

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 69 DE MADRID

Calle del Poeta Joan Maragall, 66 , Planta 7 - 28020

Tfno: 914932886

Fax: 914932890

42010143

NIG: 28.079.00.2-2016/0184621

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 1096/2016

Materia: Responsabilidad profesional

Demandante: D./Dña.

D./Dña.

D./Dña.

D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. IGNACIO MELCHOR ORUÑA

Demandado:

PROCURADOR D./Dña.

SENTENCIA Nº 196/2019

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña.

Lugar: Madrid

Fecha: veintiséis de julio de dos mil diecinueve

En Madrid, a veintiséis de julio de dos mil diecinueve.

En nombre de S.M. el Rey:

Vistos por la Sra. Dña. _____, Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia Nº 69 de los de Madrid, los presentes autos de **JUICIO ORDINARIO Nº 1096/16**, tramitados en este Juzgado a Instancia de D. LEONCIO CERRADA CLEMENTE, DÑA. _____, DÑA. _____,

Y D. _____, representados por el Procurador de los Tribunales D. Ignacio Melchor de Oruña, y asistidos por el Letrado D. José Antonio Ramos Mesonero, contra _____, representada por el Procurador de los Tribunales D. _____, y asistida por el Letrado D. _____, sobre reclamación de cantidad, y

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Procurador de los Tribunales Sr. Melchor de Oruña, en la meritada representación, se interpuso demanda de Juicio Ordinario, que fue turnada a este Juzgado, en la que, tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimó de aplicación, y que se



tienen por íntegramente reproducidos en esta resolución, acababa suplicando, se dicte sentencia por la que se condene a la demandada a que indemnice a los actores en la cantidad de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS EUROS (257.926 €) de principal, cuantía que deberá incrementarse con el pago del interés conforme al artículo 20 de la LCS desde la fecha del siniestro (12.01.2016), subsidiariamente desde la presentación de la demanda y subsidiariamente a los intereses legales desde la presentación de la demanda, decretando todo lo demás oportuno en derecho, en especial en lo que se refiere al artículo 231 de la LEC.

SEGUNDO.- Por Decreto de 23.11.2016 se admitió a trámite la demanda declarándose este Juzgado competente para su conocimiento, y acordando sustanciar la misma por los trámites del Juicio Ordinario, emplazándose a la demandada para que se persone y la conteste dentro del plazo legal. Dentro del plazo legal el Procurador Sr. _____, en nombre y representación de la demandada, oponiéndose a la demanda deducida de contrario, en virtud de los hechos y fundamentos de derecho contenidos en el escrito de contestación, que se tienen por íntegramente reproducidos en esta resolución, para terminar suplicando, se dicte sentencia por la que se desestime en su totalidad la demanda, con imposición de las costas a la parte actora.

TERCERO.- Por diligencia de fecha 15.02.2017 se tuvo por personado al procurador Sr. Iglesias Pérez en nombre y representación de la demandada y por contestada la demanda, convocándose a las partes a la celebración de la Audiencia Previa prevista en el artículo 414 de la LEC para el día 18.10.2017, y finalmente para el día 18.04.2018. A dicho acto acudieron ambas partes con la representación y defensa designadas en el acta levantada al efecto. Abierto el acto ambas partes se ratificaron en sus respectivos escritos de demanda y contestación. Recibido el pleito a prueba, por la actora se propuso la documental, y la pericial de parte. Proponiéndose por la demandada la documental, más documental, el interrogatorio de testigos y la pericial de parte. Admitida toda la propuesta a excepción de la pericial de parte propuesta por la demandada, se señaló para que tuviera lugar el acto del Juicio el día 17.01.2019. Llegado el cual se procedió a su práctica con el resultado que es de ver en los autos. Practicada la prueba y expuestas por las partes sus respectivas conclusiones, quedaron los autos conclusos para dictar Sentencia.

CUARTO.- En la sustanciación de este procedimiento se han observado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- En autos se ejercita por la actora una acción de responsabilidad contractual contra la aseguradora de sus asistencia sanitaria y quirúrgica, _____, en reclamación de daños y perjuicios derivados del fallecimiento sobrevenido de Dña. _____

(esposa y madre respectivamente de los actores) por causa de la asistencia



sanitaria recibida por ésta, prestada por el Dr. _____ y el Hospital Quiron San Camilo de Madrid, profesional y centro hospitalario a cuyos servicios acudió la fallecida por encontrarse incluidos dentro del cuadro médico de la póliza de seguro de asistencia sanitaria que ésta tenía concertada con la demandada. Fundamentan su pretensión en el incumplimiento del servicio asegurado al proporcionar una asistencia en un centro que carecía o no adoptó las medidas y medios reglamentariamente exigibles y por falta de diligencia exigible según la lex artis. Invocando tanto los artículos 1101 y siguientes del CC, como el 1902 y siguientes del CC.

Los hechos que someramente dan lugar a la presente reclamación son en síntesis los siguientes:

1/ Dña. _____ tenía asegurada su asistencia sanitaria y quirúrgica en _____

Debido a sus dolencias lumbares y de espalda, acudió a la consulta del Dr. _____

_____ médico especialista en Neurocirugía y que pertenece al cuadro médico de la entidad aseguradora. Dicho facultativo, tras realizar la correspondiente exploración física y con pruebas diagnósticas complementarias, así como el correspondiente estudio anestésico, programa una intervención quirúrgica de hernia discal.

En el momento de la intervención la paciente presentaba un cuadro de lumbalgia crónica, con pérdida de fuerza en miembros inferiores, siendo diagnosticada por RM lumbar de espondilosis y escoliosis lumbar. Estenosis degenerativa lateral y central de canal lumbar L3-L4-L5.

Dicha intervención se programa para el día 28.10.2015 y la paciente suscribe el correspondiente consentimiento informado el 21.10.2015, en el cual se describe el proceso, técnica empleada, posibles tratamientos alternativos, así como los riesgos que dicha intervención conlleva, entre ellos la infección postquirúrgica, infección superficial o profunda.

2/ En el informe preanestésico, y como antecedentes personales de interés de la paciente se hacían constar los de obesidad, HTA, dislipemia, asmática, hernia de hiato y varices. Con una valoración de riesgo A.S.A. III. No disnea ni ortopnea.

3/ El Dr. de la Torre llevó a cabo la intervención programada en el Hospital QUIRON SAN CAMILO (actual _____), dicha intervención consistió en intervención quirúrgica con incisión dorsal para laminectomía bilateral L3-L4-L5, facetectomía y foraminotomías con descompresión dorso-radicular, y artrodesis traspedicular L3-L4-L5-S1 con maniobras de distracción –reducción con sistema de titanio y artrodesis sobre trasversas con injerto de hueso autólogo.

Concluida la intervención y tras una estancia de unas horas en el servicio de UCI del Hospital, el día 29.10.2015 la paciente es trasladada a planta.

El día 30.10.2015 comienza con un cuadro de náuseas sin vómito, prescribiéndosele el día 21.10.2015 por el Médico de Guardia una ampolla de primperán, tras lo cual la paciente refiere que se encuentra mejor. El día 31.10.2015 continúa con náuseas y comienza con vómitos escasos, y al día siguiente, 01.11.2015, muestra mejoría estomacal, y el Dr. _____

le da de alta a la vista de la evolución, prescribiéndole reposo domiciliario, tratamiento farmacológico (entre el que se encuentra Kerofloridina 500 mg/8 h, antibiótico) así como limpieza de la herida con betadine (documento nº 5 de la demanda, página 51).

3/ Ya en su domicilio la paciente empeora de su malestar estomacal, con dolores y vómitos de color negruzco, presentando dificultad respiratoria, ante lo cual su esposo acude el día 02.11.15 al Centro Médico, "La Garena", donde la médico que le atiende le recomienda su traslado al Hospital Universitario Príncipe de Asturias (dependiente del sistema público de salud), donde una vez que es valorada por el servicio de urgencias queda ingresada el día 02.11.2015 en el servicio de Medicina Interna. En dicho servicio y tras la exploración y pruebas diagnósticas que se practican a la paciente se diagnostica herniación completa de la cámara gástrica a cavidad torácica con obstrucción a la salida gástrica, distensión de estómago y compresión de estructuras torácicas; neumonía basal derecha con broncoespasmo e insuficiencia respiratoria aguda (de origen nosocomial), insuficiencia cardiaca congestiva.

Se le coloca sonda nasogástrica en la que se observan 450 ml de contenido fecaloideo. Todo ello acompañado de pruebas analíticas que ponen de manifiesto leucocitosis.

4/ El día 17.11.2015 la Sra. es intervenida quirúrgicamente en el Hospital Príncipe de Asturias de la hernia de hiato volvulada, practicándosele laparatomía media supraumbilical. Apareciendo hernia de hiato conteniendo todo el estómago en torax que se encuentra volvulado e incarcerated aunque sin riesgo de sufrimiento vacular. Vesícula biliar muy distendida. Se realiza reducción herniaria. Extirpación de saco, reconstrucción hiatal con cierre retroesofágico de pilares funduplicatura parcial posterior 180 ° tipo Toupet y pexia gástrica. Pílares. Colecistectomía reglada.

En ese momento se observa igualmente que presenta infección de la herida ortopédica en la espalda.

