

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA  
NUMERO VEINTICINCO DE BARCELONA

Autos: Juicio Ordinario nº 177/2.011

**SENTENCIA Nº 92/2012**

En Barcelona, a quince de Mayo de dos mil doce.

Vistos por mí, D. Antonio Morales Adame, Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia número Veinticinco de esta Ciudad, los presentes autos de Juicio Ordinario seguidos ante este Juzgado con número de 177 de 2.011 a instancia de D<sup>a</sup> ....., D<sup>a</sup> .....y D<sup>a</sup> ....., representado por el Procurador de los Tribunales D. Ángel Joaniquet Tamburini y defendido por el Letrado D. Pedro-A. García-Valcárcel E., contra “Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.”, representada por el Procurador de los Tribunales D. Octavio Pesqueira Roca y asistida por el Letrado D. Javier Moreno Alemán, siendo el objeto del presente proceso la reclamación de la reclamación de daños y perjuicios por mala praxis médica, más intereses y costas.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** En fecha de cuatro de Febrero de dos mil once, fue repartida a este Juzgado demanda de Juicio Ordinario promovida por el Procurador de los Tribunales D. Ángel Joaniquet Tamburini, en nombre y representación de ....., contra “Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.” En ella, tras exponer los hechos y fundamentos jurídicos que consideró necesarios, terminó solicitando se dicte sentencia en los siguientes términos: “se condene a la demandada a pagar a mi mandante ..... la cantidad de 113.729,07 € y a cada una de sus hijas menores de edad, ..... y D<sup>a</sup> ,,....., la cantida de 47.386,90 € en ambos casos con los intereses punitivos del artículo 20 LCS a devengar desde el 27 de julio de 2009. Con imposición de las costas causadas”.

**SEGUNDO.-** Admitida la demanda a trámite por decreto de tres de Marzo de dos mil once, tras otorgar las demandantes poder notarial a favor del Procurador de los Tribunales que les representa en estos autos, se emplazó a la demandada para contestar a la aseguradora demanda en el término de veinte días.

En fecha de veintidós de ocho de Abril de dos mil once compareció el Procurador de los Tribunales D. Octavio Pesqueira Roca, en representación de “Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.”, oponiéndose a la demanda y solicitando la íntegra desestimación de la demanda y la imposición al demandante de las costas causadas en esta instancia.

**TERCERO.-** Convocadas las partes a la audiencia previa prevista en los artículos 441 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil por diligencia de ordenación de cinco de Octubre, comparecieron ambas partes, subsistiendo la controversia entre ellas. Como hechos controvertidos se fijaron: a) si en el tratamiento dispensado por el “Hospital General Universitario Reina Sofía” de Murcia a D. .... se incurrió en alguna infracción de la lex artis; b) si el dicho hospital omitió el deber de informar al paciente fallecido; c) correcto cálculo por la parte actora de la indemnización solicitada; y, d) determinar si procede la aplicación del interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro. La defensa del demandante solicitó como prueba la documental aportada junto con el escrito inicial, más documental aportada en el acto de la audiencia previa y pericial de D. Guillem Rius Espina. Por la defensa letrada de “Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.”, se propuso como prueba documental por reproducida, testifical de D. .... y pericial de D. Felipe Herraz Amo. Admitida toda la prueba propuesta, se señaló día y hora para la celebración del acto del juicio.

**CUARTO.-** Practicada la totalidad de las pruebas propuestas y admitidas con el resultado que consta en la grabación de audio y video, las respectivas defensas letradas de las partes procedieron a concluir oralmente, declarándose los autos conclusos para sentencia.

**QUINTO.-** En la tramitación del presente procedimiento se han observado las prescripciones legales.

## **FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

**PRIMERO.-** Las demandantes reclaman en los presentes autos la cantidad total de doscientos ocho mil quinientos dos euros con ochenta y siete céntimos por la muerte de su esposo y padre, D. ...., fallecimiento acaecido el veintiocho de Mayo de dos mil ocho en el “Hospital General Universitario Reina Sofía” de Murcia al no haber recibido el paciente una correcta atención médica.

Relata la parte actora en su escrito inicial que el Sr. .... ingresó en el indicado centro hospitalario el veinte de Abril de dos mil ocho a fin de practicársele extirpación quirúrgica de la vejiga urinaria y de la próstata (cistectomía o cistoprostatectomía radical), con construcción “neovejiga” a partir de un trozo de intestino delgado, sin informarse al paciente de que esta opción quirúrgica presentaba mayor peligrosidad que la otra consistente en la colocación de una bolsa permanente en el abdomen para la recogida de la orina. Se explica también en la demanda que la intervención se llevó a cabo al día siguiente sin obtenerse el consentimiento informado del paciente y sin que se le realizara preparación intestinal previa para evitar infecciones. Se continúa en la explicación de los hechos señalando que la evolución del postoperatorio fue positivo hasta el veintiocho de Abril de dos mil ocho cuando aparecieron signos sugestivos de peritonitis que se confirmaron al día siguiente al continuar el paciente con distensión abdominal y leucocitosis que hicieron sospechar del origen séptico de la peritonitis, por lo que se practicó al Sr. .... un TAC que reveló la presencia de líquido intraabdominal con burbujas asociadas en pelvis menor, siendo entonces ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Los días dos y diecinueve

de mayo de dos mil ocho se practica al paciente nuevos TAC's, evidenciando el último "colecciones líquido gaseosas intraabdominales conectadas entre sí y una con fístula cutánea cuyo gas puede provenir de la fístula cutánea, infección por anaerobios o, aunque no se ha demostrado salida de contraste a peritoneo, dehiscencia de suturas", realizándose el veintiuno de Mayo laparotomía exploratoria que descubrió tres orificios fistulosos en la neovejiga que fueron cerrados. Nueva prueba diagnóstica realizada el veintisiete de Mayo informó de dehiscencias o rotura de la neovejiga, algunas de ellas en comunicación con sigma y ciego, interviniéndose al paciente el día veintiocho de Mayo de dos mil ocho, operación tras la cual el Sr. .... entró en cuadro de coagulación intravascular diseminada, falleciendo aquel día.

