



JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 3 MADRID

Autos: **Juicio Ordinario nº 1408/12**
Demandantes: [Redacted]
Procurador: Ignacio Melchor de Oruña
Letrado: José Antonio Ramos Mesonero
Demandada: **Zurich PLC, Sucursal en España**
Procuradora: Esther Centoira Parrondo
Letrado: Eduardo Asensi Pallarés y Marta Albelda de la Haza

RECEPCION 24 SEP 2013 NOTIFICACION 25 SEP 2013 Artículo 151.2 L.E.C. 1/2000

SENTENCIA

En Madrid a veintitrés de septiembre de dos mil trece.
Rafael Fluiters Casado, Magistrado Juez del Juzgado de Primera Instancia número 3 de esta ciudad, vistos los autos de Juicio Ordinario sobre reclamación de cantidad, tramitados con el número 1408/12 y seguidos a instancia de [Redacted]

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero: Por el procurador Ignacio Melchor de Oruña, en nombre y representación de [Redacted] representada por sus padres [Redacted] y [Redacted] se dedujo en fecha 08/10/12 demanda de juicio ordinario contra la indicada Zurich PLC, Sucursal en España (antes Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.U.), en la cual, y con base en los hechos y fundamentos que aquí se dan por reproducidos, terminaba suplicando se dictase sentencia por la que se condenase a la demandada a pagar a la primera de sus representadas la cantidad de 840.440,02 €, y a la segunda la de 11.736,92 €, con más sus intereses legales del artículo 20 de la LCS y, subsidiariamente, los legales devengados desde la interposición de la demanda.

Segundo: Recibida la demanda por turno de reparto, y admitida a trámite, se dio traslado de la misma a la demandada, la cual la contestó oponiéndose con base en las alegaciones que asimismo se dan aquí por reproducidas, pretendiendo se ampliase la demanda frente a las aseguradoras que tuviesen suscrita póliza de responsabilidad civil con los médicos que trataron a la paciente durante el parto en el Hospital de Barbastro, y finalmente solicitando se desestimase la demanda contra ella formulada con expresa imposición de costas. La demanda no fue ampliada.

Tercero: Seguidamente se convocó a las partes a audiencia previa, a la cual, celebrada el 18/04/13, comparecieron ambas, constatándose la falta de acuerdo y ratificando cada una sus respectivas pretensiones además de interesar el recibimiento del procedimiento a prueba; y, abierto el pleito a prueba, por la actora se articularon los medios de documental y más documental; y por la demandada los de documental, más documental, pericial primera a quinta y testifical pericial; todas las pruebas propuestas



Administración
de Justicia

fueron admitidas y declaradas pertinentes, señalándose seguidamente día y hora para la celebración del juicio.

Cuarto: Llegado el día fijado, 18/07/13, tras la suspensión del señalamiento inicialmente previsto (10/06/13), se celebró el juicio y se practicaron las pruebas que venían acordadas, la testifical pericial por videoconferencia, tras lo cual las partes las valoraron vertiendo las alegaciones que tuvieron por conveniente, y declarándose seguidamente los autos conclusos para sentencia.

Quinto: En la tramitación del presente expediente se han observado los términos y prescripciones legales, habiéndose eso sí superado el plazo para dictar sentencia en atención a la complejidad del asunto que ha precisado una especial dedicación.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Se ejercita por las actoras (la primera menor de edad representada por sus padres), sendas acciones dirigidas a obtener de la demandada, como aseguradora de la responsabilidad civil de la Diputación General de Aragón, en tanto titular del Servicio Aragonés de Salud (artículo 76 Ley de Contrato de Seguro), la indemnización de los daños y perjuicios derivados de la acción y/u omisión negligente en la que habría incurrido el personal sanitario del Hospital de Barbastro (Huesca), y que, sucintamente, concreta en los siguientes hechos: **a)** realización a la gestante [REDACTED] de la denominada maniobra de Hamilton el 15/01/11 sin previamente obtener el consentimiento informado de la paciente, y ello a pesar de su carácter invasivo y del riesgo que la misma conllevaba de provocar infecciones, y siendo a continuación remitida a su domicilio; **b)** ingreso en el Hospital desde el servicio de urgencias del mismo el día 16/01/11 por cuadro febril y para inducción al parto, monitorizándola sólo desde las 19:04 a las 20:40, pero suspendiendo el registro a esa hora y no constando otro hasta las 09:00 del día 17/01/11, y ello a pesar de ser la paciente gestante de 41^{+4días} semanas, haber ingresado con fiebre de 38,2°C y averiguarse en la misma una leucocitosis de 26.500, todo lo cual conducía a la existencia de una infección aguda; **c)** aparición de desaceleraciones cardíacas al reinicio de la monitorización (09:00 horas del 17/01) durante 70 minutos, indicativas de pérdida de bienestar fetal, lo que habría dado lugar a la programación de cesárea urgente que sin embargo no se practica sino a las 10:10 horas y sin consentimiento informado; **d)** comprobación tras el nacimiento de [REDACTED] de que el exudado amniótico extraído del parto indicaba la existencia de infección por Cocos Gram +, Bacilos Gram -, dando crecimiento abundante para Enterococcus Faecalis, y dando el hemocultivo ese día practicado positivo para Staphylococcus Epidermidis, germen éste resistente a la amoxicilina/clavulánico y ampicilina; asimismo, que la biopsia de la placenta fue de: 1.- corioamnionitis y funiculitis agudas; 2.- inserción marginal del cordón; y 3.- vellosidades coriales del tercer trimestre con villitis perivellositaria subcorial; **e)** que al nacimiento de [REDACTED] presentó hipotonía e impregnación meconial, siendo la impresión diagnóstica de sepsis neonatal y neumotórax derecho, lo que dio lugar a su traslado en UVI móvil al Hospital Miguel Servet de Zaragoza; **f)** que el motivo de ingreso en el Hospital Miguel Servet es el de riesgo de infección-corioamnionitis, cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal, habiendo nacido impregnada de meconio con



