



**JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 67 DE MADRID**

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

Tfno: 914932872

Fax: 914932876

42020310

NIG: 28.079.00.2-2018/0223099

**Procedimiento: Procedimiento Ordinario 1310/2018**

**Materia:** Indemnización de daños y perjuicios

**Demandante:** D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

**Demandado:**

PROCURADOR D./Dña. CONSUELO RODRIGUEZ CHACON

**SENTENCIA Nº 148/2020**

**JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ:** D./Dña. MARTA DÍEZ PEREZ-CABALLERO

**Lugar:** Madrid

**Fecha:** once de noviembre de dos mil veinte

Vistos por la Sra. Dña. MARTA DÍEZ PÉREZ-CABALLERO, Magistrada-Juez de Primera Instancia del Juzgado número Sesenta y Siete de esta Ciudad y su partido, los presentes autos de Juicio Ordinario nº 1310/2018, seguidos a instancias de Dª

, representada por la Procuradora Dª Paloma Solera Lama, contra  
, representada por la procuradora Dª

Consuelo Rodríguez Chacón.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por Dª representada por la Procuradora Dª Paloma Solera Lama, se formuló demanda de Juicio Ordinario contra , en la que, por medio de párrafos separados exponía los hechos en que fundaba su pretensión, acompañaba los documentos pertinentes y hacía alegación de los fundamentos de derecho que entendía aplicables al caso y finalizaba con la súplica de que, tras su legal tramitación, se dictara Sentencia por la cual y estimando íntegramente sus pretensiones se condene a la citada demandada a abonar la suma de ciento setenta y un mil euros (171.000 €), por los daños y perjuicios sufridos, con los intereses legales, siendo de aplicación los previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, todo ello con expresa imposición de costas a la parte demandada.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la demanda, se acordó dar traslado a la parte demandada, emplazándola por el término de veinte días para contestar, compareciendo dentro del plazo concedido formulando oposición a las pretensiones de contrario, solicitando su desestimación. Invocando las excepciones de falta de litisconsorcio pasivo necesario y falta de legitimación pasiva.



**Madrid**



médico, el Hospital de [redacted] donde se prestó la asistencia médica a la actora. Interesando, de forma subsidiaria, la notificación del procedimiento a los indicados, al amparo del artículo 150.2 de la LEC. Cuestiones que fueron desestimadas en la audiencia previa, al considerar que no era preciso traer al procedimiento a los indicados, encontrándose la relación jurídico procesal perfectamente constituida.

Invocando a su vez su falta de legitimación pasiva, al mantener que el objeto del presente Procedimiento se enmarca única y exclusivamente en la relación médico paciente y, por tanto, es ajeno a su actividad aseguradora, ya que la obligación que asume [redacted] es proporcionar acceso y sufragar el coste de aquellas asistencias que requieran los asegurados. De manera que los profesionales y los centros médicos que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito específico de la prestación sanitaria. En consecuencia, y manteniendo que no es prestadora de servicios médicos, considera había cumplido todas las obligaciones derivadas del contrato suscrito con la Sra [redacted]

Negando asimismo que pueda exigirse responsabilidad extracontractual, al mantener que los profesionales y centros en los que la actora recibió asistencia, actuaron con total independencia y autonomía respecto a [redacted]. Indicando a su vez que tampoco cabe imputarle responsabilidad por culpa in eligendo o in vigilando del personal médico, aludiendo a la titulación, experiencia, capacitación, etc, de los profesionales contratados por ésta.

Por otra parte, niega que la actuación de los citados doctores fuera contraria a la lex artis, aunque carecía de información de las vicisitudes concretas que afectan a las prestaciones médicas que autoriza, no teniendo acceso a la historia clínica del paciente. Remitiéndose a las conclusiones de su propio informe pericial para mantener que todas las actuaciones sanitarias fueron llevadas a cabo de acuerdo con la lex artis. Manteniendo, frente a las alegaciones de la demandante:

- que los síntomas que presentaba eran más compatibles con una vulvovaginitis que con una enfermedad pélvica inflamatoria, habiendo cultivos vaginales específicos que así lo confirman.
- Añadiendo que, la actitud ante un resultado anormal de la citología fue correcta, solicitando determinación de HPV, por lo cual y al ser negativo, todo indicaba que no había que hacer nada más.
- Añade que el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria se hace como un posible diagnóstico de presunción por parte del servicio de infecciosas, pero no lo hace el de ginecología, que ve unos anejos normales.
- Indicando que, desde el punto de vista urológico, de la escasa documentación obrante en las actuaciones no se desprende mala praxis alguna, pudiendo tratarse de una complicación inherente a la propia intervención.
- Poniendo de relieve, en todo caso que haya sido un urólogo, sin la especialidad de ginecología, quien entre a valorar la actuación llevada a cabo por un ginecólogo, cuando además el primer error que se achaca es el de un diagnóstico erróneo por parte de éste.
- Además de mantener que la actora fue debidamente informada en consulta y se le entregó el preceptivo consentimiento informado, mantiene que una eventual falta del mismo no puede dar lugar a su responsabilidad, al considerar que se trata de un acto íntimamente ligado al propio acto quirúrgico realizado al margen de [redacted]