La parte actora considera que el hospital asegurado por "Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A." ha incurrido en mala praxis médica, criterio que asienta en la pericial confeccionada por el Dr. Guillem Rius Espina y que aporta como documento quinto de la demanda, por las siguientes causas: primero, falta de consentimiento médico informado; segundo, ausencia de preparación intestinal previa a la cirugía; tercero, mala elección de los drenajes, pues, en lugar de una cistostomía, debería haberse colocado un drenaje abdominal; cuarto, retirada de los catéteres uretrales cuando empezaron a aparecer complicaciones; y, quinta, no realizarse una revisión quirúrgica antes del décimo día del postoperatorio cuando ya se conocía de la presencia de una infección abdominal.

**SEGUNDO.-** La aseguradora demandada se opone íntegramente a las pretensiones de las actoras al considerar que los tratamientos médicos y quirúrgicos dispensados a D. .... fueron en todo momento correctos, siendo adecuada la información prestada al paciente. Con base en el informe pericial elaborado por el Dr. Herranz Amo y que aporta como documento primero de la demanda niega las conclusiones del perito de las demandantes señalando: a) que en la fecha de la intervención ya no era práctica habitual en muchos servicios de urología la preparación mecánica del intestino de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible; b) que al paciente se le dejó un drenaje abdominal después de la cirugía; c) que los catéteres uretrales deben ser retirados a los diez días de la intervención siempre y cuando no exista fuga de orina a nivel de los uréteres, pues su permanencia sin causa es generalmente una fuente de problemas como la entrada de gérmenes desde el exterior y/o obstrucción de los catéteres, sin que esté indicado el mantenimiento profiláctico de los catéteres uretrales para el caso de una supuesta desderivación; y, d) que el tratamiento aplicado para la sepsis intraabdominal postoperatoria mediante drenaje percutáneo presenta mayores porcentajes de éxito y unas tasas de mortalidad menores que la realización de una laparotomía de repetición, por lo que debe considerar correcto.

De igual modo, aunque se reconoce en la contestación que no consta consentimiento informado para la realización de la cistectomía, sostiene la defensa de la aseguradora que el paciente recibió suficiente información sobre su enfermedad y posibilidades terapéuticas como resulta de haber acudido al "Hospital General Universitario Reina Sofía" procedente del "Hospital Morales Meseguer" para recabar una segunda opinión", señalando a continuación que la supuesta falta de información no genera el derecho a ninguna indemnización al no existir nexo causal con el falta desenlace. En cuanto a las cantidades reclamadas, se considera que no atiende a criterio objetivo alguno; y, por último, se rechaza

la aplicación de los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro al no ser liquidada la indemnización y no haber incurrido en mora la demandada.

**TERCERO.-** Debe examinarse por separado la transgresión del deber de información de las infracciones que se denuncian de la correcta “lex artis”, debiéndose estudiar éstas últimas en primer lugar.

Es doctrina uniforme y reiterada del Tribunal Supremo la que señala que, en el ámbito de la responsabilidad del profesional médico, debe descartarse toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, incluida la técnica de la inversión de la carga de la prueba, desaparecida en la actualidad de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo para supuestos debidamente tasados del artículo 217.5, si bien es cierto que con algunas excepciones para los casos de resultado desproporcionado o medicina voluntaria o satisfactiva, en los que se atenúa la exigencia del elemento subjetivo de la culpa para proteger de manera más efectiva a la víctima, flexibilizando tales criterios. Pero, como regla general, corresponde al reclamante la prueba de la culpa o negligencia correspondiente, en el sentido de que ha de dejar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo

Así, la responsabilidad del profesional sanitario no es la de obtener en todo caso la recuperación o sanidad del enfermo, o, lo que es lo mismo, no es la suya una obligación de resultado, sino proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, ante la realidad de que los facultativos no pueden asegurar la salud, sino procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser algo de lo que se pueda disponer y otorgar.

De esa forma, a partir del daño que fundamenta la responsabilidad, el criterio de imputación en virtud del artículo 1.902, se basa, como no podía ser de otra forma, en el reproche culpabilístico y exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo -lex artis ad hoc- (sentencias del Tribunal Supremo de 15 de Febrero de 1.995, 23 de Marzo de 2.001; 4 de Febrero de 2.002; 23 de Septiembre de 2.004); razón por la que habrá de responder incluso del riesgo típico si el daño se debió a su actuación descuidada o a la aplicación de técnicas inapropiadas (sentencias del Tribunal Supremo 26 de Noviembre de 2.001 y 11 de Abril de 2.002), pero en cambio no lo hará de ningún daño, por desproporcionado que parezca, si prueba que no fue debido a su negligencia (sentencia de 20 y 23 de Marzo 2001), al no poder atribuírseles cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (sentencias de 13 de Julio 1987).

**CUARTO.-** Son hechos relevantes a la hora de examinar la existencia o no de un actuar negligente en el tratamiento médico y quirúrgico dispensado a D. .... los siguientes: a) el paciente, D. ...., presentaba como antecedentes previos a la intervención quirúrgica realizada en “Hospital General Universitario Reina Sofía” depresión, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, pérdida de visión en ojo izquierdo, hernia inguinal bilateral, perforación gástrica, cáncer de colon sigmoide resecao en dos