Madrid

Administración
de Justicia

hipotonía; **g**) que, sin embargo, en el informe de alta de [REDACTED] en el Hospital de Barbastro se dice "cesárea por anomalía de presentación (hombro) y fiebre intraparto"; **h**) que [REDACTED], que había sido dada de alta en el Hospital de Barbastro el 25/01/11, hubo de reingresar el 27/01/11 por fiebre de 38,5°C, y siendo diagnosticada de endometritis, infección herida quirúrgica y de orina, encontrándose en la actualidad en tratamiento por trastorno psiquiátrico de adaptación mixto con venlafaxina y detrax; e **i**) que la menor [REDACTED] a los doce meses de edad presentaba: 1.- encefalopatía severa con microcefalia y tetraparesia espástica, con un grado de dependencia III; parálisis cerebral infantil con importante afectación en desarrollo motriz y sensorial; hipertonía de extremidades, con imposibilidad de sedestación, deambulación, escaso tono postural cervical e inexistencia de resto tonos posturales; y nistagmus bilateral asimétrico con pobre seguimiento de mirada, emisión de algún sonido y sonrisa ante estímulos afectivos; 2.- disminución de la eficiencia visual por trastorno de la vía óptica; 3.- trastorno del desarrollo; y 4.- discapacidad múltiple por encefalopatía.

Todo ello considerando que el resultado dañoso o patológico de las dos demandantes deriva en relación causa efecto de la cadena de negligencias médicas que reprochan al personal médico del Hospital de Barbastro.

SEGUNDO: Se opone la demandada alegando en primer lugar la prescripción de la acción ejercitada por el transcurso del plazo de un año previsto en el artículo 1968 del Código Civil; en segundo lugar negando la existencia de negligencia en la asistencia sanitaria prestada por el personal médico del Hospital de Barbastro, la cual se habría ajustado a la *lex artis ad hoc*; en tercer lugar cuestionando que las lesiones que presenta la menor traigan causa de la asistencia prestada en el referido Hospital; y, finalmente, considerando en cualquier caso erróneamente cuantificadas las cuantías indemnizatorias solicitadas, inadecuada la fecha desde la cual pretenden las demandantes se devenguen intereses e invocando que la responsabilidad de la aseguradora está además limitada por contrato.

TERCERO: Por lo que se refiere a la prescripción de la acción invocada por la parte demandada al amparo del artículo 1968.2º del Código Civil CC, la misma no resulta de recibo, ya que, aunque con fundamento en la consideración como jurídico-pública de la relación del enfermo con los servicios públicos de salud y la configuración constitucional de la Seguridad Social (en tanto servicio público de salud), como un régimen que los poderes públicos tienen que mantener para garantizar a todos los ciudadanos la asistencia y prestaciones sociales suficientes, la más reciente jurisprudencia considera que el plazo de prescripción de la acción nacida de negligencia profesional producida en ese ámbito es el de un año contemplado en el precepto citado, es lo cierto que en el caso que nos ocupa la acción no puede entenderse prescrita, al haber dirigido la codemandante Beatriz Julián Guardiola, lógicamente en su nombre y en el de su hija menor de edad, tanto reclamación al Servicio de Atención del Usuario del Servicio Aragonés de Salud en marzo de 2011, contestada en mayo de ese año (documentos nº 1.3 a 1.6 de la demanda), solicitado después copia de la historia clínica *para reclamación de daños* en 26/10/11, y promovido en 18/04/12 diligencias preliminares frente a la propia Zurich PLC, Sucursal en España (anexo II de la demanda; autos 552/12 de este Juzgado), y siendo por todo ello que, conforme a lo establecido en los artículos 1973 y 1141 del CC debe entenderse interrumpido el plazo prescriptivo y plenamente vigentes las acciones ejercitadas.



Madrid

Administración
de Justicia

CUARTO: Entrando en el fondo del asunto, y respecto a los hechos objeto de controversia, debe partirse de datos básicamente objetivados por todos los peritos que han intervenido en el juicio y de testimonios no controvertidos, de los cuales procede tener por acreditados los siguientes:

1º.- Que [REDACTED] la, quien se encontraba embarazada de 41^{+4días} semanas, siendo seguida por el servicio de ginecología del Hospital de Barbastro, acudió a consulta programada el 15/01/11, siendo asistida por el facultativo [REDACTED], quien, sin que conste informase verbalmente a la paciente de los potenciales riesgos ni recogiese consentimiento escrito, y sin anotarlo en la historia clínica, le practicó la denominada maniobra de Hamilton (ver su declaración en el juicio), *que consiste en el despegamiento de las membranas, y que disminuye la incidencia de embarazos prolongados reduciendo la necesidad de inducción del parto.*

En ese momento, por el referido facultativo se indicó la práctica de una analítica a la paciente (folios 41 y 49 de la historia clínica), que, sin embargo, no se realizó sino hasta el día siguiente, remitiendo a la misma ese día a su domicilio.

2º.- El día siguiente, 16/01/11, [REDACTED] acudió al servicio de urgencias del mismo Hospital por presentar fiebre de unas horas de evolución (38,3° C según pericial obstétrica de la demandada), siendo atendida por la doctora [REDACTED], quien ordenó su monitorización o registro cardiotocográfico, llevándose a cabo éste desde las 19:01 horas hasta las 20:40 horas. El registro cardiotocográfico se mantiene prácticamente normal salvo alguna deceleración esporádica con buena recuperación posterior hasta los últimos 25 minutos en los que las deceleraciones variables se hacen más frecuentes, cada 5 minutos, produciéndose además sin dinámica uterina. Por su parte, la frecuencia cardiaca fetal durante el registro se mantuvo entre 130-140 lat/m sin llegar a presentar taquicardia fetal (160 o más lat/m).