el prestigio de la compañía, con lo que sus obligaciones abarcan más allá de la simple gestión asistencial, y también en la STS de 4 de octubre de 2004, en la que se toma en consideración que se garantizaba expresamente una correcta atención al enfermo). En todos estos casos, los médicos actúan como auxiliares de la aseguradora y en consecuencia corresponde a ésta la responsabilidad de la adecuada prestación a que se obliga a resultas del contrato frente al asegurado, dado que la actividad de los auxiliares se encuentra comprometida por el deudor según la naturaleza misma de la prestación. La garantía de la prestación contractual se tiene en cuenta, pues, como criterio de imputación objetiva, cuando aparece que la posición de la compañía no es la de mero intermediario, sino la de garante del servicio. Desde esta perspectiva, la responsabilidad de la aseguradora tiene carácter contractual, pero no excluye la posible responsabilidad del profesional sanitario frente al paciente con carácter solidario respecto a la aseguradora y sin perjuicio de la acción de regreso de ésta contra su auxiliar contractual.

(d) Responsabilidad derivada de la existencia de una intervención directa de la aseguradora en la elección de los facultativos o en su actuación (STS 2 de noviembre de 1999). Este tipo de responsabilidad opera en el marco de la relación contractual determinante de una responsabilidad directa de la aseguradora, pero no es infrecuente la referencia a las disposiciones del Código Civil que regulan la responsabilidad por hecho de otro en el marco de la extracontractual. La sentencia de 21 de junio de 2006 parte del hecho de que la comadrona estaba incluida en el cuadro facultativo de la aseguradora, y otras, más numerosas, de las Audiencias Provinciales, suelen considerar suficiente la inclusión del facultativo en el cuadro médico de la aseguradora para inferir la existencia de responsabilidad por parte de ésta derivada de la culpa in eligiendo.

(e) Responsabilidad en aplicación de la Ley de Consumidores y Usuarios (artículos 26 y 28, en la redacción anterior al Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre). Según la más reciente jurisprudencia, dada su específica naturaleza, este tipo de responsabilidad no afecta a los actos médicos propiamente dichos, dado que es inherente a los mismos la aplicación de criterios de responsabilidad fundados en la negligencia por incumplimiento de la *lex artis ad hoc*. Por consiguiente, la responsabilidad establecida por la legislación de consumidores únicamente es aplicable en relación con los aspectos organizativos o de prestación de servicios sanitarios, ajenos a la actividad médica propiamente dicha (SSTS de 5 de febrero de 2001; 26 de marzo de 2004; 17 de noviembre de 2004; 5 de enero de 2007 y 26 de abril de 2007).

De acuerdo con la doctrina expuesta, debe entenderse que por medio del contrato de seguro de asistencia sanitaria celebrado entre las partes (documento 1 de la demanda), el asegurador se obligaba no sólo a prestar la asistencia correspondiente al padecimiento (enfermedad o lesión) del asegurado, sino también la más segura y eficaz, alcanzando así a la elección del facultativo adecuado que se pone al servicio del cliente; prestación sanitaria que resultará defraudada si la asistencia recibida resulta incorrecta y conlleva graves consecuencias dañosas, morales y materiales para el paciente, derivadas de una actuación negligente del facultativo elegido por el asegurado, dando lugar a una responsabilidad contractual por parte del asegurador por incorrecto cumplimiento de las prestaciones del contrato. 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



lo sería como parte de una relación de dependencia más o menos funcional con la compañía aseguradora, en la medida en que la actuación de los mismo se fundase en un contrato de prestación de servicios acordado con la compañía o bien en un contrato arrendamiento de servicios, tal actuación les colocaría en la órbita de la relación de dependencia del *artículo 1903 del Código Civil* o en el principio y el ámbito de apariencia al que se refiere la jurisprudencia y por lo tanto en este supuesto tampoco sería necesario la llamada de dichas personas al litigio, toda vez que la responsabilidad sería solidaria.

Por lo expuesto, también resultaría inocua la llamada en causa a terceros, interesada en su momento, reiterando que, en definitiva, no concurre el defecto de litisconsorcio pasivo necesario denunciado, estando legitimada pasivamente la aseguradora demandada para soportar la acción ejercitada, sin necesidad de traer al procedimiento a los facultativos y centro médico, sin perjuicio de las posibilidades de repetición que pudieran corresponderle.

#### **CUARTO.- RESPONSABILIDAD POR LA ACTUACIÓN MÉDICA.**

Entrando ya en el examen del fondo de la cuestión objeto de litigio, al reclamarse por la mal praxis de los facultativos incluidos en el cuadro médico de la demandada, al invocarse error en el diagnóstico y posterior tratamiento, así como la defectuosa prestación del consentimiento informado, procede analizar cuáles son los requisitos precisos para que concurra la responsabilidad médica.

