley*". Las singularidades y particularidades de cada supuesto influyen, pues, de manera decisiva en la determinación de la regla técnica aplicable al caso. De ahí que la doctrina y la jurisprudencia hablen de lex artis ad hoc como módulo rector o principio director de la actividad médica.

A este respecto, se ha definido la lex artis ad hoc como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

La doctrina discute si el concepto de lex artis es aplicable a toda la actividad médica (exploración, diagnosis, pronóstico, indicación y tratamiento) o si sólo ha de operar stricto





sensu en algunos apartados del ejercicio de la profesión. Ello deriva, obviamente, en una concepción más amplia o más restringida del concepto y de su aplicación práctica.

Sobre este extremo, la indicación médica y la lex artis son dos conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos. La indicación terapéutica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valoración, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica; mientras que en la lex artis se trata de, una vez emitido ese juicio, aplicar adecuada y correctamente por parte del facultativo el tratamiento indicado. La indicación responde, pues, al sí del tratamiento, a si debe aplicarse ésta u otra medida; mientras que la lex artis se refiere al cómo del tratamiento, al procedimiento o método que se ha de seguir. La realización de una intervención se ajustará a la técnica correcta, y será conforme, por tanto, a la lex artis cuando no sea contraria a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido.

La jurisprudencia, sin embargo, opera con el principio rector de la lex artis en los diferentes actos médicos y no restringe, por tanto, su aplicación a la ejecución del tratamiento médico (clínico o quirúrgico). Y así, acude a la lex artis para enjuiciar la corrección de actos de exploración médica, actos de diagnóstico y actos de tratamiento propiamente dichos.

En los últimos años se asiste a una progresiva protocolización de los procedimientos de diagnóstico y terapéutica médicos. Se trata de plasmar en documentos las directrices o recomendaciones que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de la actuación sanitaria.

Se está ante normas o reglas técnicas que operan como pautas o recomendaciones dirigidas a los profesionales de la sanidad pero que carecen de obligatoriedad jurídica. Son normas técnicas que carecen de juridicidad, si bien pueden ser acogidas como reglas por el juez para configurar el deber objetivo de cuidado en el caso concreto que se le plantea, ya sea en el ámbito de la imprudencia penal o en el marco de la culpa civil.

Por otra parte, si se pondera que en los protocolos suelen plasmarse normas técnicas actualizadas y recomendadas por expertos en el tema para obtener una correcta praxis médica, no puede dudarse que su aportación al proceso constituye una enorme ayuda para dilucidar el criterio de lex artis aplicable al supuesto fáctico que se juzga.

Se considera que el deber objetivo de cuidado ha de establecerse con unos índices mínimos de generalidad y objetividad, y no de forma atomizada y singularizada. De modo que, si bien se han de tener en cuenta las circunstancias, los conocimientos y aptitudes que concurrieron en el momento ex ante a la ejecución del hecho, ello ha de ponerse en relación con la conducta que observaría un hombre diligente de ese mismo contorno o ámbito socio-laboral en esa misma situación y con similares conocimientos y aptitudes.

Desde la perspectiva de los elementos necesarios para caracterizar la responsabilidad profesional se exigen la existencia de:

- Una falta médica.





- Un daño.

- Una relación de causalidad entre la falta médica y el daño producido.

Parece pues claro que la existencia de una conducta culposa es un elemento esencial que está en relación con dos circunstancias esenciales, la previsibilidad, y la evitabilidad del daño. Es decir, el profesional se venía liberado de responsabilidad según lo establecido en el art. 1.105 del Código Civil cuando el resultado, sea atribuible a caso fortuito, fuerza mayor o a causa no normalmente previsible. No obstante, es aplicable al caso la relación de causalidad adecuada, y que ha sido probada, frente a una falta de grado más que razonable de probabilidad cualificada sobre el resultado final.

Por otra parte, cualquier persona que se considere perjudicada por la actuación profesional de un médico en base a una imputación culposa en su proceder, corre con la carga probatoria atinente al acreditamiento de su acción negligente, resultado dañoso producido y nexo de causalidad entre una y otro. No cabe en nuestro sistema jurídico partir de una presunción de culpa en contra del médico. Por lo que la teoría de la inversión de la carga de la prueba, no es trasplantable a este ámbito. Hay que recordar la diferencia fundamental entre obligaciones de medios y obligaciones de resultado. En éstas, el hecho de no lograrse el resultado prometido es suficiente para fundar la reclamación del perjudicado. Mientras que en las obligaciones de medios es a través de la prueba de los extremos aludidos como se llega a la del incumplimiento. No se trata de la existencia de una presunción de culpa en el primer supuesto, sino más bien de una consecuencia lógica de la naturaleza de la obligación.

Venía siendo doctrina constante y pacífica de la Sala Primera del Tribunal Supremo que la obligación del médico, o más en general, del profesional sanitario, no es una obligación de resultado, sino una obligación de medios; está obligado, no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera, según el estado de la ciencia, y la denominada "lex artis ad hoc"; en la conducta de los profesionales sanitarios queda, en general, descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva; y finalmente, tampoco en estos casos opera la inversión de la carga de la prueba, admitida para otros supuestos quedando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la relación o nexo causal, así como la de la culpa pues a la pura relación material o física ha de sumársele el reproche culpabilístico.