3º.- La paciente es ingresada a las 21:00 horas, presentando en ese momento una temperatura de 38,1° C y frecuencia cardiaca de 127 lat/m, e indicándose en la hoja de ingreso "TNS (test no estresante) feto reactivo y adinamia", solicitándose en ese momento nuevamente analítica (ver pericial obstétrica de la demandada), y pautándosele tratamiento con suero fisiológico y paracetamol 1 gr/8 horas. A las 23:00 horas, presentando la paciente temperatura de 37,4° C, se pauta inducción de parto a partir de las 8 horas.

4º.- Estando ingresada la paciente, sin monitorizar, se recibe el resultado de la analítica a las 3:30 horas del 17/01, que arroja como resultado una leucocitosis, 26.500 (normal entre 4.000 y 11.000/mililitro de sangre; ver pericial de la actora), presentando la paciente febrícula; a la vista de la analítica se pone Augmentine (amoxicilina-ácido clavulánico) 1 gr/8 horas (ver folio 81); a esa hora se solicita un estudio PCR (proteína C reactiva), cuyo resultado, 61mg/l (normal 0-9), se obtiene sobre las 07:30 horas. A esa hora la paciente refiere pérdida de líquido amniótico, que se constata como maloliente (ver pericial obstétrica de la demandada), y se ordena cesárea.

5º.- Se practica la cesárea a las 11:00 horas del 17/01 por parte de la doctora [REDACTED] naciendo una niña viva con peso de 3.000 gramos, y registrándose como resultados del test de Apgar 8 puntos de 10 posibles al primer minuto y 9 de 10 posibles a los 5 minutos; conforme a lo indicado se toma hemocultivo y urinocultivo postcesárea el primero de los cuales, arroja inicialmente (10:36 horas del 18/01), como resultado liquido amniótico con crecimiento abundante de enterococcus



Madrid

Administración
de Justicia

faecalis, completándose el 21/01 con resultado positivo para estafilococo epidermidis; (el urinocultivo se recibe el 19/01 con resultado estéril); finalmente, el 31/01 se emite informe de estudio histológico de placenta que señala como diagnósticos corioamnionitis y funiculitis aguda, inserción marginal de cordón y vellosidades coriales del tercer trimestre con villitis perivillositaria subcorial.

6º.- Habiendo sido dada de alta la madre el 25/01, reingresa el 27 de enero de 2011 ingresa de nuevo por existencia de fiebre de 38,50º C, presenta cultivo positivo en la herida quirúrgica, frotis vaginal positivo y cultivo de orina positivo, instaurándose tratamiento con Tazocel, durante 10 días, permaneciendo apirética desde el día 31/01 es dada de alta el día 10/02 habiendo sido diagnosticada de endometritis, infección de herida quirúrgica e infección de orina.

7º.- En el informe del Servicio de Pediatría del Hospital se señala que la recién nacida presentaba al nacimiento hipotonía e impregnación meconial, iniciando mínimo esfuerzo respiratorio sin realizar estimulación, bradicardia moderada (FC 80 lat/m), aspirándosele secreciones e iniciándose ventilación con mascarilla, mejorando la frecuencia respiratoria, coloración pálida con hipoperfusión periférica y siendo trasladada a la Unidad Neonatal (ver pericial pediátrica de la demandada).

8º.- Tras ser tratada la recién nacida en la Unidad Neonatal, [O₂ en incubadora con FiO₂ 40%, canalización vena umbilical, colocación sonda nasogástrica con aspiración del contenido gástrico (líquido amniótico meconial), expansión de volumen con suero salino fisiológico 10 ml/Kg y antibioterapia empírica con ampicilina (100 mg/K/12 h) y gentamicina (2.5 mg/K/12 h)], y tras diversas pruebas diagnósticas (analítica y Rx de tórax), se decide su traslado en UVI móvil a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Miguel Servet de Zaragoza con los diagnósticos de Sepsis neonatal y Neumotórax derecho.

9º.- La recién nacida ingresa en la UCIN del Hospital Miguel Servet, donde se objetivan como patologías gestacionales Líquido meconial, Fiebre intraparto en la madre, Riesgo de infección por Corioamnionitis y Riesgo de pérdida de bienestar fetal anteparto, indicándose como peso al nacimiento el de 2.875 grs y como resultados del Test de Apgar 6 puntos de 10 posibles al primer minuto y 8 de 10 posibles a los 5 minutos.

10º.- Durante su estancia, que se prolonga hasta el 28/01/11, se practican exploraciones complementarias (hemograma, bioquímica, hemocultivo, Rx tórax, ecografía transfontanelar, TAC craneal, EEG, etc; ver pericia pediátrica de la demandada), y evoluciona en el aspecto Hemodinámico permanece estable; en el Respiratorio, al ingreso taquipnea sin otros signos de dificultad respiratoria; el neumotórax derecho se resolvió sin necesidad de drenaje; en el Metabólico se inicia nutrición parenteral que se suspende al cuarto día. Buena tolerancia a alimentación enteral; en el Infeccioso, se continúa con antibioterapia intravenosa con ampicilina y gentamicina; al inicio presenta aumento de los parámetros de infección, que se normalizan posteriormente; afebril en todo momento; en el Hematológico: hipoprotrombinemia a su ingreso por lo que se administró una dosis de vitamina K y se transfundió plasma con controles posteriores normales; y en el Neurológico: sin incidencias.