En este sentido procede indicar que **la actividad exigible al médico en la medicina curativa es la de desplegar todos los medios razonablemente precisos para obtener la curación del paciente, pero sin que quepa exigir un resultado por tal actuación médica**, y, por tanto, debe **analizarse si la asegurada en la parte demandada ha incumplido la denominada "Lex Artis"**, es decir, si ha utilizado las técnicas médicas correctas según el caso y las ha ejecutado correctamente.

De acuerdo con tales premisas, la obligación del médico es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (SSTS Sala 1ª, de 13 de octubre de 1997, 9 de diciembre de 1998, 13 de abril de 1999, 12 de marzo 2008, 30 de junio y 20 de noviembre de 2009, 3 de marzo de 2010, 19 de julio de 2013).



julio 1996; 28 julio y 16 diciembre 1997, 12 marzo -dos- y 14 abril 1999, 23 octubre 2000 y 4 junio 2001), **sin embargo, este criterio tiene algunas excepciones, entre las que figuran aquellos casos en que se produce un daño anormal y desproporcionado entre la intervención médica y el daño** (SS., entre otras, 16 junio 1989; 2 diciembre 1996; 19 febrero y 9 y 21 diciembre 1999; 31 julio 2002) o se da la situación antes indicada de facilidad o disponibilidad probatoria. En cuanto a este último aspecto cabe citar, entre otras, las Sentencias de 31 de julio de 1996 (indicios muy cualificados por anormales), 2 de diciembre de 1996 (la parte que se halle en mejor posición probatoria por su libertad de acceso a los medios de prueba), 28 julio 1997 (la mejor posición probatoria en el supuesto de que surjan complicaciones que no son consecuencia natural o previsible del propio curso de la enfermedad no puede excusar de contribuir activamente a probar que no hubo negligencia o imprevisión por su parte), 19 febrero 1998 (que alude a la obstrucción o falta de cooperación del médico cuando el daño al paciente es desproporcionado), 29 julio 1998 (cuando se debían haber ofrecido explicaciones convenientes de los hechos), 28 diciembre 1998 y 19 abril 1999 (la carga de la prueba recae sobre el profesional de la medicina por ser quién se halla en una posición más favorable para conseguir su prueba). Manteniendo a estos efectos la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de junio de 2014 que la doctrina del daño desproporcionado, permite no ya deducir la negligencia, ni establecer directamente una presunción de culpa, sino aproximarse al enjuiciamiento de la conducta del agente a partir de una explicación cuya exigencia se traslada a su ámbito, pues ante la existencia de un daño de los que habitualmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, se espera del agente una explicación o una justificación cuya ausencia u omisión puede determinar la imputación por culpa que ya entonces se presume (SSTS 16 de abril 2000 y 23 de mayo 2007). El daño desproporcionado -STS de 19 de julio de 2013-es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y que obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. 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 (SSTS 30 de junio 2009; 27 de diciembre 2011, entre otras), sin que ello implique la objetivización, en todo caso, de la responsabilidad por actos médico", "sino revelar, traslucir o dilucidar la culpabilidad de su autor, debido a esa evidencia (res ipsa loquitur)" (STS 23 de octubre de 2008).

#### **QUINTO.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Entre las obligaciones del médico, como se ha expuesto en el fundamento precedente, está la de **proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención**. Aludiendo la actora a la ausencia del debido consentimiento informado en este caso, en particular en lo relativo a las complicaciones que la técnica de la RTU conllevaba.

En relación con el consentimiento informado indicar que el **artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, dispone que **los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma y dicha**



podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una necesidad relativa ( SSTS de 12 de febrero de 2007, 23 de mayo, 29 de junio y 28 de noviembre de 2007; 23 de octubre 2008)". Se precisa, con cita casuística, que tienen además que ver con distintos factores: riesgos previsible, independientemente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención; complicaciones o resultados adversos previsible y frecuentes que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, incluidas las del postoperatorio; alternativas terapéuticas significativas; contraindicaciones; características de la intervención o de aspectos sustanciales de la misma; necesidad de la intervención y se concluye afirmando que "Todas estas circunstancias plantean un doble problema: en primer lugar, de identificación del daño: corporal, moral y patrimonial; en segundo, de cuantificación de la suma indemnizatoria".

Finalmente añadir a su vez que también es doctrina comúnmente admitida, mantenida en Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de septiembre de 2001, 10 de mayo de 2006, y 23 de octubre de 2008, **que la falta de información no es, por sí sola, una causa de resarcimiento pecuniario.** Y la misma doctrina se mantiene en el ámbito de la jurisdicción contencioso administrativa, ya que según la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de 26 de febrero de 2004, **aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc, tal mala praxis no puede per se dar lugar a la responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno.**

En el mismo sentido, la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de 29 de julio de 2008 dice que, si bien la **ley exige en determinados supuestos que la información y el consentimiento se hagan por escrito, el hacerlo de forma verbal no conlleva por sí mismo la existencia de responsabilidad civil, pues no toda infracción formal del derecho de información hace nacer la responsabilidad civil del facultativo,** ya que en cualquier caso se ha cumplido la finalidad de la norma, que es preservar el derecho de autodeterminación del paciente. También las Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero de 2009, y 30 de marzo de 2010 consideran suficiente la información ofrecida de manera verbal y la prestación del consentimiento por esta misma vía.