El módulo rector de la actuación médica viene inspirado en la "lex artis ad hoc", siempre referida al caso concreto, dadas las variedades de supuestos en función de las circunstancias concurrentes. No escapan a ella, antes bien la definen y modulan, la titulación profesional del autor, su especialidad y práctica, el grado evolutivo de la ciencia médica en la cuestión de que se trate. Todo ello apuntan las pautas de la conducta a seguir por el profesional sanitario en el cumplimiento de sus obligaciones.

Todo lo anticipado llevaba hacia una exoneración de la responsabilidad objetiva o sin culpa en el ámbito de la responsabilidad médica.

Pero no hay una presunción de culpa del médico, sino una distribución de la carga de la prueba con una cierta flexibilidad, de modo que no se exija al perjudicado una demostración probatoria que iría más allá de sus posibilidades y que entraría en contradicción con las más elementales reglas del Derecho probatorio.





Generalmente, habría de adentrarse en el estudio del sistema de prescripciones y cuidados dispensado a la víctima o perjudicado, atendiendo al estado y circunstancias del enfermo, diagnóstico del que se parta, grado de aceptación y práctica de tratamientos novedosos, recomendación de fármacos o medicamentos ensayados, etc. La complejidad se extiende, asimismo, tratándose de responsabilidad médica, a los efectos atribuibles a la intervención facultativa, en relación con el estado precedente del enfermo, a la definición lo más precisa posible acerca de su salud y status orgánico tras la sanidad sobrevenida, y secuelas perdurables, perfectamente configuradas en su número, alcance y posibilidades entrevistas de superación.

Con todo, en cualquier caso no debemos olvidar que la medicina es una ciencia axiológica relativa, esto es, una ciencia inexacta, en la que inciden múltiples factores, endógenos y exógenos, que pueden hacer trincar el fin que se persigue, que jamás podrá ser garantizado precisamente por su notorio componente aleatorio.

La actividad médica entraña alto riesgo y peligrosidad, si bien este riesgo se corre en beneficio del propio paciente o usuario, de ahí que no cabe la aplicación de la teoría del riesgo y su objetivación inicialmente.

TERCERO.- Nos encontramos ante unas lesiones corporales, trauma del plexo braquial como consecuencia de una distocia de hombro que sufrió la menor, , en el parto que tuvo lugar el día 2 de junio de 2013 en el Hospital de Vinalopó (Elche), al que acudió su madre, para dar a luz.

La parte actora basa su pretensión en la mala praxis por parte del centro sanitario, toda vez que las lesiones que se produjeron en el parto, trauma del plexo braquial como consecuencia de una distocia de hombro, pudieron evitarse si se hubiera llevado a cabo una cesárea en lugar del parto vaginal que se realizó, dado que, hasta en cuatro ocasiones, estaba indicada la realización de cesárea, sin que los sanitarios llevasen a cabo dicha intervención, la cual hubiere evitado la lesión en el plexo braquial al recién nacido, como finalmente sucedió. La actora se apoya en el informe pericial de Patricia Moya, Licenciada en Medicina, Cirugía y Farmacia (Anexo 1 de demanda) y en protocolos, estudios y guías clínicas, concretamente la Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología, acorde con los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Guía Práctica Clínica sobre la Atención al parto Normal, además de diversos estudios.

La actora lleva a cabo el siguiente relato de los hechos:

1º) ingresó a las 01:00 horas del día 2 de junio de 2013 en el Hospital de Vinalopó, para dar a luz con la bolsa rota (rotura prematura de membranas) y con unos antecedentes de cesárea en el año 2009 e infección por estreptococo.

2º) Tal como se desprende del registro cardiotocográfico (documentos 92 a 105 de demanda), la madre desde el ingreso ya presentaba una dinámica uterina irregular por tres





motivos: a) Intensidad de contracciones elevada, superior a 100 mm HG, puesto que la aceptada como normal es de 30 a 50 mm HG, según trabajo del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (documento 122 de demanda); b) Frecuencia baja de contracciones, dado que lo normal son 3 a 5 cada 10 minutos, teniendo la madre tan solo 1 cada diez minutos; c) Hipertonía leve, dado que se encuentra en torno a 20 mmHG cuando lo normal son de 8-12 mmHG. A todo esto había que unir la existencia de una cesárea previa, por lo que, según la guía del SEGO, nos encontrábamos antes un situación especial, que podría indicar una cesárea y, en todo caso, un seguimiento especial y alerta.

3º) Habida cuenta de que el parto presentaba la circunstancias especiales anteriormente mencionadas se hacía preciso la presencia de un médico oficial especialista en Ginecología y Obstetricia en todo momento, sin que fuese suficiente su asistencia solamente en la última fase del expulsivo y alumbramiento, por lo que no bastaba la sola presencia de matrona, según el artículo 67.2 del Estatuto de Personal Sanitario.