Tras esta intervención la evolución de la dolencia digestiva es favorable, pero la infección de la herida a nivel lumbar condiciona un empeoramiento de su situación respiratoria y cardiaca, precisando de nueva intervención quirúrgica para desbridamiento de la herida y colocación de sistema VAC por parte del servicio de traumatología y de ajuste de tratamiento por parte de medicina interna. La referida intervención se practica el día 20.11.2015 y en la misma se observa dehiscencia en la parte más proximal de la herida que afecta a la profundidad hasta visualizar las apófisis espinosas, y exudado de aspecto turbio. Por tal motivo además de la limpieza de la herida se toman muestras para cultivo, que resulta positivo a "enterococcus fecium". Resultados que se obtienen el día 23.11.2015.

Tras la intervención la paciente muestra mejoría de la herida y del cuadro infeccioso y cardiorespiratorio con descenso importante de leucocitosis y es trasladada de nuevo al Hospital San Camilo para continuar en él el tratamiento relativo a la infección de la herida quirúrgica de la espalda.

5/ El día 01.12.2015 la paciente ingresa de nuevo en el Hospital San Camilo donde nuevamente es intervenida ese día para limpieza y desbridamiento de los bordes quirúrgicos de la herida lumbar de la hernia discal. Siendo dada de alta nuevamente el día 18.12.2015.

6/ El día 19.12.2015 la paciente presenta pérdida de apetito, escalofríos y fiebre, y el día 22.12.2015 y por indicación del médico que visita a la paciente en su domicilio es nuevamente trasladada al Hospital Quirón por presentar un cuadro de fiebre y náuseas que indica nueva infección de la herida. A partir de ese momento el estado general de la paciente empeora, bajando el nivel de conciencia y presentando disnea, vómitos, diarrea. En las pruebas analíticas y de cultivo de la herida que se llevan a cabo se encuentran aerobios y *Candida albicans* así como *enterococcus spp/s. agalactiae* (29.12.2015); hasta que finalmente el día 10.01.2016 se comunica a los familiares que la paciente presenta infección bacteriana en sangre y el 12.01.2016 se produce su fallecimiento por sepsis con fallo multiorgánico.

Estima la parte actora que en el presente caso existió mala praxis que determinó la muerte de la madre y esposa de los actores y que se concreta en los siguientes aspectos: en primer lugar porque se obvió el riesgo que para la intervención lumbar practicada por el Dr.

suponía la dolencia de hernia de hiato que padecía la paciente. Dolencia que unida a la posición en la que debía ser mantenida la paciente para la intervención podía provocar, como así fue, el paso de todo el estómago desde la cavidad abdominal a la torácica. Circunstancia ésta que no fue advertida con carácter previo a la intervención, en orden a adoptar las medidas oportunas, ni, una vez practicada la intervención lumbar, debidamente valorada en el momento de cursar el alta hospitalaria de la paciente el 01.11.2015, pese a los signos que la misma comenzaba a presentar (vómitos). Circunstancias que determinaron que contenido fecal del intestino pasara al estómago y provocara una infección por broncoespasmo.

Y en segundo lugar, porque además, una vez constatada la existencia de infección en la herida quirúrgica de la intervención lumbar (infección que por el momento de su aparición y características debió producirse en el centro hospitalario Quirón) tampoco se observó por parte del médico que trataba a la paciente la diligencia exigible, omitiéndose la realización de cultivos de la herida, así como dando lugar igualmente a un nuevo alta hospitalaria precipitada e improcedente a finales de diciembre de 2015, lo que a la postre provocó un empeoramiento del cuadro de infección que desembocó en una sepsis generalizada con fallo multiorgánico y el fallecimiento.

Señalándose igualmente que aún en el caso de que se estimara que la infección de la herida lumbar no tuvo su origen en microorganismo existente en el quirófano del Hospital Quirón sino que se produjo durante el ingreso hospitalario en el Hospital Príncipe de Asturias, también el resultado producido sería imputable al facultativo Dr. , dado que este segundo ingreso no se habría producido de haber observado el facultativo las prevenciones necesarias en la intervención para evitar los riesgos asociados a la misma por la previa hernia de hiato.

Se alude igualmente a la doctrina del resultado desproporcionado.

Frente a dicha reclamación se opone la demandada oponiendo con carácter previo la falta de legitimación pasiva, dado que no tiene capacidad de dirección sobre los facultativos y centros hospitalarios con los que tiene concierto. Limitándose su actuación a poner a disposición del asegurado los centros médicos y facultativos incluidos en la guía médica.

Dado que lo único que existe en el presente caso es un contrato de arrendamiento de servicios entre y el Dr. y el Hospital Quirón San Camilo por el que estos se obligan a prestar los servicios de asistencia sanitaria a los asegurados de , así como a



tener suscrita una póliza de responsabilidad civil para responder de las consecuencias de su actuación.

Y en cuanto al fondo propiamente dicho niega que tanto el facultativo como el centro hospitalario hayan incurrido en mala praxis, debiendo significarse que la obligación que contraen para con los pacientes es de medios y no de resultado.

Y subsidiariamente y para el caso de que se estimara que la demandada es responsable, se opone pluspetición, por considerar improcedente la indemnización de 30.000 € solicitada en nombre de _____ por perjuicio personal particular, así como la reclamada por lucro cesante.

SEGUNDO.- Expuesto lo anterior, y a la vista de las alegaciones efectuadas por la parte demandada, la primera cuestión a determinar es la relativa a la legitimación de la demandada.

La cuestión ahora planteada por la demandada ha sido resuelta por la Jurisprudencia, la cual mantiene que, en principio, no puede excluirse la responsabilidad de la entidad aseguradora por mala praxis de los facultativos o de los centros médicos concertados. Así la STS de 19 de julio de 2013 mantiene que “La responsabilidad de las entidades de asistencia sanitaria por una mala praxis de los facultativos, personal sanitario o Centros Médicos, tal y como señalan las sentencias de 04.12.2007 y 04.06.2009, ha venido reconociéndose o rechazándose por la jurisprudencia de esta Sala en función de diversos criterios aplicados, alternativa o combinadamente, en atención a las circunstancias de cada caso: el título más frecuentemente invocado ha sido el de responsabilidad por hecho de otro dimanante de la existencia de una relación de dependencia contemplada en el artículo 1903.1 y 4 del CC. Este título ofrece la dificultad de conciliarlo con la naturaleza contractual que reviste la relación del asegurado con la aseguradora, la cual ha sido salvada, implícita o explícitamente, mediante la llamada unidad de la culpa civil o mediante la aplicación analógica de normas reguladoras de responsabilidad extracontractual a la contractual (STS 922/1999 de 2 de noviembre). La existencia de una relación de dependencia no parece ofrecer dudas en aquellos casos en los cuales la relación de los médicos con las aseguradoras de asistencia médica es una relación de naturaleza laboral. Sin embargo, en la mayoría de los casos esta relación es la propia de un arrendamiento de servicios. Algunas sentencia de la Sala 1ª TS han fundado la dependencia en este tipo de relación b) En otras ocasiones, cuando el criterio de la dependencia se revela como insuficiente, la jurisprudencia ha puesto el acento en la naturaleza contractual de la responsabilidad que contrae la entidad aseguradora de asistencia médica. Las consideraciones para su aplicación se basan normalmente en asumir, más o menos explícitamente, que la aseguradora asume o garantriza el deber de prestación directa de la asistencia médica (SSTS de 4 de octubre de 2004; 17 de noviembre de 2004). El contrato de seguro de asistencia sanitaria exige la previa concertación entre la entidad aseguradora y cada uno de los médicos y centros hospitalarios que forman su cuadro médico, lo cual se produce por medio de un contrato de arrendamiento de servicios entre los codemandados estableciéndose así una relación de dependencia cuando menos económica y funcional que da lugar a la aplicación de la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno, establecida con carácter general en el artículo 1903.4º CC, caso de producirse daños y perjuicios concretos con motivo de una actuación culposa o negligente del facultativo, como



sucede en este caso en el que, en el ámbito de esta relación, ha quedado probado la producción del resultado lesivo por una defectuosa prestación del servicio por personal perteneciente al cuadro médico de la aseguradora” y la STS 4 de noviembre de 2010: “Asimismo, el contrato de seguro de asistencia sanitaria exige la previa concertación entre la entidad aseguradora y cada uno de los médicos y centros hospitalarios que forman su cuadro médico, lo cual se produce por medio de un contrato de arrendamiento de servicios, estableciéndose así una relación de dependencia cuando menos económica y funcional que da lugar a la aplicación de la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno, establecida con carácter general en el artículo 1903.4º CC, caso de producirse daños y perjuicios concretos con motivo de una actuación culposa o negligente del facultativo”.