mil siete y tumor en vejiga urinaria, del cual había sido tratado mediante resección transuretral en el “Hospital General Universitario Morales Meseguer” en un total de ocho ocasiones; b) el paciente ingresa el diez de Enero de dos mil ocho en el Servicio de Urología del “Hospital General Universitario Morales Meseguer” a citología por barbotaje y biopsia vesical múltiple, tras el cual se procede a estudio anatomopatológico se observan “sectores de displasia epitelial, focalmente con cambios citoarquitecturales más severos encuadrables en carcinoma in situ”, signos que muestran recidiva del tumor vesical, proponiéndosele cistectomía radical con extirpación de vejiga y próstata; c) el paciente acude al “Hospital General Universitario Reina Sofía” a fin de conseguir una segunda opinión en cuanto al tratamiento del tumor vesical; d) el veintiuno de Abril de dos mil ocho se practica al paciente cistectomía radical, apendicectomía, lifadenectomía ilíaca, con creación de una neovejiga intestinal con cincuenta centímetros de ileon; e) la evolución del paciente es buena hasta el sexto día después de la operación, el veintiocho de Abril, en el que aparece distensión del abdomen y silencio abdominal, realizándosele tránsito intestinal con gastrografin en el que se apreció paso del contraste al colon y se descartó obstrucción intestinal y fístula; f) el día veintinueve de Abril se practica al Sr. .... TAC sin contraste en el que se observó “líquido en espacio perihepático, periesplénico, ambas gotieras, interasas, y en planos declive de pelvis menor. En zona rectovesical el líquido presenta burbujas en su interior, concluyendo en cambios postcirugía en pelvis menor y presencia de líquido intraabdominal con burbujas aéreas asociadas en pelvis menor”, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos al tener un recuento de 27.900 leucocitos en sangre que hacía sospechar de la presencia de sepsis intraabdominal; g) el treinta de Abril se recibe un hemocultivo positivo con candida albicans iniciándose tratamiento, procediéndose a punción por catéter para obtener muestra de líquido que, una vez analizado, confirmaría la presencia de la indicada candida albicans ; h) el dos de Mayo, junto con acidosis metabólica importante, aparece fiebre, siendo entonces intubado y conectado a ventilación mecánica coincidiendo igualmente con aparición de infiltrado intersticial en hemitorax izquierdo que progresa rápidamente afectando al derecho; i) el dos de Mayo de dos mil ocho se practica al paciente nuevo TAC a través de la sonda vesical rellenándose al vejiga no observándose fugas en la neovejiga, comprobándose la existencia de una colección líquida intraabdominal con burbujas aéreas adyacentes a la parte más alta de la neovejiga, procediéndose a la colocación de catéter para el drenaje de tal colección; j) en posterior TAC de control se constata la comunicación de vejiga con la cavidad abdominal mediante azul metileno que sugiere la existencia de fístula en la neovejiga; k) el paciente presentó empeoramiento general con alteración de las pruebas de coagulación, fracaso renal que obligó a colocar catéter de diálisis renal continua, leucocitosis en ascenso, estado séptico refractario al tratamiento, precisando dosis progresivas de noradrenalina; l) a partir del día siete de Mayo se inicia mejoría del paciente con desaparición de las imágenes aparecidas en el tórax que se comprueba el día quince de Mayo; ll) el día diecisiete de Mayo, y ante la presencia de leucocitosis, se decide por el equipo médico que atiende al paciente realizar técnica de imagen para comprobar la estanqueidad de las suturas de la operación y descartar problemas asociados; m) tal prueba diagnóstica se realiza el diecinueve de Mayo que aprecia “colecciones líquido-gaseosas intraabdominales conectadas entre sí y una con fístula cutánea cuyo gas puede provenir de la fístula cutánea, infección por anaerobios o, aunque no se ha demostrado salida de contraste por peritoneo, dehiscencia de suturas”; n) el veintiuno de Mayo de dos mil ocho el Sr. .... es intervenido quirúrgicamente a fin de corregir la fístula en la vejiga descubierta en el TAC

del día diecinueve de Mayo, procediéndose a hallar tres orificios fistulosos en la neovejiga que se reparan, no encontrándose dehiscencias en las suturas o material purulento; ñ) aunque tras la intervención disminuye el número de leucocitos hasta 16.000, el equipo de la Unidad de Medicina Intensiva objetiva que “...el paciente muestra mal aspecto clínico objetivando salida de contenido fecaloideo por sonda vesical decidiendo volver a realizar cistografía que informa de dehiscencia o rotura de neovejiga y que alguna de ellas (dehiscencias) puede estar fistulizada a sigma o ciego...”; o) tras mejora en la coagulación, el veintiocho de Mayo de dos mil ocho se decide realizar operación conjunta entre los equipos de urología y cirugía, encontrándose “...bloqueo adherencia completo (pétreo) con dehiscencia en cara anterior de la vejiga y fuga no visible en cara posterior de la vejiga. Resección de 40 cms de ileon, ileostomía terminal y sutura de dehiscencia de neovejiga”; inmediatamente a la nueva intervención por laparotomía, el paciente sufre hipotensión extrema que obliga a resucitación con adrenalina y noradrenalina, produciéndose ya en la unidad de cuidados intensivo “coagulación vascular diseminada versus coagulopatía de consumo (no coagula) junto con otorragia, nasorragia y manchado sanguinolento profuso por herida quirúrgica siendo imposible mantener unas cifras de hemoglobina adecuadas por clara hemólisis y en esta situación sufre bradicardia progresiva siendo exitus”; p) el paciente D. .... falleció el mismo día veintiocho de Mayo de dos mil ocho.

**QUINTO.-** La primera de las imprudencias médicas que se imputa al personal facultativo que intervino a D. .... es la falta de preparación intestinal previa consistente en administración profiláctica de antibióticos y preparación mecánica del intestino, considerando el perito aportado por las demandantes, el Dr. Guillem Rius Espina, que, al producirse una apertura intestinal y para evitar la contaminación del campo quirúrgico por gérmenes intestinales durante la intervención, debería haberse procedido a la descrita preparación y que “al no hacerse en este caso pudo ser el origen de la sepsis peritoneal que se produjo”.

La anterior tesis es contradicha por el otro perito que ha intervenido en estos autos, el Dr. Felipe Herranz Amo, quien manifiesta en su dictamen que, conforme la mas reciente literatura médica, no existe evidencia estadísticamente significativa sobre los beneficios de la preparación mecánica antes de la cirugía intestinal. La amplía explicación que se realiza por el perito en los folios octavo y noveno de su dictamen hace continúa referencia a la preparación mecánica de intestino, pero no hace referencia alguna a la profilaxis antibiótica, medida de precaución pre-operatoria para evitar infecciones abdominales sobre la cual no expone criterio alguno.