4º) A pesar de los antecedentes anteriores se le administró a la madre, a las 10:30 horas, oxitocina que está contraindicada según la ficha técnica del producto (documento 113 de demanda) para supuestos de cesárea previa y contracciones hipertónicas, administración que desencadenó en que la intensidad de las contracciones alcanzara más de 100 mmHG (siendo lo normal de 30 a 50), el tono basal se mantenía por encima de 40 (siendo lo normal de 8 a 12) y la frecuencia de las contracciones paso a 5 cada diez minutos (siendo lo normal de 3 a 5), y precisamente, al estar contraindicada, la oxitocina no se tuvo que administrar por lo que se hubiese detectado distocia por no progresión del parto en dicho momento (primer momento en que estaba indicada cesárea según la actora).

5º) A dichas incidencias debe de unirse que el feto presentaba taquicardias según el registro cardiotocográfico, así presentaba pulsaciones por encima de 160, a veces 180, la cual se debe entender, según Manual de Residente de Obstetricia y Ginecología, de Cabero Roura, como taquicardia moderada (documento 116 de demanda), y según guías clínicas como la del Ministerio de Sanidad y Consumo (documento 112 de demanda), deben considerarse dichos registros cardiotocográficos de los latidos como no tranquilizadores, sin que estuviese todavía presente un ginecólogo, sino tan solo la matrona.

6º) Acto seguido, ante la falta de dilatación de la madre, dado que a las 10:00 horas tenía 2 centímetros, a las 12 horas tenía 3 centímetros, a las 15 horas tenía 4,5 centímetros y estaba entrando en el plano I de Hodge, y a las 16:00 horas tenía 9,5 centímetros de dilatación y que estaba entre los planos II y III de Hodge, por lo que existía una distocia en el parto por prolongación de la primera etapa, al no dilatar, como por progresión lenta del feto, dado que hasta las 15:00 horas no había entrado en el plano I de Hodge, motivos por los que se debería haber realizado una cesárea tal como recoge la Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo (documento 112, página 41) y, en el mismo sentido, el Manual de Obstetricia de Usandizaga (documento 118), pero no se llevó a cabo la misma. Por lo tanto, cuando a las 13:00 horas el feto estaba en posición occipitoposterior, con dilatación ralentizada, se debería realizar cesárea según recoge el Manual de Obstetricia de Usandizaga, documento 120, página 97 de demanda, (segundo momento en que estaba indicada cesárea según la actora). Además al estar a las 16:00 horas en posición





fetal occipitotransversa, sin haber llegado al primer plano de Hodge a las 13:00 horas, y a las 16:00 horas no había llegado al IV (estaba entre el II y III), existía de nuevo indicación de cesárea por distocia, según el citado manual, dado que se prolongó el expulsivo al no alcanzar el plano IV de Hodge, por lo que encontrándose a las 16:00 horas en plano II y III de Hodge y con 9,5 centímetros de dilatación se debería realizar cesárea (tercer momento que estaba indicada la cesárea).

7º) Por último considera que el registro cardiotocográfico entre las 14:00 y las 14:54 horas fue patológico al existir desaceleraciones tardías o Dips II, dado que presentan retrasos de 20 segundos en relación con los picos de contracción, lo que unido a la taquicardia fetal (200 latidos por minuto) indicaba nuevamente una cesárea (cuarta vez que estaba indicada cesárea).

8º) Finalmente el parto tuvo lugar a las 16:44 horas, el cual no fue eutócico (normal) sino que fue necesario la utilización de ventosas (kiwi), con desgarro perineal grado II, pesando la niña 4130 gramos, presentando distocia de hombros leve que se resolvió con técnica de Mc Roberts, siendo dada de alta la niña el día 4 de junio de 2013 con diagnóstico de trauma de plexo braquial por el cual se reclama en este procedimiento.

En resumidas cuentas, la actora basa su pretensión de indemnización en el hecho de que si se hubiere realizado una cesárea, la cual estaba indicada hasta en cuatro ocasiones antes del parto vaginal, no se hubiesen producido las lesiones en el nacido por las cuales se reclama, además añade la omisión en el consentimiento del riesgo materializado (distocia de hombro con rotura del plexo braquial), así como la falta de presencia de un especialista en ginecología durante el desarrollo del parto, puesto que considera que es insuficiente la presencia de la matrona.

La demandada, basándose en el informe pericial de _____, Licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Ginecología y Obstetricia, y en la testifical-pericial de _____, ginecóloga que intervino en el parto, reconoce que la lesión fue debida a una distocia de hombro en el parto vía vaginal, pero que en todo caso no hubo mala praxis, toda vez que la propia madre decidió someterse voluntariamente, previo consentimiento, a un parto por vía vaginal, la cual no estaba contraindicada para el presente caso. Por otra parte niega que la oxitocina estuviese contraindicada para estos casos, aunque si restringida, así como también niega que tuviese que estar presente en todo momento un ginecólogo.