Esta orientación jurisprudencial tiene su apoyo en los precedentes históricos del contrato de seguro de asistencia médica, pues en las mutuas e igualas no existía separación entre la gestión del seguro y la prestación de la asistencia médica, y en el hecho de que el artículo 105 de la LCS establece como característica del seguro de asistencia sanitaria, frente al seguro de enfermedad o de reembolso, la circunstancia de que “el asegurador asume directamente la prestación de servicios médicos y quirúrgicos”. Otra cosa es el alcance que deba darse a esta expresión para conciliarla con la prohibición de las aseguradoras desempeñen funciones ajenas a los cometidos propios del seguro. Dado que la aseguradora, en la modalidad llamada de reembolso, puede obligarse únicamente “al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica” (artículo 105 inciso 1º), la asunción de la prestación de servicios médicos por la aseguradora no puede inferirse de la mera existencia del aseguramiento, sino que, por lo general, para estimarla existente, la jurisprudencia se funda en la interpretación de la póliza del seguro. c) En otras ocasiones, este deber de prestación se infiere de la forma de actuación de los facultativos, en virtud del principio de apariencia, o de los actos de publicidad que se integran en el contenido normativo del contrato con arreglo a la legislación de consumidores (caso contemplado en la STS 922/1999, de 2 de noviembre, en la cual se afirma que “el seguro se contrató en atención a la “garantía de calidad de los servicios que representa el prestigio de la compañía”, con lo que sus obligaciones abarcan más allá de la simple gestión asistencial, y también en la STS de 04 de octubre de 2004, en la que se toma en consideración que se garantizaba expresamente una correcta atención al enfermo). d) la actuación de los médicos como auxiliares de la aseguradora en el ámbito de la prestación contractualmente convenida por ésta se infiere también por la jurisprudencia, en ocasiones, de la existencia de una intervención directa de la aseguradora en la elección de los facultativos o en su actuación. Puede hablarse también en estos casos, en el marco del criterio de la dependencia, de culpa in eligendo o in operando (por ejemplo la STS 922/1999 de 2 de noviembre, contempla la culpa in operando de la aseguradora. Y la STS 653/2006, de 21 de junio parte del hecho de que el facultativo estaba incluido en el cuadro médico de la aseguradora para inferir la responsabilidad por parte de esta derivada de la culpa in eligendo.

Aplicado lo anterior al presente caso, la actora fundamenta su reclamación en el ejercicio de responsabilidad contractual en base al contrato de seguro de asistencia sanitaria suscrita con la demandada el 25.10.2001. Que tiene su origen en otra concertada con AEGON en 1995 (documento 4 de la demanda). Conforme a dicha póliza el objeto del contrato es la asistencia médica y quirúrgica de toda clase de enfermedades y lesiones comprendidas en las especialidades que figuran en la descripción de los servicios de la póliza, con libre elección



de médico del cuadro médico múltiple propio. Dentro de dicho cuadro se encuentra tanto el facultativo Dr. [redacted] como el Hospital Quiron San Camilo (extremo éste no negado), reconociéndose igualmente la existencia de un contrato de arrendamiento de servicios con el referido facultativo y con el centro médico, en virtud del cual éstos se obligan a prestar la asistencia sanitaria. Razón por la cual, se cumplen los requisitos jurisprudencialmente determinados y expuestos anteriormente para hacer surgir responsabilidad en la entidad aseguradora frente a su asegurados, circunstancia que determina la desestimación de la excepción opuesta.

TERCERO.- Dicho lo cual, entrando propiamente en el fondo del asunto, debe recordarse que en materia de responsabilidad civil derivada de una actuación médica, existe un basto repertorio jurisprudencial que reitera que el criterio básico utilizado es el de la “lex artis”, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultado: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y o de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por ello la “lex artis” constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos, imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental a la hora de delimitar la responsabilidad.

Es reiterada la jurisprudencia (entre otras SSTS de 13 de octubre de 1997 y 9 de diciembre de 1998) que afirma que la obligación contractual o extracontractual del médico (SSTS 5 de julio de 1983, 14 de noviembre de 1984, 11 de noviembre de 1990 y 29 de noviembre de 1994) y, en general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso la recuperación del enfermo, o lo que es igual, no es suya una obligación de resultado, sino una obligación de medios, es decir, está obligado no a curar al enfermo sino a procurarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y la denominada “lex artis ad hoc”, que es como actualmente se denomina a lo que tradicionalmente se ha conocido como técnicas, procedimientos y saberes de la profesión, modulo rector de todo arte médico, consistente en el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, 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 conforme o no a la técnica normal requerida (STS de 23 de marzo de 1993).

En este punto se puede señalar la STS de 27/11/2000 en la que se recuerda que “los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina, ni, probablemente en ningún sector de la actividad humana pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano”.

No hay posibilidad de asegurar normalmente el definitivo resultado de la actividad médica, siempre afectado por el coeficiente de innumerables e inesperados factores ajenos a la propia normal actividad profesional del médico, ya que éste no puede garantizar la curación y si el empleo de las técnicas adecuadas. La doctrina jurisprudencial, de forma pacífica, es contraria a la tendencia objetivadora de la responsabilidad que se observa en otros ámbitos, y a la inversión de la carga de la prueba, en el sentido de que sean los profesionales médicos los que deban probar la diligencia con la que actuaron, estando, por tanto, a cargo del paciente la



carga de probar la falta de diligencia o negligencia y la relación o nexo de causalidad entre la acción u omisión culpable y el daño (SSTS 27 de diciembre de 1993, 20 febrero de 1995, 7 de mayo de 1997 y 18 de diciembre de 1998). Señala la STS de 13 de abril de 1999 que "la responsabilidad civil médica se desplaza esencialmente al último de los elementos, al nexo causal: si el daño está producido por causa de una enfermedad o está causado por la conducta negligente del médico ; esta es la cuestión esencial que hay que dilucidar" y se ha dicho que puesto que la acción u omisión del médico pretende interrumpir el proceso natural de la enfermedad, la investigación sobre la calificación del mismo debe partir de la indagación de si el resultado final producido proviene del curso natural de la enfermedad o propiamente del acto médico .

Esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis. Esta prueba puede ser la de presunciones, (artículo 386 LEC) de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo, conforme a las reglas del criterio humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la Lex artis.

De otro lado, en el campo de las infecciones hospitalarias sufridas por pacientes es doctrina jurisprudencial firme la que declara la responsabilidad del centro médico en el que se contrajo la infección, sea por conducto de la responsabilidad por culpa propia sancionada en el artículo 1902 CC (concurrency de una deficiencia asistencial acreditada) o por la extensión de la responsabilidad por hecho ajeno prevista en el artículo 1903 CC, o principalmente con fundamento en la responsabilidad objetiva prevista actualmente en el artículo 148 de la Ley general para la defensa de los consumidores y usuarios , texto refundido aprobado por Decreto Legislativo 1/2007 (LGDCU), y así se pronuncian, entre otras, las sentencias del Tribunal Supremo de 18 de junio de 1998 , de 5 de enero de 2007 , 21 de mayo de 2014 y 2 de febrero de 2015.

Sin embargo en los supuestos en que la infección se imputa a una negligencia médica, dicha doctrina no es de aplicación.

Finalmente en cuanto a la doctrina jurisprudencial del daño desproporcionado, el mismo ha sido definido por la jurisprudencia (STS de 23.10.2008) como aquel no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional. En el caso de daño desproporcionado. O resultando "clamoroso" el profesional médico está obligado a acreditar las circunstancias en que se produjo el daño por el principio de facilidad y proximidad probatoria (Sentencia de 10.06.2008). Se le exige una explicación coherente acerca del por qué de la importante desonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida (SS16 de abril de 2007, 30 de abril de 2007, 14 de mayo de 2008), de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia (SS 16 y 30 de abril de 2007). La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" de la relación de causalidad y la presunción de culpa".



CUARTO.- Por último en relación con el consentimiento informado, debe partirse de la exigencia que recoge la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y que cita como un principio básico en su art. 2/2 el hecho de que toda la actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el propio consentimiento de los pacientes usuarios, y que debe prestarse después de recibir al efecto una información adecuada, y que se da por escrito cuando así se prevea específicamente. El citado consentimiento consiste, conforme igualmente reseña la citada ley, en "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada" (art. 3). La descripción y contenido del citado consentimiento y la información previa se recoge expresamente en los arts. 8 y ss de la ley 41/2002. La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha destacado que la obligación del médico consiste en el empleo de los medios adecuados para obtener unos resultados y para cuya práctica se ha reconocido a su realizador la correspondiente capacitación, y del mismo modo la correspondiente experiencia, sin que aquel resultado buscado y propuesto pueda garantizarse de modo absoluto (sentencia de 25-04-1994). Del mismo modo la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha destacado que la falta de obtención del consentimiento informado de manera debida se considera ya en sí misma una infracción de la "lex artis ad hoc" (STS de 21-12-2006). Es preciso tener en cuenta que el propio principio de la información al paciente y su conocimiento y consentimiento tiene un marcado significado finalista, es decir el conocimiento cierto y cabal por el paciente de las circunstancias, complicaciones posibles, y todo tipo de vicisitudes que acompañan en este caso a una intervención como la presente, relacionada además con el estado de salud previo del paciente.

QUINTO.- Centrada así la cuestión, y valorada en conciencia la prueba practicada, son hechos probados los siguientes:

1/. Dña. _____ tenía asegurada su asistencia sanitaria y quirúrgica en _____

Debido a sus dolencias lumbares y de espalda, acudió a la consulta del Dr. _____, médico especialista en Neurocirugía y que pertenece al cuadro médico de la entidad aseguradora _____ El Hospital Quiron San Camilo se encuentra igualmente incluido dentro del cuadro de centros hospitalarios que prestan asistencia a los asegurados de _____

2/. En el momento en el que Dña. _____ acude a la consulta del Dr. _____ se encuentra aquejada de un cuadro de lumbalgia crónica que se había incrementado en el último año y cursaba con irradiación por región postero-lateral de MII, con dolor y sensación de pérdida de fuerza en ambos MMII y parestesias de distribución L4-L5 bilaterales. Bloqueos lumbares. Claudicación neurogénica. No mejoría con tratamiento conservador.