Aunque en el historial médico remitido por “Hospital General Universitario Reina Sofía” de Murcia no parece constar un tratamiento previo a la intervención quirúrgica de profilaxis antibiótica, el urologo que intervino al paciente, Dr. ...., manifestó en el acto del juicio que se procedió a administrar al paciente antes de la operación antibióticos a fin de prevenir posibles infecciones, relatando todas las medias adoptadas en el pre-operatorio, las cuales fueron consideradas como correctas por el perito Sr. Rius Espina cuando fue preguntado sobre esta cuestión en el acto del juicio. Pero, y aunque pudiera haberse demostrado que efectivamente tal prevención antibiótica no había sido tomada antes de intervenir, lo cierto es que tampoco se ha demostrado es que el muy grave cuadro de sepsis que presentó el paciente, y que condujo a su fallecimiento, derivase de la ausencia

de tal medida; pues, aunque ciertamente el Dr. Rius Espina plantea en su dictamen tal hipótesis, el resto de la prueba practicada no corrobora tal posibilidad, la cual, por tanto, ha quedado falta de demostración.

**SEXTO.-** La segunda infracción de la “lex artis” que se denuncia consiste en la incorrecta elección de los drenajes de la zona abdominal. El perito Dr. Rius Espina expresa en su dictamen que “Como drenajes se dejan ambo uréteres con catéteres, una sonda uretral y una sonda de cistotomía. No se deja drenaje de la cavidad abdominal”, a continuación añade que “La sonda de cistotomía no es necesaria pues su función la realiza la sonda uretral, mejor aún si ésta fuera una sonda de dos vías para poder realizar lavados. Además colocar una sonda gruesa a través de una pared intestinal (ileon) aumenta el riesgo de fugas por el orificio de salida alrededor de la sonda.”. Por último, indica que “Un drenaje de la cavidad abdominal por fuera de la neovejiga permitiría recoger las secreciones (sangre, orina, etc.) producidas durante la intervención, que podrían ser el origen de infecciones en el postoperatorio y además de advertir el inicio de una fuga de orina”.

El perito Dr. Herranz Amo contradice las conclusiones del otro facultativo señalando que, aunque no parece tampoco existir constancia documental en el historial médico del paciente de la colocación de un drenaje en la pelvis, su efectiva colocación sí aparece recogida en los comentarios sobre la evolución del Sr. .... cuando se indica en fecha de veintiséis de Abril de dos mil nueve la existencia de un “Drenaje 1050cc (orina)”. De tal apunte en el historial del paciente, cuya realidad se confirma al constar así en el folio treinta y cuatro del historial médico remitido por “Hospital General Universitario Reina Sofía”, extrae el Dr. Felip Herranz que “Por lo tanto el paciente era portador de un drenaje abdominal ya que si esa cantidad de líquido drenado hubiera salido por la sonda vesical, los catéteres uretrales o por el catéter de cistostomía se habría computado como diuresis y no como drenaje. Si dicho drenaje hubiera salido por la herida quirúrgica, nunca se podría haber medido con esa exactitud, ya que habría empapado el apósito y la ropa de la cama. Por tanto, al paciente se le dejó un drenaje abdominal después de la cirugía”. La efectiva colocación del drenaje abdominal también aparece confirmada por el urologo Dr. .... al declarar como testigo en el acto del juicio.

Por tanto, de la prueba practicada, fundamentalmente del comentario reflejado la hoja de evolución del paciente correspondiente al veintiséis de Abril de dos mil nueve y de la interpretación que de la mención a la cantidad de orina drenada hace el perito Dr. Herranz Amo, aparece como suficientemente demostrado que sí se practicó el drenaje abdominal, lo que descarta la mala praxis que se denuncia en este aspecto por la parte demandante.

**SÉPTIMO.-** Igual destino que las anteriores ha de darse la tercera de las infracciones recogidas en la demanda y que se asientan en el informe pericial del Dr. Rius Espina. Tal facultativo señala en el folio octavo de su informe que resultaba inconveniente la retirada de los catéteres uretrales cuando empezaba a empeorar gravemente el estado del paciente, ya que “...en el caso de decidiera reconvertir la derivación uretral es necesario tener acceso a los uréteres. Si no están cateterizados puede ser muy difícil su acceso a ellos en una situación de sepsis”.

Tal opinión técnica no es compartida por el Dr. Herranz Amo quien señala en su

informe que, aunque no existen evidencias científicas sobre el momento indicado para la retirada de los catéteres ureterales, señala que está normalmente admitido en la práctica médica que tal acción se adopte a los diez días de la intervención siempre y cuando no existan fugas de orina. Tal práctica se asienta en el hecho que se expone de que "...la permanencia de un catéter ureteral sin causa que lo justifique es generalmente una fuente de problemas por la entrada de gérmenes desde el exterior y/o obstrucción de los catéteres". Por otro lado, y como expuso el Dr. Herranz Amo en el acto del juicio, la retirada de los catéteres uretrales no implica ningún inconveniente a la hora de una reintervención del paciente, ni aún en el caso de infección en la cavidad abdominal, toda vez que todo urólogo o cirujano experimentado es perfectamente conocedor de la situación anatómica de los uréteres.

Por otro lado, ni de las pruebas periciales aportadas por cada uno de los litigantes, ni del conjunto del historial médico remitido por "Hospital General Universitario Reina Sofía" resulta prueba o indicio que o bien en la primera laparoscopia realizada el veintiuno de Mayo de dos mil ocho, o bien en la reintervención de fecha veintiocho de Mayo, hubiera existido dificultad o inconveniente para hallar los uréteres o el resto de las vísceras del paciente, no desprendiéndose, por tanto, que existiera, a pesar de la grave infección que aquejaba al Sr. ...., contratiempo en el sentido de ubicar los órganos dentro de la cavidad abdominal. En consecuencia, la retirada de los catéteres se muestra irrelevante en cuanto a la producción de la muerte del paciente; y, por contra, su mantenimiento, como indicó el perito Dr. Herranz Amo podría haber comportado riesgos de infecciones o de obturación.