No es un hecho que se haya discutido que la lesión por la cual se reclama, lesión de plexo braquial a consecuencia de una distocia de hombros durante el parto, se produjo como consecuencia del parto vía vaginal mediante la utilización de un ventosa obstétrica para ayudar a la expulsión, tal como declaró la ginecóloga que asistió al parto, _____, que dijo que existía distocia por la tracción aunque de carácter leve. Tampoco es controvertido, tal como recoge el informe pericial de _____, que dicha lesión ocurre en supuestos de partos de vía vaginal, por lo que la cuestión esencial de este pleito versa sobre si se debió realizar una cesárea, lo cual hubiera evitado el parto vía vaginal y, por tanto, la complicación de distocia de hombros asociada al mismo.





En el caso de autos la actora, y en relación con el consentimiento, tal como consta en el documento 42 de demanda y en la historia clínica remitida por el Hospital de Vinalopó el día 15 de abril de 2015, firmó, el día 22 de abril de 2013, consentimiento para parto vaginal con cesárea previa, tal como también afirmó la ginecóloga que le asistió

Por lo tanto, aunque sea general la información dada y no venga especificada la lesión que se produjo, no cabe decir que estemos en presencia de un consentimiento no informado. Se trata de un parto, encuadrable en actividad médica necesaria, en el que los problemas a presentar son múltiples, por lo que efectuar una relación pormenorizada de los diversos acontecimientos que en el mismo pudieran presentarse resultaría exhaustivo, dando la parturienta autorización amplia en los términos que constan en el documento, y dentro del consentimiento general otorgado, se encuentra la elección por facultativo especializado, como el más adecuado y beneficioso para el paciente, entre el parto vaginal o la cesárea. El uso de instrumento como la ventosa no es extraordinario en este tipo de asistencia, sino que, como es de común conocimiento, posible y necesario para ayuda a la extracción del feto en partos vaginales, hecho no discutido. La presentación de la distocia de hombros también es posible en partos vaginales y, tal como hace constar el perito de la demandada, se trata de una diagnóstico dinámico que no se puede prever o prevenir salvo caso de madres diabéticas con fetos de peso estimados mayor de 4500 gramos o caso de fetos con peso estimado mayor de 5000 gramos, (pagina 21 de su informe), circunstancias que no se daban en este supuesto, por lo que su omisión en el consentimiento no puede entenderse como perjuicio indemnizable, toda vez que se trata de riesgos imprevisibles, los cuales no forman parte del contenido del consentimiento, que debe contener *"el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, alternativas al mismo, riesgos previsibles, riesgos frecuentes y riesgos poco frecuentes que sean de especial gravedad o significación, pero no riesgos imprevisibles o nada frecuentes o extraordinarios, ni riesgos atípicos, ello conforme al estado actual de la ciencia, como así se desprende de los arts. 10.5 de la Ley General de Sanidad, art. 11.3 de la Ley autonómica citada y de la jurisprudencia"* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 19ª, de 30 de septiembre de 2011).

En relación con el desarrollo del parto, incidencias y su valoración, han declarado la ginecóloga que asistió al mismo, _____, así como los peritos aportados por ambas partes, _____, aportada por la demandante y _____,

_____ , aportado por la demandada. Los peritos declararon de manera conjunta a la vista de los registros gráficos del parto aportados con la demanda. No se discute que el motivo del ingreso en el Hospital el día 2 de junio de 2013, fuese una rotura prematura de la membrana (bolsa) y que existía antecedente de cesárea de la paciente el año 2009, en cuanto al resto de cuestiones resulta de la declaración conjunta de peritos, y de la testifical de la ginecóloga que asistió el parto, _____, lo siguiente:

A) La perito de la actora afirma que existía una intensidad elevada de las contracciones (hipersistolia), tal como reflejan los registros cardiotocográficos, puesto que estaban por encima de 100 mmHG cuando lo normal es de 30 a 50, mientras que el perito de la demandada no discute que se reflejen en el registro dichos datos, pero alega que los mismos no reflejan la realidad, puesto que sería preciso medirlos uterinamente, aunque reconoce que de ser ciertos serían contracciones elevadas y que las guías sobre dicha materia





son únicas, es decir, no existe guías para monitorización externa y guías par monitorización uterina.

B) En relación con la hipertensión, tono basal, declararon los peritos que existía dicha hipertensión, dado que estaba de 20-30 mmHG, aunque, según el perito de la demandada afirma, al igual que para la hipersistolía, que no refleja la realidad del tono basal, dado que no se puede medir con monitor externo sino que mide por palpación y observación, por lo que dicha incidencia se pudo deber a que la paciente tosiese, se levantase y otros movimientos de la misma. Mientras que la ginecóloga declaró en el mismo sentido que el perito de la demandada, en cuanto que los datos de la monitorización son subjetivos.