Tras la correspondiente exploración médica y la realización de cuantas pruebas diagnósticas complementarias se estiman oportunas, el Dr. _____ propone la realización de intervención quirúrgica de espalda. Para lo cual se lleva a cabo el correspondiente estudio preanestésico, en el cual, se emite informe el día 07.10.2015 en el que se hace constar como



antecedentes personales: Obesidad (mórbida, según se describe en los informes médicos emitidos por el Hospital Príncipe de Asturias), HTA, Displemia, Asmática, Hernia de Hiato y Varices. Haciéndose constar igualmente que la paciente había sido intervenida con anterioridad de hernia umbilical (además de quiste cervical y cataratas).

La hernia de hiato le había sido diagnosticada el 28.06.2005 por la Dra. (especialista en Aparato Digestivo) que la describe y diagnostica como "gran hernia de hiato" de aspecto mixto.

No consta que en el momento de realizar el estudio preanestésico, se llevara a cabo exploración abdominal de la paciente, ni se realizara a la misma prueba diagnóstica complementaria para comprobar el estado y dimensiones de la hernia.

En la exploración se hace constar que la paciente pesa 91 kg y tiene una altura de 163 cm, aspecto general normosómico; cardiocirculatorio: no disnea, no ortopnea, no angina NYHA I, en el respiratorio no se hace constar circunstancia alguna, y en exploración de Orofaringe: Mallampati II. No prótesis móvil, Distancia T-M > 6cm, distancia interincisivos > 3 cm.

Y en las pruebas complementarias se hace constar: RX:ICC dentro de la normalidad, campos pulmonares normales. ECG_ Ristmo sinusal; Hb 16,80; Hto 46,2 49,40&. Plaquetas 282.000, bioquímica GGT 81. INR<<<<=0.92; APTT 27,50 (20-40).

En medicación se hace constar: lyrica 100, singulair, seretide, pantoprazol, spiriva, AMLODIPINO, SIMVASTATINA, HIGROTONA. En el apartado de valoración de riesgo se hace constar A.S.A III (riesgo elevado). No disnea ni ortopnea.

Concluyendo el Dr que emite el informe que puede ser intervenida.

3/. En fecha no determinada la paciente firma el consentimiento informado para anestesia. Y el día 21.10.2015 firma el consentimiento informado sobre anestesiología y reanimación, neurocirugía y sobre hernia discal lumbar, que incluye el específico para hernia discal lumbar, raquitostenosis lumbar, laminectomía por estenosis de canal lumbar, artrodesis lumbar intersomática posterior por inestabilidad, artrodesis lumbar posterolateral, cirugía del canal lumbar estrecho /compresión medular y realización de cirugía de fijación lumbar posterior. En ellos se define la dolencia, se describe el tratamiento con los objetivos que persigue y beneficios perseguidos, se describe el postoperatorio y los riesgos, complicaciones y secuelas posibles. Prácticamente en todas las intervenciones se recoge como uno de los posibles riesgos el de infección postquirúrgica o infección de la herida, tanto superficial como profunda, y se indica que en todas las intervenciones se realiza profilaxis antibiótica para disminuir ese riesgo. Folios 1359 a 1368.

En todos los casos el modelo de consentimiento firmado es un modelo general y normalizado, y no consta que se advirtiera a la paciente que el padecimiento de hernia hiatal implicara un riesgo o complicación añadida a la operación o desaconsejara la misma. Siendo una cuestión reconocida por el propio Dr. de la Torre, que dado que el servicio de anestesia informó favorablemente a la operación, no se solicitó informe complementario alguno por



parte del especialista de medicina digestiva. Ni se tomó cualquier otra medida de precaución adicional diferente a las habituales en pacientes que no padecen esta enfermedad.

4/. El día 28.10.2015 Dña. _____ ingresa en el Hospital Quiron San Camilo (actual Ruber Juan Bravo) donde el Dr. _____ lleva a cabo la intervención quirúrgica programada (fusión vertebral) la cual se realiza bajo anestesia general. La intervención se lleva a cabo en posición prono sobre trineo. Y consiste en Lumbotomía media por técnica habitual. Neuronavegación raquídea. Laminectomía bilateral L3-L4-L5, + facerectomías + foraminotomías con descompresión duro-radicular +; artrodesis transpendicular L3-L4-L5-S1 con maniobras de distracción- reducción con sistema de titanio (resonante-compatible) POLARIS 5.5 by BIOMET y artrodesis sobre transversas con injerto de hueso autólogo. Hemostasia, drenaje y cierre por planos (informe de alta emitido por el Dr. de la Torre e informe del Servicio de medicina Intensiva del Hospital Quirón folio 1333).

Tras la intervención ingresa en el servicio de UCI del referido hospital el mismo día 28 de octubre, donde se controla su evolución, la cual es buena, se le practican dos analíticas y se toma su temperatura, que se mantiene dentro de la normalidad

En la analítica realizada el día 28 de octubre la paciente tiene unos valores de leucocitos de 16.900/mm3 (el valor medio es 3,5-11) y 90,3% de neutrófilos (el valor medio es de 45-75).

La evolución ese día es buena y en la siguiente analítica realizada el número de leucocitos ha descendido a 13.500 y los neutrófilos 87,8 %. El estado es bueno en general y se decide su traslado a planta. En UCI se controla el estado de la herida y la paciente es tratada con antibioticoterapia profiláctica.

5/. Una vez en planta, el día 31.10.2015 avisan a control de enfermería porque la paciente presenta sensación de nauseas sin llegar al vómito y se pauta Metoclopramida IV, se hace constar que presenta constantes vitales sin alteración. El día 01.11.2015 se hace constar que la paciente se encuentra bien, con constantes estables, consciente y orientada pero nauseosa y con escaso vómito. En el siguiente control realizado ese día se hace constar que presenta mejoría a nivel estomacal y deambulación normal, siendo valorada por su médico que prescribe el alta hospitalaria.

Se le prescribe el correspondiente tratamiento farmacológico (además del habitual), consistente en diclofenaco, nolutil, Valium, omeprazol y paracetamol si dolor y kefloridina 500. Curas de la herida con betadine 2 veces al día y se le cita para revisión en consulta externa. (Informe de alta).

6/. Una vez en su domicilio, la paciente empeora y comienza con vómitos oscuros, por lo que el esposo de Dña. _____ acude al Centro de Salud de su domicilio el día 2 de noviembre, donde el médico que le atiende recomienda el traslado al Hospital. Dña. _____ acude entonces al Servicio de Urgencias del Hospital Príncipe de Asturias (dependiente del Servicio Público de Salud), la hora de entrada registrada es a las 10:24 h (folio 777).



Según se hace constar en el informe de urgencias, la paciente acude por presentar desde la tarde del día anterior cuadro de incremento de disnea basal haciendo mínimos esfuerzos a su llegada a urgencias, acompañada de autoescucha ruidos respiratorios y dolor plano anterior torácico irradiado a espalda que le recuerda a su dolor habitual referente a su Hernia de hiato. No ha presentado fiebre, haciéndose constar que ha mantenido tratamiento con profilaxis TVP. Y desde hace 24 horas presenta vómitos de repetición, oscuros, escasos líquidos, de contenido bilioso (refiere su hija similar a posos de café). Presenta niveles altos de leucocitos (21.800) y neutrófilos (75,8%) (folio 777). También presenta febrícula.

Practicadas diversas pruebas diagnósticas, entre ellas una TAC torácico se advierte la gran hernia de hiato objetivando la totalidad de la cámara gástrica dilatada a nivel torácico con contenido en su interior. En la evolución y comentarios se hace referencia a la existencia de vómitos oscuros de repetición de 36 horas de evolución e incremento disnea basal, saturación de oxígeno 86% con dificultad respiratoria, 21.000 leucocitos con neutrofilia y bacteriuria moderada en sistemático de orina. Iniciándose tratamiento de antibioterapia con Tazocel y furosemida.

En dicho informe se hace constar que dado el antecedente de cirugía previa, se sospecha que el cuadro de vómitos podría estar atribuido a Íleo paralítico en relación a cirugía previa con probable broncoaspiración asociada. Se coloca sonda Nasogástrica en la que se observan 450 ml de contenido fecaloideo. Ante lo cual se decide el ingreso para su tratamiento, concluyéndose como diagnóstico: BRONCOESPASMO, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA de origen nosocomial sin poder descartar broncoaspiración e ÍLEO PARALÍTICO (folio 778 vuelto).

7/. A partir de ese momento se procede a tratar a la paciente para estabilizar su insuficiencia respiratoria y cardiaca. Hasta que una vez estabilizada, el día 17.11.2015 se le practica laparatomía media supraumbilical. Hernia de hiato conteniendo todo el estómago en tórax que se encuentra encarcelado aunque sin signos de sufrimiento vacular. Se extirpa la vesícula, se reconstruye el hiato con cierre retroesofágico de pilares y funduplicatura parcial posterior 180º tipo Toupet y pexia gástrica a plateres. Colecistectomía reglada. Tras lo cual la paciente muestra mejoría clínica con adecuada tolerancia a dieta oral.

