

# JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 10 DE CORDOBA

JUICIO ORDINARIO 368-B/2018

## SENTENCIA Nº 245/2019

En Córdoba, a 28 de noviembre de 2019.

Vistos por mí, D. Pedro Pablo Ruiz Hidalgo, Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia Nº 10 de Córdoba, los autos de Juicio Ordinario seguidos ante este Juzgado bajo nº 368-B/2018, a instancia de \_\_\_\_\_, representada por la procuradora doña Mercedes Ruiz Sánchez y asistida de letrado don Jorge Fuset Domingo; contra CLÍNICA BAU S.L.P, representada por el procurador don Luis de Torres Viguera y asistida por el letrado don Antonio de Torres Viguera, cuyos autos versan sobre acción de reclamación de cantidad derivada de responsabilidad médico-sanitaria, y atendiendo a los siguientes,

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Por la procuradora doña Mercedes Ruiz Sánchez en representación de \_\_\_\_\_ se formuló demanda de Juicio Ordinario contra CLÍNICA BAU S.L.P en la que, tras exponer los hechos y los fundamentos de derecho que entendía de aplicación, terminaba solicitando se dicte sentencia por la que, estimando íntegramente la demanda en todas sus partes, condene a la demandada: 1º.- A hacer pago a mi mandante de la indemnización de CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA EUROS CON TREINTA CÉNTIMOS (147.770,30.-€.) 2º.- Al pago de los intereses legales de dicha indemnización desde la interpelación judicial. 3º.- Al pago de las costas del presente procedimiento.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la demanda por decreto de 15 de marzo de 2018 se emplazó a las demandada. En representación de CLÍNICA BAU S.L.P compareció dentro de plazo el procurador don Luis de Torres Viguera, que contestó la demanda interpuesta en el sentido de oponerse y, tras alegar los hechos y los fundamentos de derecho que estimó de pertinente aplicación y que igualmente se dan por reproducidos, terminó solicitando que se dicte sentencia absolviendo a su representada de las pretensiones deducidas en su contra, y todo ello, con expresa imposición de las costas causadas a la actora

**TERCERO.-** Por decreto de fecha 30 de mayo de 2018 se convocó a las partes a la audiencia previa prevista en el art. 414 de la L.E.C. , para el día 13 de junio de 2018. Dicha audiencia fue suspendida, señalándose nuevamente su celebración para el día 20 de febrero de 2017 mediante diligencia de ordenación de fecha 11 de enero de 2019.

**CUARTO.-** Dicha audiencia fue celebrada en la fecha acordada, con el resultado que obra en el acta levantada al efecto, señalándose la celebración del juicio para el día 31 de octubre de 2019.



**QUINTO.-** En la fecha acordada se celebró la vista, con el resultado que obra en el acta levantada al efecto. Una vez practicada la prueba se concedió la palabra a los letrados para que formulasen sus conclusiones, quedando los autos pendientes de dictar sentencia.

**SEXTO.-** En la tramitación de este juicio se han observado las prescripciones legales.

## FUNDAMENTOS JURÍDICOS

**PRIMERO.-** Objeto del pleito.

La parte actora ejercita una acción de responsabilidad civil por vulneración de la lex artis por parte de los médicos que asistieron a en la intervención que se le practicó de histerectomía vaginal en marzo de 2014.

Por la parte actora se mantiene que se ha cometido las siguientes infracciones de la lex artis:

- La intervención con colocación de malla Miniarc no era necesaria. Se llevó a cabo sin realizar las pruebas que justificasen su necesidad y sin que la paciente refiriese incontinencia urinaria.

-La colocación de malla nunca se informó a la paciente ni se consignó debidamente en los consentimientos informados, sin que se presentase el documento específico de la colocación. La demandante nunca fue informada de las complicaciones, ni de los riesgos, ni de las alternativas que existían a las intervenciones realizadas y cuáles eran las consecuencias de las mismas. La paciente entró en quirófano creyendo que se sometía a una histerectomía (extirpación del útero) y salió con una sonda para la orina y la noticia de colocación de una malla para problemas de incontinencia que nunca había tenido.

-En la hoja operatoria no se explicó el procedimiento de colocación, y se llevó a cabo con anestesia general, por lo que era imposible la colaboración de la paciente para comprobar la tensión de la malla.

-Se la mandó a casa con una sonda en lugar de reintervenir inmediatamente.

-La segunda intervención fue debida a una mala colocación de la malla y también ésta se llevó a cabo de forma errónea, pues se dejaron varios trozos de malla dentro, permaneciendo casi un año. En esta segunda intervención (realizada supuestamente como "complemento" de la primera, pero que en realidad debía corregir los defectos) tampoco se la informó del objeto, procedimiento, riesgos y alternativas; para que valorase acudir a otro centro o a otro profesional.

A consecuencia de dichas intervenciones quirúrgicas la demandante presenta las secuelas propias del atrapamiento del nervio Pudendo, como son disuria, dolor perineal crónico, infecciones del tracto urinario, que se ha intentado remediar por todos los medios posibles. Paralelamente y como reacción al proceso doloroso, la

demandante desarrolló un síndrome adaptativo mixto ansioso depresivo que precisa tratamiento por psicología y farmacológico. Consecuencia de la gravedad de las secuelas se le concedió una discapacidad del 33% y un grado de dependencia II (dependencia severa). En el momento actual la actora padece el siguiente cuadro clínico:

- Continúa con intenso dolor perineal y genital en el lado derecho.
- El dolor se irradia a sacro.
- El dolor es continuo día y noche y no se alivia a pesar de estar en tratamiento con derivados mórficos.
- El dolor aumenta con la sedestación y no puede mantener relaciones sexuales.
- Presenta disuria continua, precisando tratamiento antibiótico cuando se diagnostican los episodios de infecciones de orina.
- Continúa con síntomas ansiosos depresivos.
- Necesita tratamiento farmacológico: Cymbalta 60 mg/ día. Yantil 100 mg /día. Trileptal 600 mg ½ cada 12 horas.