**OCTAVO.-** El núcleo de la controversia se centra así en determinar si existió mala praxis por los equipos médicos que atendieron al Sr. Corbalán Monzó al demorar en exceso la segunda intervención que se le practicó en fecha de veintiuno de Mayo de dos mil nueve, de tal modo que la misma devino en ineficaz para atajar la grave sepsis que padecía el paciente y que, en último extremo, devino la causa de su muerte.

El perito Dr. Guillem Rius Espina señala en el folio octavo de su dictamen como conducta negligente por parte de los facultativos que atendieron al paciente: "Sobre todo no realizar una revisión quirúrgica antes del 10 ° día del postoperatorio cuando ya se conocía que presentaba intervención abdominal. En una infección abdominal es imperativa la revisión quirúrgica del abdomen. En estos momentos era posible corregir los fallos que se observarían. Casi un mes después de la cirugía con el deterioro del estado general del paciente y la dificultad de acceso abdominal no permitían realizar ningún arreglo efectivo, como así sucedió".

Dicha tesis es contradicha por el dictamen del Dr. Herranz Amo, quien sostiene que, dadas los altos índices de mortalidad después de una laparotomía de repetición por sepsis intraabdominal, resulta más recomendable el tratamiento por drenaje percutáneo. Así indica que "Al paciente se le realizó un tránsito gastrointestinal con gastrografin sin que se evidenciara fístula intestinal. También se le realizó TAC sin que se observara fístula urinaria. Por lo que correctamente se trató la colección abdominal con un drenaje percutáneo.", añadiendo posteriormente que "Sólo cuando el absceso sea multiplicado, exista fístula intestinal o fístula urinaria no controlable manteniendo la permeabilidad de los



catéteres, estará indicada la exploración quirúrgica”.

Si repasa el historial médico del paciente se constata que la evolución del Sr. .... se presenta favorable hasta el veintiocho de Abril en que se empiezan a observar distensión abdominal y silencio intestinal. Es a partir del día 29 de Abril de dos mil ocho cuando el paciente muestra ya signos sugestivos de infección abdominal que se expresa en un número de leucocitos de 27.900 unidades. Tales signos de infección resultaron confirmados posteriormente mediante la realización de un TAC que mostró la presencia de líquido intraabdominal con burbujas aéreas. La aparición de tales síntomas aconsejaron el internamiento del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos para un mejor seguimiento de su evolución.

A pesar de la colocación del drenaje del líquido instalado para la solución de la infección intrabdominal, se constata de los sucesivos análisis de sangre y de los TAC's que se realizan al paciente que los problemas de infección persisten sin que se observe una variación significativa del número de leucocitos, sino con posterioridad a la intervención por laparoscopia que se le practica el veintiuno de Mayo de dos mil ocho, aunque la misma tampoco consigue que el paciente se reponga de la infección intrabdominal, toda vez que el número de leucocitos en la misma fecha de la intervención se mantiene en número de 16.000. La persistencia de la infección y de una mala evolución del paciente se constata nuevamente mediante el TAC de dos de Mayo de dos mil ocho cuando se comprueba la presencia de una colección líquida intraabdominal con burbujas aéreas adyacentes a la parte más alta de la neovejiga, que, tras la aplicación de un contraste, confirma la existencia de una fístula en la neovejiga que comunica la misma con la cavidad abdominal. La evolución del paciente a partir de tal momento, con complicaciones en pulmones y afectación renal, va progresivamente empeorando, y tanto es así que el equipo de la U.C.I. anota en el informe de alta del paciente tras su fallecimiento que “Se informa a la familia del mal pronóstico del paciente”, inserto en la historia clínica del Sr. .... que parece indicar que la propia vida del paciente estaba ya muy comprometida a fecha de dos de Mayo. Como indica el perito Sr. Rius Espina en su dictamen, y así puede constatarse de la lectura del informe de la U.C.I que consta en el historial médico, la evolución del paciente sigue un curso torpe con signos que indican la presencia de un proceso séptico severo en la cavidad abdominal. Pues bien, aunque tales síntomas ya aparecen el veintinueve de Abril y se confirman el dos de Mayo, no es sino el diecinueve de Mayo cuando por el equipo de urología del “Hospital General Universitario Reina Sofía” se decide a practica una laparotomía exploratoria para comprobar el origen de la grave infección que aquejaba al paciente. Y ello, según parece desprenderse del repetido informe de U.C.I. a proposición de los facultativos de esta unidad al equipo de urología como resulta del tenor de dicho informe al decirse: “Se propone a urología planteamiento quirúrgico que se realiza el 21/05...”. Entre el dos de Mayo y el veintiuno de Mayo aparece un importante lapso de tiempo en que por el equipo de urología no se toma decisión alguna en cuanto a remediar el cuadro séptico que padece el paciente, salvo el del mantenimiento del drenaje y el seguimiento que se realiza en la unidad de cuidados intensivos de la evolución del paciente.

Puede estimarse que resulta una medida de natural cautela encaminada a provocar la muerte del paciente no proceder de inmediato a la laparotomía ante los altos índices de mortalidad y morbilidad que esta técnica quirúrgica presenta en pacientes con infección

intraabdominal, prefiriéndose como medio para tratar tal infección el drenaje percutáneo. Pero, como es el caso, cuando la instauración de tal drenaje deviene como inútil para la resolución de la infección y se observa un agravamiento general del cuadro del paciente, que además conlleva un importante deterioro de sus demás sistemas vitales – así debe señalarse que, además de los problemas derivados de la antecedente diabetes del paciente, se detectó al Sr. .... hepatitis C, fallo renal que requirió hemodialisis, problemas en ambos pulmones, acidosis metabólica-, solo puede estimarse como hace el perito de la demandante que se debe de inmediato proceder a reintervenir al paciente para reparar los posibles fallos de la primera operación, detectar los focos de la infección y proceder a “un lavado intenso y eficaz drenaje a la cavidad abdominal”. Intervención lo antes posible que, como informa el perito aportado por la actora, es todavía posible al no haberse “establecido adherencias entre las asas abdominales y la disección quirúrgica es factible lo que ya no sería posible cuando se reintervino”. Reintervención que finalmente fue imprescindible al demostrarse, tras veinte días que la sola instalación del drenaje percutáneo no era suficiente para atajar la infección.