Según resulta de los informes de evolución de enfermería así como de los resultados de las analíticas practicadas (folios 1035 y ss y 1089 y ss). La evolución de la infección respiratoria es buena y el nivel de leucocitos y neutrófilos aunque se mantiene alto y tiene picos va descendiendo desde el 02.11.2015 hasta el 17.11.2015 (f. 1276-1231). Del mismo modo la febrícula desaparece el día 04.11.15 y la saturación de oxígeno mejora igualmente.

8/.Durante el postoperatorio de la hernia hiatal aparece una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda (a partir de día 17 de noviembre los niveles de leucocitos y neutrófilos vuelven a subir, llegando a niveles de 30.000 y 91% (folio 1229)), así como un aumento significativo de reactantes de fase aguda por lo que se realiza estudio completo en búsqueda de foco de infección.

En la exploración física de la paciente esta presenta una dehiscencia de la herida quirúrgica de columna con exudado de aspecto turbio como datos de posible infección de la misma, así



como comienza nuevamente con fiebre, a pesar de estar completando el tratamiento antibiótico por la neumonía inicial. Por tal motivo se cambia la antibioterapia por otra de más amplio espectro (el 19.11.2015) y se realiza consulta de manera urgente al servicio de traumatología (informe folio 779). Igualmente en exudado de muestra de herida lumbar tomada el 19.11.2015 se aísla flora saprófita de la piel (folio 1223).

9/. El día 20.11.2015 el servicio de traumatología lleva a cabo nueva intervención quirúrgica para desbridamiento y limpieza de herida quirúrgica y colocación de sistema VAC. Y se toman muestras de cultivo durante el acto quirúrgico (si bien en el informe se hace constar que se advierte la reserva de resultados porque la paciente estaba recibiendo tratamiento antibiótico).

Consta en resultado de microbiología de muestra que tiene fecha de entrada 23.11.2015 y salida 27.11.2015 que en la muestra analizada (herida quirúrgica), se aísla enterococcus faecium (folio 1214). Microorganismo o germen habitual de la flora intestinal.

10/. Una vez practicada esta intervención la paciente muestra mejoría clínica desde el punto de vista infeccioso y cardiorrespiratorio, y desciende igualmente la leucocitosis (a niveles por debajo de 20.000). Observándose por los resultados de las analíticas que si bien en los primeros días tras la intervención los niveles de leucocitos descienden bastante, hasta llegar casi a la normalidad, nuevamente a partir del 26.11.2015 vuelven a subir (folios 1208 a 1200), hasta situarse nuevamente casi en 20.000 el día 30.11.2015, también consta que en los últimos días los apósitos que se retiran de la herida se encuentran manchados. Durante ese tiempo la paciente se encuentra afebril y no muestra signos de dificultad respiratoria.

11/.El día 27.11.2015, y dada la mejoría de la paciente, respecto a la infección respiratoria y enfermedad abdominal que presentaba, se propone el traslado al Hospital Quiron para continuar allí el tratamiento de la infección de la herida lumbar, el cual debe continuar, traslado que es aceptado y que finalmente tiene lugar el día 30.11.2015.

El informe de alta por traslado consta en los folios 950 a 952.

En dicho informe se pone de manifiesto que la paciente presenta cierto grado de leucocitosis previo y posterior al proceso infeccioso descrito, probablemente en relación a proceso de base en estudio en hematología. A tal efecto, constan aportados los resultados de analíticas periódicas efectuadas con anterioridad a la intervención lumbar (la última de 22.10.2015), en las cuales se aprecia que los valores de leucocitos y neutrófilos de Dña. se encuentran siempre por encima de los parámetros normales, (folios 1281 y a 1322).

12/.En el informe de alta por traslado del Hospital Príncipe de Asturias (folio 950) se hace constar que la paciente había sido intervenida el 28.10.2015 en el Hospital Quiron San Camilo de artrodesis lumbar L3 a S1 + descompresión. Que en el posoperatorio presentaba un pequeño defecto de cierre de la herida quirúrgica. Que en la exploración física de la herida se observó dehiscencia en la parte más proximal de la herida que afecta a la profundidad hasta visualizar las apófisis espinosas, exudado de aspecto turbio.

13/. Dña. _____ ingresa nuevamente por traslado en el Hospital San Camilo el día 30.11.2015 a las 22:53 (folio 1383).

El día 01.12.2015 se lleva a cabo nuevamente en dicho hospital otra intervención quirúrgica para desbridamiento y limpieza de la herida quirúrgica lumbar. Dicha intervención se lleva a cabo bajo anestesia general y constan suscritos los correspondientes consentimientos informados tanto para la anestesia como para la intervención. Consta igualmente que se mantiene el tratamiento antibiótico que ya venía recibiendo en el otro centro Hospitalario (folio 1392).

Por lo que se refiere a su evolución desde la intervención hasta el día 18.12.2015, fecha en la que se cursa un nuevo alta hospitalaria, del curso clínico que consta en los folios 1384 a 1392 y 1403 a 1409, se desprende que durante ese periodo la paciente estuvo controlada tanto por el servicio de neurocirugía como por el de Medicina Interna.

14/. Según se desprende de dicha documentación en los primeros días la paciente mostraba todavía síntomas de dificultad respiratoria. También consta que por los facultativos que le atienden se constata la existencia de leucocitosis con desviación izquierda, si bien se tiene en cuenta igualmente que esta cuestión está siendo objeto de estudio por síndrome mielodisplásico no específico, por lo que se recomienda la inclusión de determinaciones PCR para control de aspectos inflamatorios. El nivel de leucocitos (totales) el día 03.12.2015 es de 18.700 (folio 1392). También se hace constar en el informe emitido por el especialista de medicina interna que la paciente mantiene oxigenoterapia crónica en su domicilio, si bien en otro informe posterior (informe de alta intrahospitalaria folio 1444) se hace referencia a que dicha terapia se produce a raíz de la intervención del 28.10.2015.

A lo largo de los días siguientes consta que la paciente se mantiene afebril, y la evolución de la herida es normal, presentando drenado seromatoso, aunque no ofreciendo mal olor ni mal aspecto. Consta igualmente que el día 06.12.2015 la paciente presenta mayor disnea y diarrea profusa, por lo que se avisa al servicio de medicina interna, que procede a reajustar el tratamiento, tras lo cual la evolución de dicha dolencia mejora.

El número de leucocitos disminuye (13.400 el día 07.12.2015) y como quiera que la evolución es buena se empieza a plantear, tanto por el servicio de medicina interna como por el de neurocirugía quitar el tratamiento antibiótico, dado que la herida tampoco presenta datos de infección (Folio 1388).

15/. El día 09.12.2015 se observan síntomas de candidiasis cutánea que se asocian a pañal, uso de sonda y antibioterapia sistémica previa. La evolución de la herida es buena, la cual si bien mantiene drenaje presenta buen aspecto. Consta igualmente que el día 10.12.2015 se recibe aviso porque la herida abdominal se muestra dehiscente en flanco izquierdo aunque no presenta signos de infección. Se dan pautas para su lavado, y el día 11.12.2015 se suspende el tratamiento antibiótico (F.1381). A partir de ese momento la evolución tanto respiratoria como de la herida, (según el informe de neurocirugía es buena), la paciente se muestra afebril y se produce igualmente una mejora en la saturación de oxígeno al cambiarse el tratamiento broncodilatador el día 14.12.2015. De otro lado el número de leucocitos también desciende volviendo a parámetros habituales en la paciente (11.500).



En este punto debe resaltarse que en los informes emitidos por el especialista de neurocirugía se hace constar que la evolución de la herida es buena y que tiene mínimo drenado serohemático o menor manchado (folios 1384 a 1388), sin embargo en los informes de la Unidad Hospitalaria 3 (folios 1402 a 1404) en concreto a los referidos a partir del día 11.12.2015, se hace constar que la herida presenta abundante débito seroso). Es más el día 17.12.2015 se hace constar que la herida presenta abundante tejido de granulación y una zona de crepitación en tercio medio de la herida además de abundante débito seroso.

Por otro lado, y salvo un cultivo realizado el mismo día de la intervención 01.12.2015 (folio 1456, que arrojó resultado negativo), no consta que durante el periodo de ingreso se efectuaran más cultivos de la herida lumbar para comprobar si la misma se encontraba contaminada.

16/. Finalmente el día 18.12.2015 se da el alta a la paciente. Según resulta del informe de alta firmado por el Dr. (folio 1437), se mantiene su tratamiento médico habitual, así como tratamiento para el dolor y curas de la herida con betadine, y se refiere que los cultivos exudados de la herida realizados han resultado negativos. Así como mantener el tratamiento pautado por Medicina Interna (soporte nutricional, tratamiento broncodilatador y furosemida 40 mg y resto igual, folio 1384).

17/. No obstante lo anterior, el día 22.12.2015 a las 17:17 la paciente acude nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Quiron por empeoramiento de su estado (folios 1483 y 1484). Tras ser remitida por su MAP por febrícula, cuadro de diarreas y náuseas y herida en columna lumbar con abundantes escafelos sin aproximación de bordes y con seroma (folio 749).