Tras pasar a cuidados intermedios el 20/01/2011, donde se va comprobando en la exploración un aumento del tono pasivo de extremidades inferiores, hipotonía axial y dehiscencia de suturas, se realizó TAC que no mostró alteraciones excepto hipomielinización de sustancia blanca propia del recién nacido; la exploración se fue



Madrid

Administración
de Justicia

normalizando, por lo que se dio de alta al 11º día de vida (ver nuevamente pericial pediátrica de la demandada).

Al alta se la diagnostica con Sepsis precoz, Apgar 1 minuto 4-7, Neumotórax derecho e Hipoprotrombinemia.

11º.- El 23/09/2011, con 8 meses de edad, figura la realización de una RMN cerebral en el Hospital Miguel Servet, apareciendo como justificación de la petición la de Encefalopatía severa con microcefalia con evolución rápidamente progresiva y Tetraparesia espástica. La RMN es informada como "se observa una braquicefalia"; Estructuras de fosa posterior normales e igualmente normales los ganglios basales y las regiones frontales y parietales. Alteración de ambas regiones occipitales que tienen cavidades y una dilatación secundaria de las astas occipitales sobre todo la izquierda. Resto de sistema ventricular con morfología normal.

12º.- Ese diagnóstico figura también en informe de la Asociación de personas con parálisis cerebral de Huesca de 14/02/12, en el que además se señala como Grado de dependencia: Grado III, no permanente.

Por su parte, el informe del Centro de Salud de Monzón Urbano, en Huesca, de fecha 10/02/12, refiere que la menor "*presenta parálisis cerebral infantil con importante afectación en desarrollo motriz y sensorial; actualmente en la exploración se observa hipertonia de extremidades con imposibilidad de sedestación, deambulacion, escaso tono postural cervical e inexistencia del resto de tonos posturales; nistagmus bilateral asimétrico, con pobre seguimiento de mirada, emisión de algún sonido y sonrisa ante estímulos afectivos; lleva seguimiento en el Servicio de Neurología en Zaragoza, atención temprana en Huesca, Servicio de Oftalmología y asiste a clases de rehabilitación-fisioterapia y estimulación precoz; ha sido admitida en la ONCE*".

QUINTO: Profundizando ahora en los anteriores datos, y tras una valoración lógica y racional de las pruebas periciales incorporadas al expediente, dado el incuestionable carácter científico-práctico de la controversia, se objetiva lo que sigue.

En primer lugar, y respecto a la maniobra de Hamilton practicada a la gestante el día 15/01/11, discrepan los peritos acerca de si su realización exigía por un lado el consentimiento informado de la paciente, y si la misma conllevaba o cuando menos aconsejaba el ingreso y monitorización de la paciente.

Pues bien, se aprecia al respecto una primera irregularidad, cual es la falta de constancia de la maniobra en la historia clínica, en contra de las prescripciones del artículo 15 de la Ley 41/02, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece entre el contenido mínimo de la historia "las órdenes médicas" y "los informes de exploraciones complementarias", pareciendo evidente que la realización de la referida técnica debería por ello constar en la misma; por otro lado, y por lo que se refiere al consentimiento informado, el artículo 8.1 de la misma Ley determina que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado..., añadiendo el apartado 2 que "el consentimiento será verbal por regla general", pero indicando que "*se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*".



Madrid

Administración
de Justicia

Así las cosas, aunque según el perito designado judicialmente, [REDACTED] y con referencia a los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el consentimiento escrito no habría sido preceptivo, teniendo en cuenta que son los propios peritos obstetras de la demandada los que consideran que la maniobra comporta determinados riesgos, tales como posible rotura de la bolsa amniótica y sangrado vaginal y aparición de contracciones en las siguientes horas tras el procedimiento, con consiguiente mayor riesgo desde el punto de vista materno de corioamnionitis clínica (13-60%), infección posparto (2-13%) y desprendimiento prematuro de placenta (4-12%), siendo la sepsis materna una complicación rara (1%); y a nivel neonatal mayor riesgo de dificultad respiratoria (es la complicación más frecuente), sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios (páginas 17 y 18), se estima que, conforme a lo establecido en el precepto indicado, sí debería haberse recogido consentimiento escrito, y sin que ni siquiera se haya intentado demostrar por la demandada la existencia de consentimiento verbal o la correcta información a la paciente de los riesgos o inconvenientes de la maniobra.

Llama por otra parte la atención el hecho antes indicado de que por el facultativo [REDACTED] se indicase la práctica de una analítica a la paciente (folios 41 y 49 de la historia clínica), y que, sin embargo, ésta no se realizase, demorándose hasta el día siguiente cuando se produce el ingreso de urgencia.

Debe no obstante constatar, primero, que ni siquiera la actora discute la procedencia de la práctica de la maniobra de Hamilton en atención a la situación cronológicamente prolongada de la gestación y, segundo, que no existe evidencia alguna, antes al contrario, de que como consecuencia de la realización de dicha maniobra la bolsa amniótica llegase a romperse, habiéndose comprobado su integridad, no ya por el propio [REDACTED], sino al día siguiente por la doctora [REDACTED] quien así lo anota en la hoja de ingreso el día 16/01.

SIXTO: Analizando ahora la actuación del personal del Hospital en la tarde del día 16/01/11, discrepan los peritos sobre si, ante los síntomas apreciados y los datos obtenidos durante el registro cardiotocográfico practicado, fue o no correcta la suspensión de la monitorización y demás medidas terapéuticas adoptadas a lo largo de la madrugada.