#### **SEXTO.- VALORACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICA.**

De acuerdo con lo expuesto en el fundamento precedente y en orden a valorar la actuación de los facultativos del cuadro médico de la demandada que asistieron a la actora, las partes han aportado sendos informes periciales en los que se llegan a conclusiones divergentes sobre la praxis médica. La actora ha aportado un único informe, realizado por un Urólogo, D. , mientras que la demandada aporta dos informes, valorando la actuación de cada profesional por especialistas, en el caso del doctor , el informe se realiza de forma colegiada por tres Ginecólogos, habiendo sido ratificado por D<sup>a</sup> y en del doctor por un Urólogo, el doctor .

Ante las citadas contradicciones procede recordar la constante jurisprudencia que tiene declarado que la prueba pericial es de apreciación libre y no tasada, susceptible de ser valorada por el tribunal según su prudente arbitrio, sin que existan normas preestablecidas que ordenen su valoración. El único criterio legal de apreciación de la prueba pericial lo constituyen las reglas de la sana crítica (art. 348 LEC), las cuales no



- normal, su pared no presenta engrosamientos y no se observan cálculos, divertículos, ni otro tipo de hallazgos patológicos” (documento 5).
- En el mes de mayo acude de nuevo al ginecólogo, comunicando que seguía padeciendo molestias, solicitándose analítica, en la que tampoco se aprecian alteraciones compatibles con vaginosis bacteriana, detectándose sin embargo estreptococcus agalactiae, por lo que se pauta tratamiento probiótico con Gynophilus (documento 6).
  - El 5 de octubre, al continuar sufriendo los mismos síntomas, acude de nuevo al ginecólogo, pautando tratamiento médico por vía vaginal con antibiótico y probiótico (documento 7). Realizando, al finalizar el tratamiento, cultivo de orina y exudado vaginal, ambos con resultado negativo (documento 8).
  - El 29 de octubre se pauta de nuevo tratamiento probiótico con Muvagyn y hormonal con Vagifem (documento 9).
  - Al continuar con las infecciones de orina, se realizan dos citologías en noviembre de 2012, revelando signos de inflamación aguda, con abundantísimas células inflamatorias y células planas de descamación y transcicionales, normales o degeneradas (documento 10 de la demanda).
- Año 2013:
- El 5 de febrero acude a la consulta de urología, por remisión de su ginecólogo, por persistencia de leucorrrea y hematuria terminal e infecciones urinarias. Solicitando el facultativo la realización de ecografía urológica y analítica.
  - El 18 de febrero se realizan dos ecografías del aparato urinario, visualizando riñones y vejiga, sin detectar nada anormal en el aparato urinario (documento 11).
  - El 20 de febrero se realiza un estudio preanestésico (documento 12), en cuyo consentimiento informado figura que la intervención a realizar era una cistoscopia.
  - El 15 de marzo se realiza cistoscopia y RTU (Resección Transuretral de Vejiga) en el Hospital de [redacted] Aportándose consentimiento informado de la citada fecha para la realización de la RTU (documento 13).
  - El día del ingreso el urólogo realiza exploración endoscópica de uretra y vejiga (cistoscopia), procediendo en el mismo acto a realizar RTU (resección transuretral), que consistía en la extirpación por vía endoscópica de cualquier lesión que pudiera existir en las paredes internas de la vejiga.
  - La muestra de tejido vesical extirpado fue informado por anatomía patológica como exenta de malignidad (documento 14).
  - Es dada de alta el mismo día de la operación, recogiendo como juicio diagnóstico cistitis crónica polipoidea y cervico-trigonitis (documento 15).
- Sostiene la actora que presentó mal estar general desde el postoperatorio inmediato, con fiebre y sangrado, tanto genital, como urológico y que a pesar del tratamiento antibiótico pautado en el alta, no se consigue frenar la sintomatología.
- Hospital [redacted] (documentos 17 a 23).



vagina. Hay diversos factores que alteran el equilibrio de la flora vaginal y dan lugar a vaginitis, entre ellas la toma de antibióticos y corticoides.

Exponen los peritos de la demandada los síntomas de los diferentes tipos de vaginitis, según tengan origen bacteriano o por levaduras.

- En el caso de la vaginitis bacteriana es posible que no haya síntomas o bien un aumento de flujo vaginal blanco o gris, acuoso y a menudo, no tiene olor. Aunque puede haber olor, similar a un fuerte olor a pescado en el caso de tratarse de una vaginosis.
- En las infecciones por levaduras hay una leucorrea espesa y blanca y mucho picor.