Vuelve a presentar leucocitosis de 12.000 y PCR elevada. Se procede a la toma de diversos cultivos en herida quirúrgica, los cuales arrojan resultado positivo de candida albicans (folio 1596). Y se llevan a cabo RMN de columna lumbar en la que no se evidencian captaciones patológicas del contraste que sugieran claramente patología infecciosa en el estudio actual (folio 1482). A partir de ese momento durante los primeros días se mantiene la fiebre y se aprecian marcados cambios inflamatorios en la zona de la herida lumbar (folio 1480). Existiendo signos de infección (aunque no agudos) de la misma (tejido de granulación y zonas de dehiscencia superficial y en planos musculares). El día 26.12.2015 se recibe el resultado del cultivo de la herida positivo a candida albicans referido anteriormente.

Se consulta con cirugía plástica, y finalmente se desaconseja nueva intervención dado el elevado riesgo de la paciente. Se continúa con el tratamiento pautado, la fiebre desaparece pero la paciente comienza a mostrar signos de debilidad y sigue con náuseas (folio 1438).

18/. El 28.12.2015 se modifica nuevamente el tratamiento antibiótico (folio 1477 y 1509). El 29.12.2015 se constata deterioro clínico con disminución de la ingesta y se toma nueva muestra para cultivo de la herida, según resulta de los resultados de microbiología (folios 1604 y 1605) se aísla enterococcus faecalis (folios 1509 y 1605), así como candida parapsilosis, resultados que se mantienen en los hemocultivos realizados los días 3 de enero y 5 de enero de 2016 (folios 1496, 1618, 1644).



19/.A partir de ese momento la evolución de la paciente es marcadamente peor, con disminución del nivel de consciencia y movilidad, y se aprecian cambios inflamatorios subcutáneos en musculatura paravertebral y colección en el tejido celular subcutáneo con algunas burbujas en el aire en su interior, en el seno de la herida lumbar que ya es conocida.

En el comentario de Medicina Interna de 01.01.2016 se hace constar que se recuperan informes previos y la paciente tuvo aislamiento de *Enterococcus faecium* en zona de la herida lumbar en el Hospital Príncipe de Asturias (y en los resultados de hemocultivo de 29.12.2015 se aísla cocos gram+, enterococo spp/*S. agalactiae*), por lo que se comprueba que no tiene resistencia añadida y es sensible a linezolid, que además tendría efectividad adecuada a las infecciones cutáneas que igualmente presenta la paciente.

20/.El día 03.01.2016 la paciente es trasladada a UCI donde su estado empeora y fallece el 12.01.2016.

Según el informe de alta intrahospitalaria emitido por el Hospital Quirón previo al informe de exitus el diagnóstico final fue de: insuficiencia respiratoria global aguda, acidosis láctica, acidosis respiratoria y alcalosis metabólica, anasarca, coagulopatía, fallo hemodinámico, fallo hepático, fracaso renal oligoanúrico HDFWC, fugemia por candida parapsilosis, herida quirúrgica dehiscente, hiponatemia, hipopotasemia, hipocloremia, hipomagnesemia, sepsis con fallo multiorgánico y exitus.

SEXTO.- Dicho esto y partiendo de las alegaciones efectuadas en la demanda, procede entrar a valorar si en el presente caso cabe apreciar una vulneración de la lex artis por parte del facultativo Sr. [redacted] a la hora de llevar a cabo la intervención lumbar o realizar el seguimiento de la misma, en particular al cursar el alta; así como por parte del centro hospitalario Quirón, en particular en lo referente a la labor de esterilización del quirófano y si las mismas, caso de existir, fueron las determinantes del resultado finalmente producido que fue el fallecimiento de Dña. [redacted].

Comenzando por la cuestión relativa a la responsabilidad que se imputa al centro hospitalario por la infección contraída por Dña. [redacted], la prueba practicada no permite sino concluir que en el presente caso no puede imputarse la infección contraída por Dña. [redacted] a un defecto de asepsia en quirófanos o mala praxis por parte del personal encargado de su mantenimiento.

Ciertamente, tal y como se pone de manifiesto en la demanda, en el ámbito de la salud, una infección nosocomial o intrahospitalaria es la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud (no solo hospitales).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso.

Ahora bien, que una infección se contraiga durante el periodo de estancia en un centro hospitalario no implica que tenga su origen necesariamente en un germen cuya existencia venga determinada por falta de asepsia.



Esto es, en el presente caso, es un hecho que ha quedado acreditado por la propia pericial de la actora que tanto la infección de las vías respiratorias como la infección de la herida lumbar tuvieron su origen en el germen enterococcus faecium, germen que el propio perito Sr.

concluye que es un germen que habitualmente se contiene en la flora intestinal de todo ser humano, y que si bien en dicho hábitat no tiene efectos perjudiciales o infecciosos, si los produce cuando sale del mismo. Concluyendo el perito que la causa más probable de la infección de las vías respiratorias es por aspiración de dicho germen con ocasión de los vómitos que el desplazamiento del estómago ocasionó a Dña.

Siendo igualmente la causa más probable de la infección de la herida lumbar la presencia de dicho germen en el ambiente, provocada por dichos vómitos. De otro lado, la infección de la herida quirúrgica aparece como una consecuencia o riesgo propio de la intervención, por el contacto de la misma con gérmenes de diversa índole.

A la vista de dichas conclusiones, entiende esta Juzgadora que en el presente caso nos encontraríamos ante una autoinfección, pero no ante una infección provocada por la contaminación del quirófano o del instrumental utilizado durante la intervención (máxime si se tiene en cuenta que, según se desprende de la información remitida por el Centro Hospitalario, por parte del mismo se cumplían con los protocolos en materia de higiene y limpieza de sus instalaciones), ni tampoco atribuible al material que le fue implantado a la paciente. De forma tal que dadas las circunstancias concurrentes cabe entender que incluso aun habiéndose observado las medidas más exquisitas en materia de higiene, no por ello se habría evitado la infección.

Otra cosa es que pueda imputarse responsabilidad al facultativo que intervino a la paciente en la provocación o aparición de la patología que a la postre ocasionó la infección, o en su detección y tratamiento, cuestiones éstas que se analizarán a continuación.

SÉPTIMO.- Expuesto lo anterior, son tres los motivos o circunstancias que el perito de la parte actora, Sr. Serrano Corcuera, considera determinantes de mala praxis. En primer lugar, el no haberse tenido en cuenta por parte del Neurocirujano que llevó a cabo la operación lumbar, la patología previa que presentaba Dña. (Hernia Gigante de Hiato), y las complicaciones que ello podría suponer de cara a la intervención de espalda (en particular el desplazamiento del estómago de la cavidad abdominal a la torácica provocado o favorecido por la presión que se ejerce durante el tiempo que dura la intervención quirúrgica sobre los músculos abdominales por razón de la postura que ha de mantener el paciente (decúbito prono). En segundo lugar, porque producida la intervención y habiendo comenzado a manifestarse en la paciente los primeros síntomas de ese desplazamiento (náuseas y vómitos), así como de infección (leucocitosis con desviación izquierda) se obviaron los mismos y se cursó un alta hospitalaria precipitada e improcedente el día 01.11.2015. Y en tercer lugar, porque una vez producida la infección de la herida lumbar y detectado el agente causante de la misma, no se realizó un seguimiento adecuado de la misma, con cultivos periódicos, y se cursó un segundo alta hospitalaria igualmente precipitada e improcedente el



día 18.12.2015 que acabó provocando una sepsis generalizada derivada de la primitiva infección.

Valorada en conciencia la prueba practicada, y partiendo de los hechos declarados probados anteriormente referenciados, entiende esta juzgadora que en el presente caso concurren los elementos necesarios para apreciar dicha mala praxis en la asistencia sanitaria prestada, así como su relación de causalidad con el resultado dañoso finalmente producido.

En particular dicha vulneración de la lex artis se produjo especialmente a la hora de no evaluar correctamente el riesgo asociado a la salud de la paciente que implicaba llevar a cabo una cirugía lumbar existiendo una hernia de hiato gigante o de gran tamaño, y como consecuencia de ello la ausencia de información a la paciente de los riesgos concretos de la intervención a practicar. Y una vez efectuada la intervención, en el seguimiento defectuoso de la evolución de la paciente que provocó un proceso infeccioso grave que si bien pudo ser solventado en parte, no lo fue totalmente, lo cual además de dicha infección, a la postre provocó un debilitamiento general del estado de salud de la paciente que coadyuvó al desenlace final.

Por lo que a la primera cuestión se refiere, es un hecho acreditado y así consta en el informe médico aportado como documento 5 de la demanda (página 108), que la Sra. había sido diagnosticada de “gran hernia hiatal”. Es una cuestión reconocida por el propio Dr.

que la intervención quirúrgica practicada a la Sra. Tribaldos requiere que la misma esté en posición decúbito prono. Y aunque se mantuvo por dicho doctor que ello no implica que durante la misma se produzca compresión sobre los músculos abdominales, dadas las características del soporte que utiliza (trineo); sin embargo lo cierto y verdad es que más allá de sus manifestaciones (interesadas por otro lado), no existe elemento probatorio que desvincule el desplazamiento de la cavidad estomacal con la operación lumbar. Y sobre todo no pueden obviarse dos datos fundamentales, cuales son que los síntomas asociados al desplazamiento aparecieron apenas dos días después de la intervención (lo que implica una proximidad temporal que hace presumir el nexo causal no desvirtuado), y por otro lado, y principalmente, que dicha relación de causalidad es apreciada por los facultativos que asistieron a la Sra. en el Hospital Príncipe de Asturias, quienes expresamente relacionan la cirugía previa con el Íleo paralítico (informe de urgencias de Hospital Príncipe de Asturias).