En relación con la primera cuestión, que se revela crucial, para el perito de la actora, Mariano Serrano Corcuera, *la monitorización desde las 19:50 horas hasta las 20:40 horas (folios numerados 96 a 99 de los acompañados a la demanda) presenta, con graficas (una Frecuencia Cardíaca Fetal) muy por debajo de los 120 lat/m, llegando a encontrarse hasta por debajo de los 100 lat/m, lo que entiende ya empieza a dar signos de desaceleraciones, bradicardias graves (110 lat/m) y frecuencias cardíacas patológicas y por consiguiente de posible pérdida del bienestar fetal, por lo que la retirada del registro a las 20:40 horas no tendría ninguna explicación desde el punto de vista pericial, y supondría un error médico de características importantísimas.*

Por el contrario, los peritos obstetras de la demandada, ([REDACTED]), quienes sorprendentemente parten del dato evidentemente erróneo (ver los folios 96 a 99 antes indicados), de que la monitorización habría durado desde 19:01 horas a las 19:50 horas "*es decir unos 50 minutos de registro*", cuando, como puede comprobarse, la monitorización dura hasta al menos las 20:40 horas, por considerar que se trataba de una gestación a término sin una clínica evidente de corioamnionitis, que



Madrid



el estudio de bienestar fetal al ingreso era óptimo y que el parto no se habla iniciado clínicamente, concluyen que no estaba indicada la monitorización fetal continua.

Así las cosas, y contando además con que en el juicio ha demostrado su rigor e imparcialidad, se estima en este punto procedente asumir el fundado criterio del perito [REDACTED], quien precisamente con base en los últimos 25 minutos del registro (20:15 a 20:40), en los que *las deceleraciones variables se hacen más frecuentes, cada 5 minutos y además se producen sin dinámica uterina*, considera que el mismo *se convirtió en un registro sospechoso*, ello contando con los demás datos obtenidos, entre los que se revela esencial la presentación por parte de la gestante de fiebre superior a 37,8° C, en particular 38,3° C.

Desde ese punto de partida, y siguiendo al mismo perito, ante ese registro sospechoso lo correcto habría sido la adopción de medidas conservadoras seguidas por la toma de una muestra de sangre fetal o el parto según precisase, lo que es evidente que no se hizo.

SÉPTIMO: Llegados a este punto, las apreciaciones del perito de designación judicial realizadas en el acto del juicio se revelan determinantes de la valoración de la actuación del personal del Hospital, ya que, como el mismo señala, primero, la propia decisión de ingresar a la paciente es indicativa de la existencia de anomalías, por lo que no se explica que no se mantuviese la monitorización; segundo, resulta inexplicable que, solicitada una analítica a las 21:00 horas (que por cierto ya había interesado el doctor Nogués el día antes), su resultado no llegue sino a las 03:19 de la madrugada del 17/01, cuando una analítica de esas características, por urgente, no debería haber tardado más de una hora, a lo sumo dos, lo que nos situaría a las 23:00 horas del día 16 y no a las 03:00 horas del 17/01, ello sin contar que desde la llegada de la paciente a urgencias a las 19:00 horas ya habrían transcurrido 8 horas.

Asimismo indica que la leucocitosis que se objetiva con la analítica de 26.500 (normal entre 4.000 y 11.000/mililitro de sangre), junto con la fiebre de la madre, su taquicardia y las deceleraciones objetivadas en la frecuencia cardiaca fetal, apuntaban a la existencia de la corioamnionitis a la postre objetivada, y prueba de la sospecha por parte de la médico de guardia es la propia administración de la amoxicilina-ácido clavulánico, señalando además que la propia administración de paracetamol desde las 21:00 horas habría *enmascarado* la fiebre como síntoma de la infección presentando la paciente sólo febrícula.

Con estos datos y sobre la base de que la corioamnionitis clínica podría y debería haberse diagnosticado en la tarde-noche del 16/01, afirma el perito que *la postura más razonable hubiese sido la inducción del parto con registro continuo y realizando las pruebas de bienestar fetal pertinentes, dependiendo de la evolución del registro; y si el registro empeorase y la dilatación lo permitiese, se confirmaría el bienestar fetal con toma de pH, si la dilatación no fuese suficiente y no se pudiese realizar toma de gases, como indican los protocolos de la SEGO, se terminaría la gestación con la realización de una cesárea*, añadiendo que, *acorde a la literatura, parece razonable que el lapso de tiempo entre el diagnóstico de corioamnionitis y el parto no sea superior a 12 horas (8 horas para algunos autores; ver página 25 del informe)*, y, además, *siempre se deben administrar antibióticos desde el momento en que se haga el diagnóstico, que deben incluir antibióticos combinados y de amplio espectro dado que es un cuadro polimicrobiano: gentamicina ... más ampicilina ... o penicilina G sódica, ... y añadiendo un fármaco que*



Administración
de Justicia

proporcione una mayor cobertura frente a bacterias anaerobias en las pacientes que son sometidas a cesárea.

Se cuestiona por los peritos obstetras de la demandada que la cesárea fuese programada tardíamente, lo que fundamentan en el carácter variable de las deceleraciones objetivadas en el registro realizado entre las 08:54 y las 10:10 horas del 17/01, pero ese juicio debe considerarse invalidado por el hecho de que tales deceleraciones ya habían aparecido en el registro de la tarde anterior, que es el que, con base en lo antes constatado, debería haber determinado la terminación de la gestación, en su caso con cesárea.

Por otro lado, se ha discutido a lo largo del litigio cuál fuera la causa real de la cesárea y si la misma se programó como urgente, apareciendo en algunas partes de la historia clínica la anomalía en la presentación del feto (folio 82), en otros cesárea urgente (76), en otros, además, fiebre intraparto (95), y en otros (145), cesárea urgente por sospecha de corioamnionitis (fiebre materna, rotura de bolsa con aguas malolientes). La duda, aun de relativa relevancia, ha de resolverse considerando que en la indicación de la cesárea estaba incluida la sospecha de la corioamnionitis, no sólo porque así lo hacen constar los neonatólogos en el informe de alta de la niña, sino porque de no ser así no habría hecho constar la propia doctora [REDACTED] en el informe de alta de la madre la fiebre materna intraparto ni hubiese indicado el hemocultivo y el urinocultivo postcesárea, resultando casi ridículo pretender ahora que no existía sospecha alguna; es más, sólo en caso de ser urgente la cesárea, como así se estima, no habría sido preciso la obtención del correspondiente consentimiento informado, que por eso mismo debe excusarse en este supuesto.