C) En cuanto a la administración de oxitocina, la actora sostiene que la ficha técnica establece una contraindicación en caso de hipertensión, lo cual no discutió el perito de la demandada, aunque dice que no había hipertensión porque los datos del registro son orientativos para emitir un diagnóstico. También la perito de la actora afirma contraindicado la administración de oxitocina según ficha técnica. La ginecóloga declaró que no estaba contraindicada la oxitocina puesto que se suministró para regular las contradicciones.

D) No discuten los peritos que tras administrar oxitocina a la paciente se produjo una hipertensión del tono basal hasta 40mmHG durante 20 minutos, por lo que le retiraron la misma, produciéndose una bajada del tono basal.

E) Tampoco se discute por los peritos que desde las 14:00 horas hasta las 14:54 se produjeron unas desaceleraciones en las pulsaciones (DIPS), aunque el perito del demandado sostiene que se trata de desaceleraciones variables, no patológicas, aunque en todo caso existía una situación prepatológica que requería especial vigilancia, y en su caso, acelerar el expulsivo. Mientras que la ginecóloga declaró que la deceleración y el ritmo del latido cardíaco no era anormal, aunque declaró que por estos motivos se utilizó la ventosa y se actuó en el parto vaginal.

F) El periodo expulsivo se inició a las 16:00 horas, estando el feto en el plano II-III de Hodge y posición del feto occipitoiliaca posterior, aunque al final se situó en el plano III, estando de acuerdo los peritos que la posición no era la normal para un parto. Exhibido al perito de la demandada la página 560 del documento 118 de demanda, afirmó que, el algoritmo allí descrito, no impedía la utilización de fórceps. La ginecóloga declaró que el feto estaba en posición occipiliaca posterior en plano III de Hodge.

Por lo tanto, resulta que ha quedado acreditado que desde el momento del ingreso de la demandante en el centro médico para el parto presentaba circunstancias que indicaban una especial atención. En efecto, presentaba hipersistolía e hipertensión que, aunque el perito del demandado y la ginecóloga sostienen que se trata de datos subjetivos los reflejados en el monitor, sin embargo, ambos están de acuerdo en que de ser ciertos revelarían anormalidad y, aunque el perito demandado sostenía que son datos subjetivos, no acredita que existan guías o protocolos que diferencien las mediciones según se trate de medición externa o interna, mientras que el actor aporta documentos, como el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada (documento 122 de demanda), que corroboran su versión, es decir, existencia de parto especial. También queda





acreditada que se administró oxitocina sin estar indicada la misma, tal como resulta de la existencia de hipertensión y de una previa cesárea, como así contempla la ficha técnica aportada por la demandante (documento 113 de demanda), administración que motivó una hipertensión del tono basal, por lo que tuvo que ser retirada dicha administración. Tampoco es discutido que desde las 14:00 horas hasta las 14:54 se produjeron unas desaceleraciones en las pulsaciones (DIPS), lo cual podría dar lugar a tener que acelerar el expulsivo. A dichas circunstancias, no controvertidas, debe añadirse que el feto presentaba taquicardias según el registro cardiotocográfico, así presentaba pulsaciones por encima de 160, la cual se debe entender, según Manual de Residente de Obstetricia y Ginecología, de Cabero Roura, como taquicardia moderada (documento 116 de demanda), y según guías clínicas como la del Ministerio de Sanidad y Consumo (documento 112 de demanda), deben considerarse dichos registros cardiotocográficos de los latidos como no tranquilizadores. Todas estas circunstancias descritas, unidas a que la madre no dilataba, dado que a las 10:00 horas tenía 2 centímetros, a las 12 horas tenía 3 centímetros, a las 15 horas tenía 4,5 centímetros y estaba entrando en el plano I de Hodge, y a las 16:00 horas tenía 9,5 centímetros de dilatación y que estaba entre los planos II y III de Hodge, por lo que existía una distocia en el parto por prolongación de la primera etapa, al no dilatar, como por progresión lenta del feto, ya que hasta las 15:00 horas no había entrado en el plano I de Hodge, unido a que el feto, a las 13:00 horas, estaba en posición occipitoiliaca posterior, la cual no es la normal para el parto, se debería haber realizado una cesárea tal como sostiene la perito de la actora y tal como recoge la Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo (documento 112, página 41) y, en el mismo sentido, el Manual de Obstetricia de Usandizaga (documento 118), y Manual de Obstetricia de Juan Miguel Martínez Galiano, documento 120, página 97 de demanda, puesto que la cesárea está indicada en caso de que existan contratiempos, tal como declaró la ginecóloga que atendió al parto.

En virtud de todo lo expuesto se llega a la conclusión de que el parto, desde su comienzo, presentaba unas características que hacían indicar que nos encontrábamos ante unas circunstancias especiales que indicaban la realización de una cesárea, actuación que hubiere evitado la lesión del plexo braquial que presenta el recién nacido y, en lugar de llevar a cabo cesárea, se realizó el parto por vía vaginal, resultando contraria dicha actuación a la lex artis, tal como se pone de manifiesto de la pericial y de los manuales y guías aportados por la actora, por lo que procede declarar la responsabilidad civil de la aseguradora demandada en los daños causados al recién nacido como consecuencia del parto vaginal, cuando se debía realizar una cesárea que hubiera impedido dichas lesiones.