Señalando que para su diagnóstico es preciso realizar el cultivo del flujo vaginal y, en caso de ser positivo, se aconseja un tratamiento específico tópico, mediante óvulos o cremas, recomendándose a su vez la administración de probióticos para restablecer el equilibrio de la microbiota o flora intestinal.

2.- Por su parte, la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, es la inflamación e infección que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino interno (trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes), no relacionada con cirugía. Estando provocada frecuentemente con gérmenes como chlamydias y gonococo, ambos considerados de transmisión sexual, pero también flora enteral, como E.coli y otros.

El perito de la actora expone en su informe cuales son las pruebas más frecuentes para diagnosticar la EPI:

- Diagnóstico clínico: la clínica es bastante características, secreción vaginal con color, consistencia u olor anormal; abdomen doloroso en la porción inferior del abdomen, generalmente bilateral; fiebre; leucorrea; micción dolorosa, frecuentemente hemática y dolor en las relaciones sexuales (dispareunia), entre otras.
- Exploración genital: la movilización del cérvix es dolorosa, también pueden palparse masas anexiales inflamadas (trompas uterinas, ovarios), prueba histológica de endometritis en la biopsia endometrial.
- Exámenes analíticos: recuento de glóbulos blancos y estudios microbiológicos en el exudado vaginal.
- Exploración laparoscópica: indicando que se debería recomendar si existe dudas sobre el diagnóstico y que se requieren resultados laparoscópicos que confirmen el diagnóstico y recogida de una muestra peritoneal para el estudio bacteriológico y documentación de la infección tubárica por N.gonorrhoeae, C.trachomatis microorganismos anaerobios. En estos casos debe administrarse tratamiento con dosis altas de antibioterapia por vía intravenosa.
- Ecografía transvaginal u otras técnicas de imagen que demuestren engrosamiento de las trompas y líquido en las mismas, con o sin líquido pélvico libre.

Indicando que para un mejor diagnóstico se requiere cumplir con todos los criterios mayores (tener o haber tenido dolor abdominal bajo, dolor cervical al movimiento, dolor anexial a la exploración física y ecografía no sugestiva a otra patología) y al menos un criterio de los menores (temperatura mayor a 38º, leucocitosis mayor a 10.500, velocidad de segmentación globular elevada y exudado intracervical).

Los peritos de la demandada coinciden en señalar que el síntoma más frecuente de la EIP es el dolor hipogástrico, bilateral y su intensidad varía de totalmente ausente, a muy





que fuera verdosa. Por lo que no cumplía ninguno de los criterios mencionados, indicando a su vez que se realizaron varios exudados vaginales y solo se detectó un estreptococo agaactie en dos de ellos, de escasa cantidad, que fue tratado adecuadamente. También fue negativo el cultivo endocervical para chlamydia o gonococo.

En suma, no cumplió ningún criterio para sospechar una EIP, por lo que considera que la suposición hecha en abril de 2013, durante el ingreso en urgencias de de que existiera dicha enfermedad en octubre de 2011, no tenía fundamento.

Añaden a su vez que en la intervención de 23 de mayo de 2013, en la que se extirparon ambos anejos para eliminar posible focos de infección, el informe de anatomía patológica mostró la existencia en una de las trompas de signos de inflamación aguda, es decir, reciente y explicada por el proceso secundario a la perforación vesical. Por lo que, de haber existido una EIP de año y medio de evolución hubiesen estado presentes signos crónicos de inflamación.

Insiste en indicar que la leucorrea no se considera criterio diagnóstico de una EIP, porque esta es una infección de los órganos genitales internos y la leucorrea es la manifestación de una infección en los órganos genitales externos, en concreto en la vagina. Recordando que la vaginitis o vulvovaginitis puede causar picazón, dolor, secreción y olor. Precizando que, entre los diversos factores que alteran el equilibrio de la flora vaginal y dan lugar a vaginitis, en este caso pudo darse la toma de antibióticos y corticoides. Insistiendo que había sido descartado mediante cultivo su posible origen en una enfermedad de transmisión sexual (chamydias, gonococo y trichomonas).

También consideran se actuó correctamente ante el hallazgo en una de las citologías de una atipia escamosa de significado incierto (ASCUS), lo que obligaba a descartar una lesión precancerosa del cérvix en relación con la infección con el virus papiloma (HPV), extremo al cual no se hace referencia en la demanda. Lo que se puede hacer mediante colposcopia o biopsia, o mediante cultivo. Indicando que en este caso consta en la historia que se determinó el HPV y fue negativo, por lo que no era preciso realizar más pruebas.