Dicho esto, es cuestión acreditada, como ya se ha expuesto anteriormente, que el Dr.

no tomó en especial consideración la existencia de la Hernia Hiatal, de cara a la intervención a practicar, procediendo a llevarla a cabo sin más, según él, porque esa labor corresponde al médico anestesista que elabora el estudio preoperatorio, y como quiera que éste no hizo ninguna advertencia al respecto, el no procedió tampoco a efectuar consulta alguna con el especialista en aparato digestivo, ni a recabar más datos acerca de los informes relativos a dicha dolencia con los que pudiera contar la paciente. Como ya se ha señalado anteriormente, el hecho de que los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Príncipe de Asturias efectuaran la vinculación entre la intervención lumbar y el desplazamiento estomacal en una paciente con antecedentes de hernia de hiato pone de manifiesto que la interacción entre una y otra no pueda calificarse de extraordinaria o no



previsible, de forma tal que debe concluirse que en el presente caso o bien dicho riesgo pasó inadvertido, o conociéndose se minimizó, lo cual es reprochable en ambos casos.

De otro lado, examinado el consentimiento informado suscrito, nos encontramos con que el mismo responde al modelo estandarizado o genérico, sin que conste que en el presente caso el mismo se adaptara o emitiera en función de la situación específica de la Sra. Tribaldos, a efectos de que la misma pudiera evaluar adecuadamente los riesgos asumidos con la intervención. Circunstancia que impide considerar que dicho riesgo era conocido por la paciente y asumido expresamente. Y ello porque como se ha señalado anteriormente no basta con que se informe al paciente de los riesgos genéricos que conlleva la operación, sino que el mismo implica la obligación del facultativo de informar al paciente de los riesgos específicos que la intervención conlleva en función de su estado de salud.

De otro lado, una vez practicada la intervención, el facultativo que llevó a cabo la misma, y que fue quien firmó el alta hospitalaria el día 01.11.2015, tampoco valoró adecuadamente los síntomas que presentaba la paciente; en particular la presencia de náuseas y vómitos, los cuales comienzan una vez que la paciente se encuentra en planta, y no en los primeros momentos tras la intervención, (en cuyo caso puede asociarse al proceso de anestesia), pues no consta que se practicara a la misma prueba complementaria, máxime cuando dichos síntomas (los vómitos) se manifiestan el mismo día en que se cursa el alta (control de las 6:39 h) y además se mantenían ya desde el día anterior, por más que en el control realizado instantes antes de la misma (14.23), se manifestara mejoría estomacal.

Máxime si además se tiene en cuenta que en menos de 24 horas la paciente desarrolla un grave cuadro que determina que el médico de familia al que acude su esposo indique el traslado inmediato a un centro hospitalario.

Bien es verdad que esta conducta y en particular la patología que la misma provocó de forma inmediata (el desplazamiento de la cavidad estomacal y la infección respiratoria asociada a la misma como consecuencia del vómito del contenido estomacal) fue resuelta de forma adecuada por los facultativos que atendieron a la paciente en el Hospital Príncipe de Asturias; circunstancia que evitó un fallecimiento seguro en ese momento. Pero sí provocó, por un lado, que Dña. _____ padeciera una enfermedad (infección respiratoria) que en principio no estaba asociada a la intervención de cirugía lumbar, y además determinó que la misma debiera ser sometida nuevamente a una intervención quirúrgica en un muy breve espacio de tiempo, intervención que tampoco venía contemplada dentro de los riesgos derivados de la intervención lumbar, y que en un orden lógico de cosas implica un debilitamiento del estado de salud de una paciente de 70 años.

De otro lado tampoco puede obviarse la situación anteriormente descrita (vómito con contenido fecal) en una paciente que además en esos momentos se encuentra con una herida quirúrgica reciente, la cual además había tenido un problema en el cierre en el momento de la intervención, incrementó notablemente el riesgo de infección de la herida (aunque el mismo fuera uno de los propios de la intervención), incluso aunque por parte de la paciente o del personal que la atendía en esos momentos, se extremaran las medidas de higiene y prevención.



OCTAVO.- Por otro lado, una vez producida la infección de la herida, cabe imputar igualmente al servicio de neurocirugía del hospital Quirón, que tenía encomendada la evolución de la misma, un déficit en el control o seguimiento de la misma que determinó que la referida infección no fuera solventada, produciendo un resultado claramente desproporcionado en relación con el tratamiento médico suministrado, cual fue el fallecimiento de la paciente.

Y ello porque una vez producida la infección de la herida, y realizada la primera intervención de desbridamiento y limpieza de la misma en el Hospital Príncipe de Asturias, es un hecho constatado por las analíticas y por los informes de dicho centro, que si bien en los primeros días los niveles de leucocitos y neutrófilos descienden después vuelven a subir, como también aumenta el manchado de la herida, lo cual hace preciso realizar una segunda intervención en el propio Hospital Quirón. Estos datos ponen de manifiesto que la infección de la herida no se erradicó con la primera intervención y que la situación tiende a reproducirse. Y examinada la evolución de la paciente durante el tiempo que estuvo ingresada en el Hospital Quirón entre el 01.12.2015 y el 18.12.2015 se observa que esa situación tiende a reproducirse, pues aunque la paciente se muestra afebril, se constata que si bien el supurado de la herida disminuye en los días inmediatos a la intervención, vuelve a aumentar según pasan los días, situación a la que además se añade la presencia constatada de una infección por *Cándida* (que no se constata en la herida porque en la misma no se realiza en ese periodo otro cultivo más allá del que tiene lugar el día 01.12.2015), así como la aparición en los últimos días inmediatos al alta (folios 1402 a 1404) de abundante débito seroso y abundante tejido de granulación. Y en esta situación, con estos antecedentes y por más que la paciente se encuentre afebril se procede a dar el alta hospitalaria. Siendo un hecho objetivo y constatado que cuando la paciente vuelve a ingresar el día 22.12.2015, esto es, apenas 4 días después, presenta además de fiebre, náuseas y diarreas, una herida con abundantes escafeos sin aproximación de bordes y con seroma (folio 749). Esto es un cuadro más grave que cuando ingresa por segunda vez en dicho centro hospitalario (el 30.11.2015), siendo entonces cuando se proceden a tomar cultivos que arrojan resultado positivo tanto a *Cándidas* como a *enterococcum*. Microorganismos éstos que al pasar al torrente sanguíneo provocan una infección generalizada determinante de un fallo multiorgánico irreversible.

No se escapa a esta juzgadora la dificultad evidente que entraña un diagnóstico célere de las complicaciones de una infección como la que tuvo lugar en el presente caso, y que a posteriori, es más fácil efectuar un diagnóstico correcto, sin embargo en el presente caso, y teniendo en cuenta los antecedentes concretos existentes al tiempo del segundo ingreso, no se ha acreditado que en un orden lógico de cosas, y de acuerdo con los criterios medios de conocimiento médico, existiera imposibilidad para acometer todas las pruebas precisas para descartar todo signo posible de infección más allá de los que son constatables por elementos externos (fiebre, aspecto turbio, mal olor) e incluso por una simple analítica (leucocitosis) máxime si se tiene en cuenta que esta era una paciente que presentaba de forma habitual niveles altos de leucocitos, (razón por la que estaba en estudio), por lo que dicho dato por sí solo podía inducir a error.

Circunstancias todas ellas que determinan la estimación de la demanda, por entender que en el presente caso concurren los presupuestos para declarar la responsabilidad de la demandada



por la asistencia sanitaria prestada a la Sra. _____ por parte de los facultativos incluidos en su cuadro médico, resultando igualmente acreditado que el resultado finalmente producido (fallecimiento) resulta desproporcionado a las circunstancias del caso y naturaleza de la patología de la que inicialmente debía ser tratada la Sra. Tribaldos cuando ingresó en el centro hospitalario.

NOVENO .-Por lo que se refiere al quantum indemnizatorio, la actora para su determinación toma como base las cuantías establecidas en el Anexo de la Ley 35/2015 de 22 de septiembre (por el que se fijan las cuantías de la indemnización por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal en el caso de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación), criterio de valoración que si bien aparece inicialmente previsto para los supuestos en los que el fallecimiento o la lesión tiene su origen en accidente de circulación, viene siendo admitido de forma generalizada que se aplique por analogía a supuestos en los que el resultado lesivo tiene su origen en causas como la que aquí nos ocupa. Por todo lo cual, debe accederse a la aplicación de dicho sistema.

Conforme al mismo, por lo que se refiere a la cuantía solicitada por el esposo (102.000 €), a la vista de la edad de la víctima en el momento del fallecimiento (71 años) y los años de convivencia (46 en total), se admite la suma de 101.000 €

Por lo que se refiere a la indemnización solicitada por cada uno de los hijos, según resulta de la documental aportada, todos ellos tienen más de 30 años, por lo que a cada uno les corresponde una indemnización de 20.000 €.

Por lo que se refiere a la cantidad solicitada por la hija _____ en concepto de perjuicio personal particular por convivencia de la misma con la víctima, en este punto la demanda no puede ser estimada, habida cuenta que lo único que se aporta en justificación de dicho extremo ha sido un certificado de empadronamiento emitido en septiembre de 2016 (esto es posterior al fallecimiento de Dña. _____) del cual cabe presumir únicamente que Dña. Ruth convive con su padre en el que fue domicilio familiar en ese momento, pero no que dicha convivencia lo fuera con Dña. _____; máxime cuando a lo largo de los informes médicos que obran en autos lo que se hace constar es que la fallecida reside con su esposo únicamente.