OCTAVO: En definitiva, dejando aparte las irregularidades objetivadas en la atención a la paciente el 15/01/11, la actuación del Hospital en la tarde noche del 16/01 y en la madrugada del 17/01 se revela como manifiestamente mejorable, si no claramente inadecuada, debiéndose haber mantenido la monitorización de la paciente, obtenido los resultados de la analítica mucho más precozmente, pautado un tratamiento antibiótico combinado y terminando el embarazo cuanto antes, todo lo cual conduce a considerar que por los facultativos intervinientes, en su conjunto considerados, dado que no se está enjuiciando la conducta de uno de ellos sino la de todo el equipo médico, no se actuó de acuerdo con la *lex artis ad hoc* (reglas del oficio adecuadas al caso), que es lo que, conforme a la jurisprudencia en la materia (por todas SsTS de 28/06/13, 30/03/12 o 16/01/12), es el primer requisito de la responsabilidad por negligencia médica.

NOVENO: Por lo que respecta a la relación de causalidad entre negligente actuación y los daños que se dicen causados, corresponde hacer las consideraciones que siguen, siempre teniendo presentes las periciales practicadas.

En primer lugar, y por lo que se refiere a la madre, [REDACTED], se ha de considerar probado una nueva disfunción en la labor profesional del personal médico del Hospital de Barbastro, ya que, como apunta el perito de la actora, Mariano Serrano Corcuera, y es fácil comprobar a través de la historia clínica, ver páginas 82 a 84, una vez objetivada el día 22/01/11 la infección por *Staphylococcus epidermidis*, y por ser éste resistente a la amoxicilina, se le pautó suspender el tratamiento con ese antibiótico y continuar con vancomicina durante una semana, pero resultando que, a pesar de que no se consiguió ese fármaco para su administración vía oral (comprimidos), y por encontrarse



Madrid

Administración
de Justicia

la paciente afebril el 24/01, se la dio de alta el 25/01, tres días después de empezar el tratamiento con vancomicina, y debiendo volver la misma a ser ingresada el 27/01 y permaneciendo ingresada hasta el 10/02 con tratamiento por Tazocel (piperacilina + tazobactam).

De este segundo ingreso y permanencia hospitalaria, con base en lo antes dicho, debe considerarse responsable al Hospital, que da de alta a la paciente sin acabar el tratamiento previamente prescrito; si embargo, no se estima que toda la estancia hospitalaria, desde el 16/01 al 25/01, derive de la negligencia profesional objetivada, ya que no resulta coherente reprochar al Hospital que no acelerase el parto incluso practicando la cesárea con anterioridad, y a la vez culpabilizarle de la estancia hospitalaria consecuente con esa cesárea; ahora bien, la permanencia del ingreso de la paciente debe considerarse consecuencia tanto de la cesárea, que según la única perito que se pronuncia al respecto, la de la demandada [REDACTED], conlleva una hospitalización por recuperación de 7 días, como de la infección por endometritis que, como señala apunta el perito de designación judicial (ver página 26 de su informe), sin contradicción en los demás dictámenes, dicha endometritis sería consecuencia con toda probabilidad de la corioamnionitis tardíamente diagnosticada. Es por ello que se considera prudentemente que sólo 3 de los días del primer ingreso habrían derivado del tardío diagnóstico, por lo que el total de días de incapacidad indemnizables serían 18, que dan lugar a una indemnización por ese concepto de 1.223,64 € (18 x 67,98 €), sin factor de corrección al no acreditarse ingresos por trabajo personal.

Por lo que se refiere a lo que el perito de la actora denomina como secuela y consistente en trastorno psiquiátrico de adaptación, señalar que, teniendo en cuenta que, según el propio informe acompañado como documento nº 157, el trastorno de adaptación mixto que se objetiva sería secundario a la patología de su hija recién nacida, para la determinación de la pertinencia de cualquier indemnización habrá que fijar antes la posible causalidad entre la actuación del Hospital y las enfermedades de la menor.

DÉCIMO: En relación ahora con la menor [REDACTED], no es objeto de discusión el desolador diagnóstico final, que consta en el informe del Centro de Salud de Monzón Urbano, en Huesca, de fecha 10/02/12 (folio 153 del bloque documental acompañado con la demanda), y que refiere "parálisis cerebral infantil con importante afectación en desarrollo motriz y sensorial; actualmente en la exploración se observa hipertonia de extremidades con imposibilidad de sedestación, deambulacion, escaso tono postural cervical e inexistencia del resto de tonos posturales, nistagmus bilateral asimétrico, con pobre seguimiento de mirada, emisión de algún sonido y sonrisa ante estímulos afectivos", pero no existe unanimidad entre los peritos sobre las causas, ni siquiera todos ellos creen que puedan concretarse.

El perito de la actora, que, se ha de recordar, se presenta como "especialista en cirugía plástica y reparadora especialista en medicina legal y forense valoración del daño corporal", tras afirmar tajantemente que la maniobra de Hamilton practicada por el doctor Nogués habría producido la rotura de membranas, la que a su vez sería la causante de la corioamnionitis con infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, siendo por ello *la causa o etiología de todo lo que la aconteció a la madre y a su hija*, asegura, igualmente de manera inequívoca que la niña "Judith habría nacido envuelta en líquido meconial, con hipotonía, dificultades respiratorias, bradicardia, palidez



Madrid

Administración
de Justicia

e hipoperfusión periférica y una sepsis neonatal por una clara pérdida de bienestar fetal durante un periodo largo y mantenidd'.