Además de tratarse de especialistas, en este extremo se comparten las valoraciones de su informe, en el que se realiza un estudio exhaustivo de las circunstancias concurrentes para apreciar que no hubo un diagnóstico erróneo por parte del Doctor .  
Apreciando que, durante el año y medio en que estuvo tratando a la paciente, actuó conforme a la lex artis, de acuerdo con la sintomatología que presentaba. Habiendo pautado la práctica de pruebas y analíticas adecuadas, sin que durante el citado periodo se hubieran detectado evidencias que hicieran pensar en una enfermedad pélvica inflamatoria. Estimando que la mera presencia de leucorrea, una vez descartada la chlamydia o gonococo con los cultivos realizados, no era suficiente. Considerando razonable la explicación dada por el Doctor de la anotación EPI en el historial de la paciente, como abreviatura de “enfermedades propias de la infancia”, teniendo en cuenta que aparece en la primera hoja, en el apartado de antecedentes médicos, no constando que la actora hubiera sufrido una enfermedad pélvica inflamatoria con anterioridad al año 2011.

También se comparten las valoraciones de los peritos de la demandada en relación con el diagnóstico de EPI realizado por los facultativos de , destacando que, si bien contaron con la documentación médica facilitada por la actora, pudieron no disponer de las analíticas ahora aportadas, teniendo en cuenta que en el informe de interconsulta alude a la EPI como una posibilidad, a la vista de la historia de leucorrea previa. Aludiendo a la determinación previa de tricomonas negativa y la falta de constancia de



(pólipos, tumores, trigonitis, etc). Y entre las complicaciones se detallan la perforación de la pared de la vejiga, hemorragia en la orina, infecciones de orina, sepsis urinaria (generalización de la infección).

Indicando que, a pesar del citado documento, considera que no se proporcionó a la paciente una información completa, anticipada y detallada acerca de la prueba a la que finalmente se sometió y sus riesgos, valorando los siguientes extremos:

- Expone que la paciente refiere que el consentimiento informado se exhibió el día del ingreso hospitalario y que, con anterioridad a dicha fecha, nadie le explicó los riesgos de una RTU.
- Únicamente se informó que se iba a realizar una cistoscopia, como figura en el estudio preanestésico (documento 14 de la demanda). Comunicando que se trataba de una prueba sencilla que no precisaba anestesia, ni ingreso hospitalario. A pesar de lo cual fue sometida a una resección transuretral (RTU), extirpando una pieza quirúrgica, por lo que iba más allá de una simple exploración.
- La información facilitada a la paciente a través del documento de consentimiento informado parece precipitada. Se exhibe el día del ingreso hospitalario según manifiesta la actora y en el mismo aparecen dos fechas, 11 y 15 de marzo de 2013, por lo que daba la sensación de haberse redactado el 11 y ser exhibido el 15, porque aparece la pegatina con asignación de cama.
- Por lo que sostiene el perito que se trataría de una exhibición burocrática de un documento y una información precipitada, al tratarse de una intervención invasiva, como la RTU, por lo que sostiene que no podía concluirse que la paciente conociera y asumiera los riesgos de la misma, ante las dudas que genera la existencia de dos fechas diferentes en el consentimiento informado.

En relación con este extremo, aunque el Sr [redacted], según la historia de la paciente, sostuvo haber informado a la actora de la intervención y sus riesgos, añadiendo a su vez que el documento se remitió el día 11 de marzo por correo electrónico, confirmando por teléfono por una de las enfermeras su recepción y que no tenía dudas, motivo por el que no le pasaron la llamada, su declaración resulta contradictoria con lo manifestado por D<sup>a</sup> [redacted], hija de la demandante. La Sra [redacted] acompañó a su madre a la consulta del Urólogo, indicando que el Sr [redacted] sólo les explicó que iba a hacer una cistología, que se trataba de una operación sencilla para ver la vejiga y que, al preguntar por los riesgos les dijo que estuvieran tranquilas porque sólo era diagnóstica. Negando que les hubiera hablado de la RTU y de los posibles riesgos de ésta, alegando que en ese caso no hubieran aceptado realizarla dado que la ecografía daba un resultado normal. Añade que el documento de consentimiento informado aportado (documento 13 de la demanda), no se envió por correo electrónico, sino que se lo llevó una enfermera el mismo día de la cistoscopia, para firmarlo cuando iban a hacer la prueba, no habiendo dispuesto de la misma con anterioridad.

Discutiendo también lo ocurrido con posterioridad a la intervención. De este modo, aunque en la historia clínica se recoge, en relación con el día de la operación que en quirófano: EBA cistitis crónica folicular (toma muestras para anatomía patológica) y leucoplasia urotelial. Dejando sonda vesical hasta la tarde. Indicando que las 21'30 llama al hospital y le confirman que se ha ido de alta sin problemas, con diuresis espontánea, no hematuria, no dolor y tolerancia OK. Habiendo manifestado la Sra [redacted] que salió de la operación con una sonda y hematuria, que le dijeron que era normal y que, después de quitársela la enviaron a casa. Continuando con hematuria varios días, hasta que comenzó con fiebre alta, decidiendo acudir a [redacted] al agravarse



De acuerdo con lo expuesto y reiterando que no se le había facilitado la historia clínica del doctor \_\_\_\_\_, sostiene el perito que, según la documentación analizada, estaba justificado el estudio urológico en la paciente (Guías clínicas de la SEICM y Fisterra del año 2013). En particular sostiene que la RTU estaba justificada porque en el examen endoscópico de la vejiga se observó “cistitis crónica polipoidea. Pólipos de urotelio. Cervico-trigonitis”, señalando que la existencia de estas lesiones obligaba de forma imperativa a su extirpación y posterior examen patológico (Guía clínica de la EAU de 2013 sobre cáncer de vejiga. Aclarando en el acto de la vista, que el concepto de pólipo es visual, se aprecia una elevación de la mucosa, siendo el patólogo el que precisa lo que es.