Fue en dicha intervención, realizada por el equipo de urología del hospital, la que vino a comprobar la existencia de tres fístulas en la neovejiga, cuando en anteriores TAC's solamente se había una, procediéndose a su cierre. En esta primera laparotomía no se accede a la cavidad peritoneal, no quedando constancia si ello fue por el bloqueo adherencial o por otras causas. Pero lo que sí resulta de los informes periciales y del resto de la información médica que consta en los autos es que la intervención devino inútil al comprobarse a los pocos días que el paciente presentaba un mal estado clínico y la salida de material fecaloide por la sonda vesical, lo que condujo a la realización de una cistografía que demostró la existencia de rotura de la neovejiga y que alguna de las dehiscencias podían estar comunicadas con el intestino grueso. Tales hallazgos obligaron a una segunda intervención, ahora tanto por el equipo de urología como por el equipo de cirugía. Pero en el momento de la reintervención por laparoscopia el bloqueo intestinal completo – “pétreo” se indica en el informe de la U.C.I- y el total deterioro del paciente, condujeron a su inevitable muerte.

Por tanto, dos son las infracciones a una correcta praxis médica que se descubren en el tratamiento del paciente. En primer lugar, la muy tardía realización de la laparotomía para determinar las causas del grave estado de sepsis que presentaba el Sr. .... y tratar de poner remedio al mismo, intervención más temprana que hubiera evitado la instauración de un bloqueo adherencial que era más factible que se produjera cuanto más tiempo se esperase para realizar la reintervención. Y, en segundo lugar, en la deficiente ejecución de la laparotomía del día 21 de Mayo de dos mil ocho. Vista la ya descrita situación del paciente y lo muy delicado de su estado, se entiende que tal intervención, que bien podría ser la última oportunidad del paciente de evitar la muerte, debería haberse realizado con un total y extremo agotamiento de todas las técnicas quirúrgicas al alcance de los equipos médicos del hospital, toda vez que, como ocurrió, un fracaso de tal intervención podría acarrear el fallecimiento del paciente. En el caso de autos, la laparotomía se realizó tarde, a instancia de los médicos de la U.C.I., sin contar con un equipo de cirugía general, sin acceder a la cavidad peritoneal a fin de comprobarse la presencia de otras fístulas. Falta de comprobación que conllevó que la presencia de la fístula con comunicación con el sigma o ciego provocase el definitivo cuadro shock séptico y coagulopatía de consumo que llevó a

la muerte del Sr. ....

**NOVENO.-** Resulta hecho no discutido que no consta consentimiento informado por parte de D. .... para la realización de la cistoprostatectomía radical, con construcción “neovejiga” a partir de un trozo de intestino delgado. Pues, y aunque el urólogo que intervino al paciente, el Dr. ...., indicó al ser interrogado que le informó sobre las características, riesgos y posibles complicaciones de la intervención a practicar, firmando el necesario consentimiento, lo cierto es que el mismo no consta ni en la historia clínica, ni ha sido tampoco aportado por la aseguradora demandada.

En este sentido cabe señalar que es muy numerosa la jurisprudencia que indica que la falta de información implica una mala praxis médica que no es solo relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es además una consecuencia que la norma procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento (consciente, libre y completo) el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona. Así, la actuación decisoria pertenece siempre al enfermo y afecta a su salud y como tal no es quien le informa sino él quien a través de la información que recibe, adopta la solución más favorable a sus intereses, incluso en aquellos supuestos en los que se actúa de forma necesaria sobre el enfermo para evitar ulteriores consecuencias (sentencia del Tribunal Supremo de 4 de Marzo de dos mil once, que cita otras anteriores).

En el caso presente, la necesidad de un consentimiento plena y completamente informado era aún más exigible si cabe al urólogo que practicó la intervención cuando el tratamiento carcinoma vesical que presentaba el paciente, aunque en todo caso obligaba a la extirpación de la vejiga urinaria y de la próstata, permitía dos técnicas para la salida de la orina: en primera, a través de una exterior bolsa adosada, y otra, más compleja quirúrgicamente, mediante la creación de una neovejiga a partir de una porción del intestino delgado del paciente. Técnicas que, conforme se informó por los peritos médicos en el acto del juicio, presentaban un diferente nivel de riesgos y complicaciones post-operatorias, siendo muchos mayores unos y otras en el caso de la construcción de la neovejiga. Ciertamente que el hecho de que el paciente acudiera del “Hospital General Universitario Reina Sofía” procedente del “Hospital General Morales Meseguer”, ambos de Murcia, a solicitar una segunda opinión médica, deja entrever que el paciente era suficientemente conocedor de las diversas técnicas existentes para abordar quirúrgicamente su enfermedad. Pero tal conocimiento, no dispensaba al facultativo que realizó la intervención de informar al paciente con carácter previo de los riesgos de su opción por la creación de la neovejiga al comportar mayores posibilidades de infección, sepsis, otras complicaciones graves en el post-operatorio y, en definitiva, una mayor tasa de morbilidad y mortalidad.

Tal información, que resulta altamente relevante en el presente caso por las razones antes apuntadas, no costa que fuera facilitada por el Dr. ....; pues, si bien es clara la jurisprudencia que señala que la constancia escrita de la información tiene mero valor "ad probationem" (sentencias, entre otras, 2 de Octubre de 1.997 o 2 de Noviembre 2.000), no lo es menos que la carga de la prueba de la información incumbe al médico (sentencias de 7 de Marzo de 2.000 y 12 de Enero 2.001). Prueba que en el caso que nos ocupa ni se ha aportado, ni se ha intentado.