Sin embargo, los pediatras de la demandada, encabezados por [REDACTED] (quien lo ratifica en juicio es [REDACTED]), tras razonarlo profusamente, concluyen que no se objetiva la existencia de "pérdida de bienestar fetal", ni se considera que se esté ante una encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica que se habría exteriorizado mediante diferentes signos neurológicos y aparecido inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal, caracterizado por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos y, a veces, convulsiones. Ciertamente varios de los argumentos utilizados por estos peritos pueden desconsiderarse con fundamento en las indicaciones del perito de designación judicial, pero no todas. En efecto; hablan de que el registro cardiotocográfico no era concluyente y que la cesárea se hizo por la anomalía en la posición del feto; no se comparte este criterio, ya que el registro se ha dicho que era sospechoso, y la cesárea bien parece estuvo motivada al menos también por la fiebre intraparto, y más que probablemente por la sospecha de corioamnionitis. También dice que no se objetiva la acidosis metabólica perinatal que, siendo mayor que 7,0 en pH es claramente demostrativa de la asfixia perinatal, pero el criterio es más que discutible cuando las facultativas que atendieron el parto no tomaron esa muestra tan indicativa. También se refieren al test de Apgar, como indicativo de los síntomas de vitalidad y salud de la recién nacida, pero es lo cierto que la propia subjetividad del test, unida a las variaciones que respecto a la puntuación se producen a lo largo de la historia clínica, imposibilitan considerar ese dato como especialmente relevante. Por el contrario, necesariamente debe admitirse el hecho de que Judith no presentó encefalopatía aguda durante los primeros días de vida, de suerte que la ulteriormente objetivada no puede ser atribuida a asfixia perinatal; y es que la encefalopatía hipóxico-isquémica está presente desde el nacimiento, no existiendo un período de tiempo libre de sintomatología clínica, y en este caso, la exploración neurológica de la menor, durante los días que permaneció ingresada, fue normal, realizándose un TAC craneal que no mostró alteraciones excepto hipomielinización de sustancia blanca propia del recién nacido.

Este argumento es asimismo asumido por el perito de designación judicial, que, como ya se ha dicho, ha mostrado a lo largo del juicio muestras claras de su imparcialidad e independencia, y quien al respecto afirma "*según (test de Apgar como) el tipo de reanimación que necesitó la niña al nacer demuestra(n) que no hubo pérdida del bienestar fetal y por lo tanto las lesiones que posteriormente presentó no pueden achacarse al partd'.*

Distinta conclusión debe alcanzarse respecto a la propia corioamnionitis como desencadenante de la patología cerebral, afirmando al respecto los peritos pediatras de la demandada que "*...está demostrado que la infección intrauterina con confirmación histológica de corioamnionitis y funiculitis se asocia a mayores posibilidades de patología neurológica en el recién nacido, especialmente en forma de hemorragia intraventricular y/o leucomalacia periventricular, precursores de parálisis cerebral, aunque se desconocen las causas exactas de esta asociación, y probablemente esté en relación con la respuesta inflamatoria fetal frente a la infección e inflamación placentaria;* (recordemos que la menor tuvo sepsis neonatal); *la asociación corioamnionitis-parálisis cerebral está mejor establecida en los casos de partos prematuros, aunque también se da en fetos nacidos a término; en este caso, existe un diagnóstico histológico de infección corioamniótica en el*



Madrid

Administración
de Justicia

estudio de placenta y cordón, por lo que es evidente que sí existió una infección corioamniótica, aunque no podemos establecer con seguridad que ésta haya sido la causa de la parálisis cerebral de la paciente'.

Por su parte, el perito [REDACTED] señala "la corioamnionitis clínica se asocia con una mayor frecuencia de bacteriemia, sepsis clínica y mortalidad así como de de parálisis cerebral, incluyendo también hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular; el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF) es una entidad relacionada con la presencia de inflamación intrauterina y suele asociarse a infección intraamniótica; su consecuencia más grave es la lesión cerebral y posterior desarrollo de parálisis cerebral'.

UNDÉCIMO: Sentado lo anterior, aunque ninguno de los informes es concluyente a la hora de determinar cuál fuera la causa de la parálisis cerebral de la niña, si se descarta la asfixia perinatal, como así se ha hecho, y no existen evidencias de otras causas como las derivadas de factores prenatales, genéticos, etc, podemos concluir, aunque no sea con absoluta certeza, y por ser suficiente un juicio de probabilidad cualificada (SsTS 03/07/13 y 18/06/13 entre otras), que fue la corioamnionitis la causante de las patologías de la menor, y sin descartar como posible que dicha infección fuese previa al ingreso de la paciente en el Hospital y aun de la práctica de la maniobra de Hamilton del día 15/01/11, pero estimando eso sí justificado que dicha corioamnionitis fue sospechada y diagnosticada de manera tardía conforme a la lex artis ad hoc, como ya se dijo anteriormente.

Respalda la anterior conclusión la doctrina conocida como del daño desproporcionado (SsTS de 13/12/97 y 09/12/98) que se refiere a una evidencia que crea una deducción de negligencia, lo que requiere que se haga efectivo un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que el mismo no sea causado por una conducta o una acción que corresponda a la esfera de la propia víctima.