Añadiendo que la paciente fue diagnosticada de “fístula vesico-vaginal, sepsis de origen uroginecológico”, a los 18 días de la RTU. Lo que sostiene era indicativo de que no se había producido la perforación en el mismo momento. Considerando posible que un área de la pared quedara debilitada y presentara una perforación diferida en el tiempo, tanto a vagina, como al fondo de saco de Douglas (peritoneo), produciendo una peritonitis y una fístula vesico-vaginal. Explicando durante la vista que es una complicación excepcional, que ha visto unas 3 o 4 veces casos de perforación diferida, indicando que debió ser lo ocurrido en este caso, valorando que la anestesia de la paciente fue local, por lo que tendría que haber sentido un fuerte dolor durante la operación de haberse producido la perforación. Añadiendo que, en todo caso, estaba debidamente incluida en el consentimiento informado.

En todo caso y valorando conjuntamente la prueba aportada, aunque efectivamente pudiera haber estado indicada la práctica de una resección transuretral durante la exploración endoscópica de la paciente, al observar pólipos en la vejiga y en orden a descartar posibles patologías malignas, lo cierto es que se aprecian claras deficiencias en la información facilitada a la paciente y, en particular, al advertir de los riesgos de la intervención. Apreciando que, si el urólogo decidió realizar lo que se llama una “cistoscopia armada”, con el fin de evitar una segunda intervención de encontrar alguna alteración en la vejiga, debió haberlo comunicado expresamente a su paciente, con la debida antelación, advirtiéndole de los riesgos que llevaba aparejada la misma y en particular de la posibilidad de sufrir una perforación, hemorragia e incluso infecciones generalizadas o sepsis. Apreciando, por el contrario, que en la última consulta realizada días antes de la operación, se limitó a indicar que se trataba de una prueba diagnóstica sin riesgo alguno, en referencia a la cistología, no habiendo sido acreditado que el documento aportado con la demanda, a pesar de encontrarse fechado el 11 de marzo de 2013, hubiera sido entregado y firmado ese día, no existiendo constancia tampoco de su envío por correo electrónico. Debiendo valorarse, como expone el perito de la actora, que consta en el mismo la asignación de cama, lo que se realiza el día del ingreso hospitalario, el 15 de marzo. Por lo que se considera más factible la versión mantenida por la hija de la actora al manifestar que el citado documento le fue entregado a su madre cuando iban a trasladarla para realizar la intervención, por lo que no pudo leerlo con la debida serenidad para conocer los términos de la misma.

Por otra parte y además de las citadas deficiencias, aunque la posibilidad de perforación de la vejiga sea una de las principales complicaciones e inconvenientes de la RTU, teniendo en cuenta además el proceso inflamatorio que presentaba la actora, en este caso no parece que se hubiera realizado un adecuado seguimiento de la paciente en orden a detectar de forma temprana dichas complicaciones, no habiendo explicado en forma el doctor \_\_\_\_\_ la forma en que se causaron las importantes secuelas que padece la actora, al mantener que no hubo incidencia alguna durante la intervención. En este sentido, como consta en el informe de alta, aparte del tratamiento antibiótico y



Señalando que, además no puede obviarse que en este caso lo que se está imputando es una pérdida de oportunidad, entendida como la actuación médica que reduce la expectativa que pudo haber tenido la víctima de padecer una pérdida menor y, por lo tanto, se debía minorar la cantidad reclamada.

En relación con este extremo, el único informe aportado ha sido el emitido por el doctor , especialista en medicina interna y valoración del daño corporal (documento 27 de la demanda). Precizando que se había aplicado el baremo de la Ley 35/2015, por haber quedado el daño determinado en una fecha en la que el citado baremo ya había entrado en vigor (23 de enero de 2016, cuando finaliza el periodo de reposo de la última intervención quirúrgica) y por su carácter orientativo en casos ajenos a los accidentes de tráfico. Señalando que le correspondería la suma de 171.050 euros, teniendo en cuenta la edad de la paciente, 56 años, en el momento de quedar determinadas las secuelas:

1º.- Secuelas físicas

- Doble anexectomía trompas de Falopio y ovarios en edad postmenopáusica, 10 puntos
- Adherencias peritoneales, 15 puntos

La demandante en este extremo solicita las siguientes secuelas: doble anexectomía trompas de Falopio y ovarios (10 puntos), fistula (25 puntos) e incontinencia urinaria permanente (30 puntos).