CUARTO.- Una vez establecida la responsabilidad del demandado, como aseguradora del Hospital en el que se realizó el parto, procede resolver acerca del alcance de las lesiones.

La parte actora, habida cuenta de la lesión causada, trauma de plexo braquial, diagnosticada una parálisis C5 C6 D tipo I de Narakas, con pronóstico favorable (documento 81 de demanda), reclama por tres secuelas fisiológicas: 1º) parálisis del plexo braquial C5-C6, con 55 puntos; 2º) falta de supinación del antebrazo, 5 puntos y ; 3º) Limitación de la movilidad, 5 puntos. Aplicando la fórmula de balthazar, estima que son 62 puntos, y según baremo de 2014 la suma de 155807,24 euros. Además solicita 12 puntos por perjuicio estético, aplicando baremo de tráfico del año 2014, arroja 12326,64 euros. Por último, solicita 548





días de incapacidad, no impeditivas, que valora en 17223,64 euros, dado que entiende que serían reclamables 18 meses. En total reclama 185357,52 euros por todos los conceptos.

Frente a dicha pretensión el demandado se opone tanto a la calificación como la cuantificación de los daños personales. Afirma que al tratarse de una menor de 1 y año y medio de edad la lesión evolucionará favorablemente, tal como recogen los informes presentados por la demandante (documento 108 de la demanda).

Para sostener sus pretensiones las partes aportan sendos informes periciales. La parte actora el informe pericial de (Anexo I) y la parte demandada el informe pericial de

En el acto del juicio ambas peritos declararon que están de acuerdo que la lesión es una parálisis C5 C6, reconociendo la perito de la demandada que, pese a que considera que la lesión debe valorarse dentro de la prevista como paresia del circunflejo, valorándola en 2 puntos dentro del rango de 2 a 8 previsto en la Ley, no obstante, la misma perito afirma que en ningún informe médico se hace referencia a dicha lesión (paresia de circunflejo). También declaró la perito de la demandada, única que exploró a la menor in situ, que la misma no tenía lesión en el antebrazo por falta de supinación ni tampoco limitación en el codo, dado que realizó pruebas con el balón a tal efecto.

No podemos olvidar que estamos ante informes periciales de parte. Por lo que para la resolución de las presentes actuaciones, se ha de establecer la importancia de las pruebas periciales practicadas, aunque respecto de las mismas se ha de tener en cuenta que no se trata de una prueba tasada, y ha de estarse a lo dispuesto en el artículo 348 Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme a la doctrina jurisprudencial reiterada, así, entre otras muchas, *Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de julio 2009*, según la cual *"la prueba pericial debe ser apreciada por el Juzgador según las reglas de la sana crítica, que como módulo valorativo establece el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, pero sin estar obligado a sujetarse al dictamen pericial"*. De igual modo, ante la existencia de varios informes el tribunal puede fundar su resolución en cualquiera de ellos, con la correspondiente motivación, al respecto la *Sentencia del Tribunal Supremo de 28 mayo 2012*, según la cual *"La emisión de varios dictámenes o el contraste de algunos de ellos con las demás pruebas, posibilita que la autoridad de un juicio pericial se vea puesta en duda por la del juicio opuesto o por otras pruebas, y que, con toda lógica, los Jueces y Tribunales, siendo la prueba pericial de apreciación libre y no tasada acepten el criterio más próximo a su convicción, motivándolo de forma suficiente y adecuada"*. Lo que, de igual modo, corrobora la *Audiencia Provincial de Madrid*, al entender que en el análisis comparativo de los diversos dictámenes obrantes en las actuaciones, el Tribunal puede fundamentar su decisión en cualquiera de las periciales aportadas, o integrar todas ellas en un proceso lógico y racional de deducción (*SAP Madrid Sección 20ª 6 de marzo 2012 recurso 738/2009*), y en el supuesto de informes periciales contradictorios, conforme a la reiterada jurisprudencia, el Tribunal puede decidirse por el dictamen que estime más conveniente y objetivo para resolver la contienda procesal (*SAP Madrid Sección 11ª 13 de abril 2012 recurso 206/2011*), siempre con la correspondiente motivación. Lo que conlleva, prima facie, que no se pueda dar preferencia a ninguno de los informes periciales aportados a





las actuaciones, sino que se han de examinar todos, así como las explicaciones y aclaraciones dadas por los peritos en el acto del juicio.

En relación con las secuelas, debe tenerse presente el concepto de secuela como reducción definitiva del potencial físico y psíquico objetivable o justificable desde el punto de vista médico, a la que se añade los dolores y las repercusiones psicológicas que se asocian normalmente a las secuelas, así como las consecuencias de los mismos en las actividades habituales y objetivas de la vida diaria.