En definitiva, la obligación de los médicos, o de los centros hospitalarios, es de medios, no de resultado, lo que en un caso como el que nos ocupa conllevaba la de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias (monitorización continua y ágil obtención de las pruebas analíticas), atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, para a continuación adoptar las medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas, (utilización de combinado de antibióticos), que, es probable, hubiesen evitado la afectación del feto por la infección o, cuando menos, hubiesen paliado sus efectos.

DUODÉCIMO: Sentada pues la responsabilidad del Hospital por el resultado dañoso, al no constar su inevitabilidad, y, consecuentemente el de la Aseguradora demandada, restaría por determinar el quantum indemnizatorio, bien entendido que, aunque la propuesta de la demandante se basa en el baremo indemnizatorio para perjudicados por accidente de tráfico, tal sistema no es vinculante en un caso como el que nos ocupa; ello sin perjuicio del deber de congruencia exigible a toda resolución judicial (artículo 218 LEC).

Ahora bien, tomando como referencia el referido sistema, y teniendo en cuenta que en el mismo se atribuyen los 100 puntos que propone el perito de la actora al "Estado vegetativo persistente", el diagnóstico antes dicho "parálisis cerebral infantil con



Madrid

Administración
de Justicia

importante afectación en desarrollo motriz y sensorial; actualmente en la exploración se observa hipertonia de extremidades con imposibilidad de sedestación, deambulacion, escaso tono postural cervical e inexistencia del resto de tonos posturales", se estima más acorde con lo que en el sistema se define como "deterioro (o ausencia) muy grave de las funciones cerebrales superiores integradas con limitación grave de todas las funciones diarias que requiere una dependencia absoluta de otra persona, no es capaz de cuidar de sí mismo", y que cuantifica entre 75 y 90 puntos, y considerando que en este caso debe conllevar la máxima puntuación, es decir 90, lo que, con referencia al baremo correspondiente a 2011 (Resolución de 20 de enero de 2011, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), daría lugar a una indemnización de 285.557,40 € (3.172,86 € x 90). A esa cantidad es preciso añadir otra correspondiente al factor de corrección contenido en la Tabla IVª y relativa a "necesidad de ayuda de otra persona", y que se estima procedente cuantificar en la misma suma de 285.557,40 €, y ello ponderando la edad de la perjudicada y el grado de incapacidad reconocido por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales del 77%; total 571.114,80 €. No se aplican otros factores de corrección por considerar no concurrentes sus presupuestos.

Por otro lado, aunque no se solicita cantidad alguna por el concepto de "*familiares próximos al incapacitado en atención a la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada*", sí se estima que en este apartado puede entrar el trastorno psiquiátrico de adaptación mixto objetivado a la codemandante [REDACTED], ya que dicho trastorno no se estima pueda al día de la fecha considerarse como secuela, en tanto no consta que sea definitivo ni incurable, encontrándose en la actualidad en tratamiento, y sin que tampoco pueda valorarse como "incapacidad temporal no impeditiva", cuando ni se solicita como tal ni consta en autos la fecha de inicio y su duración. Así las cosas, pretendiéndose por dicho trastorno una indemnización de 9.761,07 € (8.873,70 + 10%), se estima que dicha suma, sin alterar la causa de pedir, encaja en el daño moral "*atención a la sustancial alteración de la vida*" que contempla en los familiares la referida Tabla IV del Sistema.

No se va a considerar por el contrario acreditado el perjuicio estético en la menor; primero porque no existe evidencia del mismo más allá de la afirmación del perito Mariano Serrano Corcuera, quien no proporciona dato alguno en respaldo de su valoración, por lo que las circunstancias o aspecto físico de la menor, que son presumibles en tan terrible diagnóstico, deben considerarse incluidas en la valoración general del daño derivado de sus patologías antes dichas.

DÉCIMOTERCERO: No superando las indemnizaciones a las que se da lugar el límite pactado entre Aseguradora y Diputación General de Aragón (700.000,00 € por víctima), no procede modificar las mismas como consecuencia de aquélla, la que, por tratarse de una condición delimitadora de la responsabilidad sí era oponible al tercero perjudicado.

Y, por lo que respecta a los intereses de demora, indicar que conforme a lo previsto en el artículo 20.8º de la Ley de Contrato de Seguro, las dudas que planteaba el caso tanto en cuanto al desarrollo de los acontecimientos, apreciación de la negligencia y de la relación causal, habiendo intervenido formalmente en el juicio hasta 11 peritos, se estiman causa justificada para no imponerlos, procediendo por ello imponer sólo los legales del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.



Madrid

Administración
de Justicia

DÉCIMOCUARTO: Dado el carácter de la presente resolución, no procede hacer expresa imposición de costas, debiendo cada parte abonar las causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLO

Estimo en parte la demanda formulada por el procurador Ignacio Melchor de Oruña, en nombre y representación de [REDACTED], contra Zurich PLC, Sucursal en España, y en su virtud condeno a la demandada a pagar a la primera de las demandantes la cantidad de **QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO CATORCE EUROS Y OCHENTA CÉNTIMOS, (571.114,80 €)**, y a la segunda la de **DIEZ MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO EUROS Y SETENTA Y UN CÉNTIMOS, (10.984,71 €)**, (1.223,64 + 9.761,07), con más sus intereses legales y sin hacer expresa imposición de las costas, debiendo cada parte abonar las causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Notifíquese la presente resolución a las partes haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer, en el término de veinte días, recurso de apelación ante este Tribunal para su resolución por la Audiencia Provincial de Madrid, justificando al hacerlo haber depositado la suma de 50,00 € en la cuenta de consignaciones del Juzgado.

Así por esta mi sentencia, definitivamente juzgando en esta primera instancia, la pronuncio, mando y firmo.

DILIGENCIA.- La anterior resolución es publicada, notificada y archivada en la Secretaría del Juzgado, y queda por certificación literal unida a los autos, doy fe.



Madrid