2º.- Secuelas psicológicas postraumáticas:

- Distimia: 3 puntos

El perito precisa que había valorado los informes que apreciaban que sufría un síndrome ansiosodepresivo, que se había agravado por la situación atravesada durante dos años. Aplicando 3 puntos al ser el máximo de la horquilla, aunque podían ser más.

Sin embargo, la demandante solicita indemnización por un síndrome ansioso depresivo y una puntuación de 8 puntos.

De manera que, frente a los 28 puntos indicados por el perito, que supondrían la suma de 37.816'82 euros, la actora valora en 65 puntos, reclamando 144.351 euros por secuelas.

3º.- Secuelas estéticas

Reconoce el perito un perjuicio estético medio (cicatrices y eventración abdominal gigante línea media), que valora en 15 puntos, 14.887 euros

4º.- Perjuicio personal particular, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas.

Se valora como grave, al perder su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. Habiendo precisado el perito que valoraba que tiene reconocida una incapacidad permanente total para trabajar, además de las numerosas operaciones que precisó. Indicando al efecto que no había cuantificado cada una de ellas al no haber detalle en la historia, por lo que lo traslada al daño moral, elevando el mismo de moderado a grave. Por lo que aplica, dentro de la horquilla de 40.000 a 100.000 euros, un valor medio de 70.000 euros, aunque la actora solicita 60.000 euros

5º.- Lesiones temporales

- Graves, del 15 de marzo de 2013, fecha de la RTU, al 22 de enero de 2016, cuando finaliza el plazo de 30 días de reposo pautados desde la última intervención quirúrgica, 735 días.



Por lo que se refiere a los intereses de demora del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, interesa la demandada no se proceda a su imposición, al mantener que la falta de satisfacción de la indemnización este fundada en una causa justificada o que no le fuera imputable. Aludiendo a las supuestas dudas en relación con la cobertura del siniestro y la necesidad de tramitar el procedimiento para resolver la cuestión objeto de controversia.

En relación con esta cuestión se ha pronunciado de forma reiterada la jurisprudencia (SSTS de 29 de junio de 2009, 1 de julio de 2008, 16 de octubre de 2008, 16 de octubre de 2008, y 6 de septiembre de 2009, entre otras muchas) indicando que la valoración de la existencia de tal excepción cabe hacerla en casación, como concepto jurídico indeterminado que es, siempre y cuando no se altere la base fáctica sobre la que se configura el juicio jurídico, deduciéndose del art. 20 LCS, en primer lugar, que la apreciación de la conducta de la aseguradora para determinar si concurre causa justificada debe efectuarse teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso y la finalidad del precepto, que no es otra que impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados; y, en segundo lugar, que la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, no es causa per se justificadora del retraso, ni presume la razonabilidad de la oposición, no siendo el proceso un óbice para imponer a la aseguradora los intereses, siempre que no se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional (Sentencias de 12 de marzo de 2001 y 7 de octubre de 2003, además de las ya anteriormente citadas), pues, de no entenderlo así, se llegaría al absurdo de que la mera oposición procesal de la aseguradora la demandada, generadora por sí de la controversia, eximiría de pagar intereses siendo por tanto lo decisivo "la actitud de la aseguradora ante una obligación resarcitoria no nacida en la sentencia ni necesitada de una especial intimación del acreedor" (Sentencia de 12 de febrero de 2009).

Circunstancias que se aprecia concurren en el presente caso, teniendo en cuenta las dudas de hecho que se presentaban en orden a valorar la concurrencia de responsabilidad de los facultativos que atendieron a la demandante, habiendo sido apreciado únicamente en el caso del Urólogo, por lo que no procede imponer los intereses indicados, devengándose los legales del artículo 576 de la LEC desde la presente resolución, fecha en que ha sido precisado el importe de la indemnización.

#### **NOVENO.- COSTAS.**

Finalmente, se estima que en el presente supuesto debe apreciarse la existencia de dudas de hecho (artículo 394 de la LEC), que implican que no proceda tampoco hacer expresa declaración sobre las costas, valorando las especiales circunstancias que concurren en la materia objeto del procedimiento, responsabilidad médico-hospitalaria y la existencia de informes contradictorios sobre la praxis médica.

En este sentido y en supuestos similares al que ahora nos ocupa, se han pronunciado distintas sentencias de las Audiencias Provinciales, así, entre otras SAP Madrid Sección 13 del 15 de julio de 2016, SAP Valencia Sección 11 del 27 de septiembre de 2012, y SAP Barcelona Sección 1ª 3 de abril de 2017.

Vistas las disposiciones legales citadas y demás en general y pertinente aplicación,

**FALLO**

Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia Proc. Ordinario firmado electrónicamente por MARTA DÍEZ PEREZ-CABALLERO