Pues bien, analizando las cuestiones controvertidas. En primer lugar, y siendo la más importante, resulta que mientras que la perito de la actora en su informe aprecia como secuela una parálisis en el plexo braquial C5 C6, dado que la misma es objetivada durante el tratamiento, extremo no discutido por la perito de la demandada y constatado en los diversos informe médicos (documentos 51, 72 y 81 de demanda), sin embargo, la demandada sostiene que lo que se aprecia es una paresia del nervio circunfejo, aunque reconoce que dicho diagnóstico no figura en ningún informe médico. Por lo tanto, habida cuenta que ambas partes se han sometido al Baremo de accidentes de tráfico y que la secuela diagnosticada, parálisis del plexo braquial C5 C6, se encuentra reflejada en la Tabla VI, del Real Decreto Legislativo 8 / 2004 de 29 de Octubre, con una puntuación de 45 a 55 puntos, este es el rango que debemos considerar. Y teniendo en cuenta que la parte actora no justifica la gravedad de la secuela como para puntuarla en su máxima puntuación, 55 puntos, dado que reconoce que la evolución es satisfactoria, según informe de 11 de septiembre de 2014, y se ampara solamente en hipótesis sobre el desarrollo futuro que no tienen sustento en los informes médicos, sino más bien lo contrario, dado que prevén buena evolución, es por lo que procede puntuar la secuela en 45 puntos, dado el buen pronóstico de la misma, sin que se haya justificado el motivo por el cual se solicita el máximo de puntuación.

En cuanto a las otras dos secuelas fisiológicas reclamadas por la actora, falta de supinación (antebrazo) y limitación de la movilidad flexión (codo). Pues bien, si bien es cierto que en el informe de fecha 5 de febrero de 2014 (documento 106 de demanda), elaborado por el doctor , se refleja que presenta limitación de la fuerza y de la supinación del antebrazo, así como que puede tener secuelas en el futuro en la flexión del codo, no obstante, se refleja la evolución satisfactoria y, en el último informe que consta del mismo doctor (documento 108), de 11 de septiembre de 2014, no se refleja la existencia de dichas secuelas. Además, la perito de la demandada fue la última en visitar a la menor y declaró que no objetivo lesión ni en el codo ni en el antebrazo. Por lo tanto, no ha lugar a indemnizar por dichas secuelas al no estar constatadas.

En relación con el perjuicio estético, la parte actora reclama 12 puntos por perjuicio estético, dado que la lesión no revertirá a pesar del tratamiento rehabilitador. Mientras que la parte demandada, a través de su perito, ofrece 1 punto por la escápula alada del hombro muy leve. En cuanto al informe pericial de la demandante se limita a decir que las secuelas *"también pueden afectar al aspecto físico"*, sin indicar en qué medida ni en relación con el caso concreto. Resulta que, tal como sostiene la Audiencia Provincial de Madrid, sección 10ª, sentencia de 20 de octubre de 2008 *"el perjuicio estético radica en cualquier alteración significativa del aspecto que ofrecía el lesionado con anterioridad al momento de*





producirse el hecho dañoso ", siendo por lo general daño estético cualquier tipo de defecto físico que altere peyorativamente la apariencia externa. Las reglas de aplicación para el perjuicio estético del Real Decreto 8/2004 se pueden sintetizar en las siguientes:

- el concepto " el perjuicio estético constituye cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de una persona, constituyendo una dimensión diversa del perjuicio fisiológico que le sirve de sustrato.

- en consecuencia, perjuicio fisiológico y estético constituyen conceptos perjudiciales distintos.

- el perjuicio estético es el existente en el momento de la sanidad y compatible con su resarcimiento será la posibilidad de cirugía estética.

- que la imposibilidad de su corrección constituye un factor que intensifica la importancia del perjuicio.

- que en dicha puntuación no incluye la ponderación de la incidencia que este tenga sobre las actividades de lesionado.

- igualmente, el perjuicio importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

Partiendo pues de la consideración de perjuicio estético como modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona, por lo que en dicha imagen debe incluirse una pérdida de armonía corporal, por lo que, teniendo en cuenta la escápula alada del hombro así como la falta de armonía con la otra extremidad superior, procede conceder 5 puntos por perjuicio estético.

Por último se reclaman los días de incapacidad temporal, concretamente el actor solicita 548 días no impositivos, reclamando la suma de 17223,64 euros, puesto que entiende, a través de su perito, que sería razonable limitar el periodo de la baja no impositiva a 18 meses, tiempo en el que, a efectos de Seguridad Social, se pasa de la incapacidad permanente a la total. Mientras que el demandado, a través de su perito, considera que deben estimarse 466 días no impositivos, dado que la fecha de estabilización sería el día 11 de septiembre de 2014, fecha de última revisión, dado que desde ésta revisión hasta la visita de la perito, el día 21 de abril de 2015, no se objetivan cambios significativos en las lesiones.