Finalmente, por lo que se refiere a las cantidades reclamadas por perjuicio patrimonial, daño emergente, perjuicio patrimonial básico, por importe 400 € a cada perjudicado, procede reconocer la misma.

Y por lo que se refiere a la cantidad reclamada por lucro cesante, por congruencia, se reconoce la reclamada en nombre de D. _____, por importe de 11.128 €, teniendo en cuenta su edad, 76 años, la duración del matrimonio (46 años) y los ingresos anuales que percibía la Sra. _____ (inferiores a 9.000 €).

Así como la reclamada en nombre de los hijos, en función de la edad de los mismos al tiempo del fallecimiento e igualmente por congruencia:

-Eva María (45 años) : 8.192 €.



- (43 años): 8.200 €.
- (43 años): 8.200 €.
- (41 años): 8.202 €.

Todo lo cual determina una indemnización a favor de D. _____ de
112.528 €.

A favor de Dña. _____ de 28.592 €.

A favor de Dña. _____ de 28.600 €

A favor de Dña. _____ de 28.600 €.

A favor de D. _____ de 28.602 €

DÉCIMO.- Finalmente resta por analizar la procedencia de la imposición de intereses del artículo 20 y el día a quo desde que los mismos deben devengarse.

La parte actora interesa la imposición de los intereses del artículo 20 LCS desde la fecha del siniestro y subsidiariamente desde la interposición de la demanda; y subsidiariamente la imposición del interés legal del dinero desde la interposición de la demanda.

La demandada se opone a la aplicación de dichos intereses por entender que existe causa justificada para que la aseguradora no abonara la indemnización.

En relación a dicha cuestión, en particular qué ha de entenderse por causa justificada a los efectos de la aplicación de la regla octava del artículo 20 LCS, en la redacción dada por la DA Sexta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tribunal Supremo ha venido manteniendo que, en síntesis debe entenderse por tal aquellos supuestos en los que existen dudas acerca de la existencia del siniestro o de la cobertura de la aseguradora. Sin que las dudas o controversias acerca de la culpabilidad del asegurado resulten suficientes para justificar la falta de pago o consignación en tiempo y forma.

En particular el TS ha seguido una línea interpretativa que ha llevado a excluir su apreciación cuando carece de justificación la oposición al pago frente a la reclamación del asegurado o perjudicado aunque se formule en un proceso judicial, pues la razón del mandato legal radica en evitar el perjuicio que para aquellos deriva del retraso en el abono de la indemnización y en impedir que se utilice el proceso como instrumento falaz para dificultar o retrasar el cumplimiento de la expresada obligación, sin que lo expuesto impida que la aseguradora pueda obtener de forma efectiva su tutela jurídica en el pleito, que, de prosperar su oposición, conllevará la devolución de la cantidad satisfecha o previamente consignada, por ser total o parcialmente indebida.



En esta línea, viene declarando el TS que si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para vencer la oposición de la aseguradora se hace necesario examinar la fundamentación de la misma, siendo el criterio de esa Sala al respecto, que ni la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, constituye causa en sí misma justificada del retraso, ni es óbice para imponer a la aseguradora los intereses cuando no se aprecia una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar (SSTS 7 de junio de 2010, [RC n.º 427/2006]; 29 de septiembre de 2010, [RC n.º 1393/2005]; 1 de octubre de 2010, [RC n.º 1315/2005]; 26 de octubre de 2010, [RC n.º 677/2007]; 31 de enero de 2011, [RC n.º 2156/2006] y 1 de febrero de 2011, [RC n.º 2040/2006]).

En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la aseguradora que aboca al asegurado o perjudicado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura, en cuanto hechos determinantes del nacimiento de su obligación, si bien la jurisprudencia más reciente es incluso aún más restrictiva y niega que la discusión judicial en torno a la cobertura pueda esgrimirse como causa justificada del incumplimiento de la aseguradora (SSTS de 7 de enero de 2010, [RC n.º 1188/2005] y de 8 de abril de 2010, [RC n.º 545/2006]).

En todo caso y a pesar de la casuística existente al respecto, viene siendo criterio constante en la jurisprudencia no considerar causa justificada para no pagar el hecho de acudir al proceso para dilucidar la discrepancia suscitada por las partes en cuanto a la culpa, del mismo modo que no merece tampoco para la doctrina la consideración de causa justificada la discrepancia en torno a la cuantía de la indemnización, cuando se ha visto favorecida por desatender la propia aseguradora su deber de emplear la mayor diligencia en la rápida tasación del daño causado, a fin de facilitar que el asegurado obtenga una pronta reparación de lo que se considere debido (SSTS de 1 de julio de 2008, [RC n.º 372/2002], 1 de octubre de 2010, [RC n.º 1315/2005] y 26 de octubre de 2010, [RC n.º 677/2007]), sin perjuicio, como se ha dicho, de que la aseguradora se defienda y de que, de prosperar su oposición, tenga derecho a la restitución de lo abonado. En relación con esta argumentación, es preciso traer a colación la jurisprudencia más reciente según la cual la iliquidez inicial de la indemnización que se reclama, cuantificada definitivamente por el órgano judicial en la resolución que pone fin al pleito, no implica valorar ese proceso como causa justificadora del retraso, ya que debe prescindirse del alcance que se venía dando a la regla *in illiquidis non fit mora* [tratándose de sumas ilíquidas, no se produce mora], y atender al canon del carácter razonable de la oposición (al que venimos constantemente haciendo referencia) para decidir la procedencia de condenar o no al pago de intereses y concreción del dies a quo [día inicial] del devengo, habida cuenta que la deuda nace con el siniestro y el que la sentencia que la cuantifica definitivamente no tiene carácter constitutivo sino meramente declarativo de un derecho que ya existía y pertenecía al perjudicado (SSTS de 4 de junio de 2006 , 9 de febrero de 2007 , 14 de junio de 2007 , 2 de julio de 2007 , 16 de noviembre de 2007, [RC n.º 4267/2000], 29 de septiembre de 2010, [RC n.º 1393/2005], 1 de octubre de 2010, [RC n.º 1315/2005], 31 de enero de 2011, [RC n.º 2156/2006] y 1 de febrero de 2011, [RC n.º 2040/2006]).



En consecuencia con lo anteriormente expuesto, entiende esta Juzgadora que no existe razón o causa que justifique la no imposición a la demandada los intereses moratorios del artículo 20 LCS.

Fijándose como fecha de inicio del devengo de los mismos el momento en el que se produjo el siniestro. Devengo que se producirá en la forma establecida por el TS en Sentencia de 20.03.2007, esto es, el interés legal del dinero incrementado en el 50% a contar desde el 12.01.2016 y hasta el 11.01.2018 y desde el 12.01.2018 y hasta su completo pago, un interés anual del 20%

UNDÉCIMO.- En materia de costas, habiendo sido estimada en parte la demanda, de conformidad con lo establecido en el artículo 394 de la LEC, no procede hacer expresa imposición de las costas causadas.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación:

FALLO

Estimando en parte la demanda formulada por D.

DÑA. _____, DÑA. _____,

representados por el Procurador Sr. Melchor de Oruña, contra
representada por el

Procurador de los Tribunales Sr. _____, debo condenar y condeno a la demandada a indemnizar a los actores en las siguientes cantidades:

-A D. _____ en la cantidad de CIENTO DOCE MIL
QUINIENTOS VEINTIOCHO EUROS (112.528 €).

-A DÑA. _____ en la cantidad de VEINTIOCHO MIL
QUINIENTOS NOVENTA Y DOS EUROS (28.592 €).

-A DÑA. _____ en la cantidad de VEINTIOCHO MIL
SEISCIENTOS EUROS (28.600 €).

-A DÑA. _____, en la cantidad de VEINTIOCHO
MIL SEISCIENTOS EUROS (28.600 €).

-A D. _____ en la cantidad de VEINTIOCHO
MIL SEISCIENTOS DOS EUROS (28.602 €)

Cantidades todas ellas que devengarán el interés legal del dinero incrementado en el 50% a contar desde el día 12.01.2016 y hasta el día 11.01.2018, y un interés anual del 20% a contar desde el 12.01.2018 y hasta su completo pago; con expresa imposición de las costas causadas a la parte demandada.

Notifíquese la presente resolución a las partes haciéndoles saber que la misma no es firme, y que contra ella cabe interponer recurso de apelación dentro de los VEINTE DÍAS siguientes a contar desde su notificación para ante la Ilma Audiencia Provincial de Madrid, haciéndose



saber a las mismas que para la interposición de dicho recurso deberán constituir depósito por importe de CINCUENTA EUROS en la cuenta de Depósitos y Consignaciones de este Juzgado, lo cual deberán acreditar al tiempo de interposición del recurso, bajo apercibimiento de inadmisión a trámite en caso contrario.

Así por esta mi Sentencia lo pronuncio, mando y firmo.

E/

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia por la Sra. Magistrado-Juez que la dictó estando celebrando Audiencia Pública en el día de su fecha; doy fe.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/cove
mediante el siguiente código seguro de verificación: 0926031907044637767913

Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia firmado electrónicamente por