**DÉCIMO.-** Establecido que existió una infracción al derecho de información del paciente, debe ahora abordarse las consecuencias del mismo.

Es jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo que, con independencia de que la intervención médica se realice o no correctamente, sin daño no hay responsabilidad alguna. La falta de información, dice la sentencia de 27 de septiembre de 2.001, y reiteran la de 10 de mayo de 2006 y 23 de octubre de 2008, no es per se una causa de resarcimiento pecuniario, lo que parece lógico cuando el resultado no es distinto del que esperaba una persona al someterse a un determinado tratamiento médico o intervención quirúrgica ; doctrina que se reitera en la Jurisdicción Contencioso Administrativa para la que la falta de información no es per se una causa de resarcimiento pecuniario, salvo que haya originado un daño derivado de la operación quirúrgica, evitable de haberse producido ( sentencia de la Sala cuarta del Tribunal Supremo de 9 de marzo de 2010).

Los efectos que origina la falta de información están especialmente vinculados a la clase de intervención: necesaria o asistencial, voluntaria o satisfactiva, teniendo en cuenta las evidentes distinciones que la jurisprudencia de esta Sala ha introducido en orden a la información que se debe procurar al paciente, más rigurosa en la segunda que en la primera dada la necesidad de evitar que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una necesidad relativa ( sentencias del Tribunal Supremo de 12 de febrero de 2007, 23 de mayo, 29 de junio y 28 de noviembre de 2007; 23 de octubre 2008).

Tienen además que ver con distintos factores: riesgos previsibles, independientemente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención ( sentencias del Tribunal Supremo 21 de octubre 2005 - cicatriz queloidea-; 10 de mayo 2006 -ostecondroma de peroné-); padecimiento y condiciones personales del paciente (sentencias 10 de Febrero de 2.004 -corrección de miopía-); complicaciones o resultados adversos previsibles y frecuentes que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, incluidas las del postoperatorio (sentencias 21 de Diciembre de 2.006 - artrodesis-; 15 de Noviembre de 2.006 EDJ2006/306294 - litotricia extracorpórea-; 27 de Septiembre de 2.010 - abdominoplastia-; 30 de de Junio de 2009 - implantación de prótesis de la cadera izquierda-); alternativas terapéuticas significativas (sentencias de 29 de julio 2.008 -extirpación de tumor vesical-); contraindicaciones; características de la intervención o de aspectos sustanciales de la misma (sentencias de 13 de Octubre de 2.009 -Vitrecomía-); necesidad de la intervención (21 de Enero de 2.009 - cifoescoliosis-; 7 de Marzo de 2.000 -extracción de médula ósea-).

En el caso presente, la falta de información completa, detallada y fácilmente entendible por el paciente en cuanto a los riesgos y las complicaciones de la intervención quirúrgica a realizar, que además de la extirpaciones de la vejiga y de la próstata, comportaba la creación “ex novo” de una vejiga con tejidos procedentes del intestino delgado, lo que implica mayores riesgos de infecciones post-operatorias derivadas de una mayor incidencia de fistulas y de la posibilidad de dehiscencias en la neovejiga, le comportó un perjuicio real derivado de la pérdida de la posibilidad de escoger el otro tratamiento alternativo, la cistoprostatectomía radical con derivación de la orina a una bolsa

adosada al costado, que, aunque presentaba mayores inconvenientes que la neovejiga en la posterior vida diaria, por contra tenía inferiores riesgos de complicaciones en el postoperatorio.

Ciertamente la causa directa del daño, el fallecimiento del paciente, se debió a la deficiente praxis médica expuesta en el fundamento jurídico octavo de esta sentencia. Pero a su producción también contribuyó indirectamente la falta de información al paciente, toda vez que si esta se hubiera facilitado en su plenitud y con advertencia de los superiores riesgos de complicaciones e infecciones post-operatorias que implicaba la creación de la neovejiga, el Sr. .... siempre pudiera haberse decantado por la otra técnica de extracción de la orina que implicaba inferiores riesgos y con ello no sufrir el shock séptico que desembocó en su fallecimiento.

**UNDÉCIMO.-** Constatadas las infracciones a la “lex artis” propias de la ciencia médica y el quebrantamiento del principio de información al paciente recogido en los artículos 4 y 8 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, debe procederse a la cuantificación del daño, daño que no es otro que el fallecimiento del esposo y padre de las demandantes.

Ambas partes a los efectos de determinar el importe del daño se acogen como criterios orientadores a los establecidos en el Sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en las indemnizaciones por fallecimiento fijadas para el año del deceso, dos mil ocho. Pues bien, si se acude a la Resolución de 17 de enero de 2008, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de tales indemnizaciones, se comprueba que las cantidades peticionadas por la actora son plenamente correctas. Así, en Tabla I, “Indemnizaciones básicas por muerte incluidos daños morales”, se recoge la suma de 103.390,06 euros para el cónyuge y 43.079,19 euros para cada hijo menor de edad. A tales cantidades debe aplicarse el incremento del diez por ciento como factor de corrección por perjuicio económico al encontrarse el difunto Sr. .... en edad laboral.

**DUODÉCIMO.-** Se reclama por las demandantes el abono de los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha en que la entidad aseguradora tuvo conocimiento de la reclamación patrimonial planteada por la esposa y por las hijas del difunto Sr. .... ante la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (folio 35 del documento sexto de la demanda). La aseguradora demandante se opone a la aplicación de tales intereses al estimar que la aplicación de intereses sólo cabe a partir de la firmeza de la sentencia al no ser sino en este momento cuando se fija la indemnización de la que es responsable la aseguradora.