Resulta que la distinción normativa entre días impositivos y no impositivos recogida en la Tabla V del Anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro obligatorio en la circulación de vehículos a motor, ha planteado alguna confusión y su interpretación puede ser algo compleja, sobre todo si se pone también en relación con el concepto de "estabilización de las lesiones" que la jurisprudencia viene señalado como el decisivo a los efectos de determinar el periodo de incapacidad temporal cuando de igual modo se producen lesiones permanentes (secuelas). Se trata, por tanto, de conjugar dos conceptos, en concreto y de un lado, el de sanidad mediante la estabilización lesionar, y el días impositivos versus





días no impositivos. En cuanto la sanidad, ésta se alcanza cuando se han estabilizado las lesiones y así finaliza la incapacidad temporal. El período de incapacidad, a efectos médico legales en el ámbito civil, no tiene una relación directa con la incapacidad laboral. En consecuencia, una vez que las lesiones se estabilizan en el sentido de que no son susceptibles de curarse ni de mejorar con el tratamiento médico recibido, dicho daño corporal ha de valorarse como secuelas determinantes de una incapacidad, no ya temporal sino permanente. No es óbice a lo anterior que el perjudicado pueda seguir precisando cuidados médicos, farmacológicos, atención de terceros, fisioterapia, o acuda a distintos especialistas en la búsqueda de una segunda opinión, o en un intento desesperado de seguir mejorando, o para paliar las molestias o incapacidades asociadas a la secuela. Estos hechos no alteran la data de la sanidad.

Pues bien, el periodo de incapacidad es el que tiene lugar desde el parto, el día 2 de junio de 2013, hasta la estabilización de las lesiones. La demandante estima como día de estabilización los dieciocho meses desde el parto, aplicando el artículo 128.1 del Real Decreto Legislativo 1 / 1994 de la Seguridad Social, que regula el periodo máximo de incapacidad temporal. Ahora bien, tal como se ha dicho anteriormente, una vez que las lesiones se estabilizan y no son susceptibles de curarse ni de mejorar con el tratamiento médico recibido, dicho daño corporal ha de valorarse como secuelas determinantes de una incapacidad, no ya temporal sino permanente, sin que sea obstáculo que el perjudicado pueda seguir precisando cuidados médicos, farmacológicos, atención de terceros, fisioterapia, o acuda a distintos especialistas, pero no alteran la fecha de la sanidad y, en este caso, dicha fecha es el día 11 de septiembre de 2014 (último informe de evolución de la menor, documento 108 de demanda), puesto que la perito de la demandada visitó con posterioridad a la menor, el día 21 de abril de 2015, observando que las lesiones estaban estabilizadas y, por tanto, comenzando la aplicación de las secuelas desde dicha fecha. Siendo por tanto los días de incapacidad no impositivos 466.

Por lo tanto, a la vista de lo expuesto en el presente fundamento, procede estimar parcialmente las pretensiones de la demandante en cuanto a las lesiones, correspondiéndole una indemnización a cargo de la demandada que se desglosa de la siguiente manera:

A) 45 puntos por la secuela de parálisis del plexo braquial C5 C6, a razón de 2095,03 euros, que arroja una suma de 94276,35 euros.

B) 5 puntos por perjuicio estético, a 941,48 euros, que arroja la suma de 4707,4 euros.

C) 466 días no impositivos de incapacidad, a razón de 32,43 euros, que arroja una suma de 14646,38 euros.

En total le corresponde a la demandante la suma de 113630,13 euros.





QUINTO.- En cuanto a los intereses el actor solicita la aplicación de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha del siniestro y, subsidiariamente, los intereses desde la presentación de la demanda.

Según el artículo 20 de la LCS, respecto del tercero perjudicado el devengo de intereses desde la fecha del siniestro quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa. En el caso de autos no consta reclamación a la aseguradora previamente a la demanda, por lo que procede la aplicación de los intereses del artículo 20 de la LC desde la presentación de la demanda.

SEXTO.- De conformidad con lo previsto en el artículo 394.2 de la LEC, cada parte deberá abonar sus costas y las comunes por mitad al estimarse parcialmente la demanda.

FALLO

Estimar parcialmente la demanda interpuesta por Lola Hernández Jodar, representada legalmente por su madre, _____, y procesalmente por el procurador Ignacio Melchor de Oruña, frente a _____, representada por el procurador _____, y en su virtud:

1.- Condenar a la aseguradora _____ a abonar a _____; representada legalmente por su madre, _____, la suma de 113630,13 euros, cantidad que devengará los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros desde el día 26 de noviembre de 2014.

2.- Absolver a _____ del resto de pretensiones formuladas en este procedimiento frente a la misma.

3.- Cada parte deberá abonar sus costas y las comunes por mitad.





Notifíquese esta resolución a las partes haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer recurso de apelación en plazo de veinte días ante este Juzgado, conforme dispone el artículo 458 de la LEC.

Así por esta Sentencia, lo acuerda, manda y firma, _____, Juez de Apoyo al Juez de Adscripción Territorial del Tribunal Superior de Justicia de Madrid con destino en el Juzgado de Primera Instancia número 97 de Madrid.

PUBLICACIÓN: La anterior SENTENCIA, ha sido dada, leída y publicada por el Juez que la suscribe, hallándose celebrando audiencia pública en el día de su fecha. DOY Fe.