La sentencia del Tribunal Supremo de 29 de junio de 2009, recuerda: "Está asumido doctrinalmente, y así lo ha dicho en multitud de ocasiones esta Sala (entre las más recientes, Sentencias de 16 de Octubre de de 2.008, recurso de casación 858/2002, y de 6 de Septiembre de 2.009, recurso de casación 1208/2004) que el artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro es un precepto que establece para las aseguradoras, en el ámbito de los intereses de demora ("interés especial de demora" según STC 5/93 de 14 de enero), y

para el caso de que la aseguradora se retrase en el pago excediendo así del plazo legal, la imposición por el órgano judicial, de oficio, de unos intereses claramente sancionatorios, y por tanto disuasorios, respecto de una conducta que dificulta o aventura el pago de una indemnización. Ahora bien, resulta del mismo modo indudable que para que la sanción sea efectiva es preciso que el retraso no sea debido a causa justificada o no imputable a la misma, pues en tal caso, como recuerda la sentencia de 20 de Abril de 2.009 (recurso 454/2004), dicha excepción a lo que constituye regla general haría que la aseguradora quedase exonerada del pago de intereses. En atención a lo expuesto, sólo se imponen intereses si la demora es imputable al asegurador y, por el contrario, la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, pues cabe recordar que no cabe reprochar retraso en el cumplimiento de sus obligaciones al deudor que «actuando de manera objetivamente razonable y en virtud de un error de carácter excusable, haya ignorado la existencia de la obligación, o pueda discutir, de forma no temeraria, la validez del acto de constitución de la relación obligatoria» ( Sentencia de 30 de mayo de 2008, recurso 214/2001). Pues bien, en cuanto a la apreciación de la existencia o no de causa justificada, que es ya la cuestión a que se contrae la controversia casacional planteada en este primer motivo, consolidada jurisprudencia viene afirmando (sentencias de de 1 de julio de 2008, recurso 372/2002; 16 de octubre de 2008, recurso 3024/2002; 16 de octubre de 2008, recurso 858/2002; y 6 de septiembre de 2009, recurso 1208/2004, entre otras muchas) 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 artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, 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 2.001 y 7 de octubre de 2.003, además de las ya anteriormente citadas), pues, de no entenderlo así, se llegaría al absurdo de que la mera oposición procesal de la aseguradora 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, recurso 2769/2004)". Y la sentencia de 30 de julio de 2009 reitera: "(...) la jurisprudencia de esta Sala sobre el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro ha evolucionado, en no poco paralelismo con su doctrina sobre el artículo 1108 CC superadora del principio "in illiquidis non fit mora" hacia un mayor rigor para con las compañías de seguros, dando por sentado que la regla general es la indemnización por mora y que sólo excepcionalmente se exonerará de la misma a la aseguradora que, como se desprende de la norma, pruebe que no pagó por causa justificada o que no le era imputable, pues como señala la sentencia de 4 de junio de 2007 (rec. 3191/00), con cita de otras muchas, la propia existencia del proceso no puede tomarse como excusa para no pagar”

En aplicación de la expuesta doctrina jurisprudencial, no cabe dejar de aplicar la

norma (artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro) cuando carece de justificación la oposición al pago frente a la reclamación por el asegurado o perjudicado aunque se formule en un proceso judicial, pues la razón del mandato legal radica en evitar el perjuicio para el asegurado o perjudicado que deriva del retraso en el abono de la indemnización y en impedir que se utilice el proceso como instrumento falaz para dificultar o retrasar el cumplimiento de la expresada obligación (sentencia del Tribunal Supremo de 7 de Junio de 2.010 y todas las que en ella se citan -17 y 18 de octubre de 2007 y 6 de noviembre de 2.008).

En el presente caso, la aseguradora incurrió en mora desde el momento en que aquélla conocía las circunstancias en que se produjo la muerte del demandante y podía deducir fácilmente la responsabilidad de la Administración sanitaria que aseguraba a través de la propia información clínica que obraba en poder de la Consejería de Salud murciana y del “Hospital General Universitario Reina Sofía”, así como realizar el cálculo de la indemnización mínima, conforme a los valores establecidos en el baremo de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, criterios que incluso ella en su contestación a la demanda estima correctos. Es por ello, que no existe causa justificada o que no fuera imputable a la aseguradora para no realizar el pago de la cantidad mínima debida, pudiendo además fácilmente proceder al cálculo de la indemnización con sólo atender a los criterios del indicado sistema de valoración.

**DECIMOTERCERO.-** Establece el artículo 394.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, en los juicios declarativos, las costas de la primera instancia se impondrán a la parte cuyas pretensiones hubieran sido totalmente rechazadas.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación,

### **FALLO**

Que estimando íntegramente la demanda promovida por el Procurador de los Tribunales D. Ángel Joaniquet Tamburini, en nombre y representación de D<sup>a</sup> ....., D<sup>a</sup> .....y D<sup>a</sup> ....., contra “Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.”, debo **CONDENAR** y **CONDENO** a la demandada a indemnizar a D<sup>a</sup> ..... la cantidad de ciento trece mil setecientos veintinueve euros con siete céntimos (113.729,07 €), y a cada una de sus hijas menores de edad, D<sup>a</sup> ....., y D<sup>a</sup> ....., con la cantidad de cuarenta y siete mil trescientos ochenta y seis euros con noventa céntimos (47.386,90 €), con más los intereses legales en el momento que se devenguen, incrementados en un cincuenta por ciento desde el veintisiete de Julio de dos mil nueve hasta el veintiséis de Julio de dos mil once, siendo a partir de esa fecha el interés legal el del veinte por ciento y hasta el completo pago de la indemnización.

Se imponen a la demandada las costas causadas en esta instancia.

Contra la presente sentencia cabe de interponer recurso de **APELACIÓN** ante la Excm. Audiencia Provincial de Barcelona, a presentar ante este Juzgado en el plazo de **VEINTE** días hábiles a contar desde el siguiente a su notificación. Se indica a las partes que para interponer el anterior recurso deberán proceder al depósito establecido en la

Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

Así por esta mi sentencia, de la que se expedirá certificación para su unión a los autos a que se refiere, definitivamente juzgando en primera instancia lo pronuncio, mando y firmo.

**PUBLICACIÓN.-** Dada, leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Sr. Juez en el mismo día de su fecha, hallándose celebrando audiencia publica, de lo que yo, la Secretaria, doy fe.