De este modo se solicita una indemnización por el daño corporal, que incluye los daños morales, conforme al informe pericial de valoración del daño corporal elaborado por la doctora doña Zulema Cardoso Cita, por importe de 147.770,30€, en base a los criterios y las tablas de la Ley 8/2004, en la actualización vigente en el momento de los hechos; y según el siguiente desglose:

- Lesiones vulvares y vaginales que dificulten o imposibiliten el coito. (Según repercusión funcional). (25 Puntos).
  - Síndrome depresivo reactivo (8 puntos).
  - Perjuicio estético ligero (3 puntos).
- 1- Periodo de curación: 693 días (siendo todos ellos de carácter impeditivo).  
2- Procede valorar una incapacidad permanente total empleando la tabla IV del baremo.”

De este modo, conforme al baremo, se reclama la siguiente indemnización:

- Incapacidad temporal 693 días x 58,41€= 40.478,13. €
  - Secuelas funcionales 33 puntos x 1.307,27€= 43.139,91.€
  - Secuelas estéticas 3 puntos x 703,23€= 2.109,69.-€
  - Factor de corrección 10% sobre 45.249,60€= 4.524,96.-€
- Incapacidad Permanente Total De 19.172,54 a 95.862,67€. Se valora en su grado medio atendiendo a la edad. Se reclama la suma de 57.517,61.-€

La parte demandada se opone a dicha pretensión, negando que se haya vulnerado la lex artis.

1º.- Fue informada de que las molestias que padecía cuando acudió a la Clínica posiblemente tenían su origen en el cistocele, y al prolapso que padecía, recomendándose la realización de una histerectomía vaginal con corrección de cistocele. La paciente presentaba igualmente una IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo), si bien era moderada, por lo que se decidió que, en la misma intervención, habría de colocársele una banda tipo Mini-Arc.

2º.- Tras ser informada, se obtuvo el consentimiento correspondiente.



3º.- Si bien no se discute la veracidad de las molestias que la paciente presenta en la actualidad, se niega que las mismas sean debidas a la intervención realizada por el Dr. López Curbelo, no existiendo nexo causal entre el acto médico que él protagonizó y las consecuencias dañosas que dice padecer la actora, alguna de las cuales pueden tener su origen en hechos o circunstancias extrañas a la propia intervención de histerectomía vaginal, y otras posiblemente tengan su origen en otras patologías que ya padecía la paciente cuando consultó por primera vez en la Clínica Bau. Así se mantiene que el posible atrapamiento del nervio Pudendo no puede tener su origen en la histerectomía vaginal, ya que las ramas de dicho nervio pasan muy alejadas del campo quirúrgico, al tiempo que se afirma que no existe pruebas concluyentes que confirmen la integridad o no del nervio Pudendo.

#### **SEGUNDO.-** Responsabilidad de la clínica.

La deficiente prestación de un servicio médico puede comprometer tanto a los médicos como al establecimiento en el que se presta el servicio. A los primeros por una actuación negligente o culposa, conforme a los criterios establecidos en el art. 1.902 CC; responsabilidad que, es a su vez, presupuesto necesario de la que resulta "por hecho ajeno" del centro u hospital, con arreglo al art. 1.903.IV CC, salvo que no haya dependencia funcional con el profesional a quien se imputa la causación del daño, teniendo en cuenta que se basa en una relación de dependencia o subordinación entre quien lo causa y el empresario demandado, y en que el acto lesivo se realiza en la esfera de actividad del responsable. No es una responsabilidad objetiva, sino que se funda en el principio culpabilístico inherente al vicio in eligendo o in vigilando respecto de las personas por quienes se debe responder, por infracción del deber de cuidado reprochable en la selección de dependiente o en el control de la actividad por éste desarrollada (STS de 5 de enero de 2007, por todas). Al establecimiento médico, porque esta responsabilidad no descarta la del propio centro por aplicación de lo dispuesto en el art. 1.902 CC, cuando le es directamente imputable una prestación del servicio irregular o defectuosa por omisión o por incumplimiento de los deberes de organización, de vigilancia o de control del servicio.

*Dice la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de febrero de 2.009 que la deficiente prestación de un servicio médico o asistencial a un determinado paciente puede responsabilizar tanto a los profesionales que le trataron, como al establecimiento que lo proporciona cuando las deficiencias se producen dentro del círculo de los médicos, personal sanitario, centros y medios concertados o contratados a efectos de su realización, supuesto en el que se permite al perjudicado accionar de forma directa contra cualquiera de los causantes, puesto que asumen la responsabilidad que resulta de los artículos 1902 y 1903, ambos del Código Civil , en el marco de la responsabilidad extracontractual, y en el presente supuesto dicha responsabilidad se vincula a las demandadas, en la medida en que cabe ser exigida por hechos del personal vinculados a su actividad "*

Esta cuestión ha sido objeto de examen reiteradamente por el Tribunal Supremo, pudiendo sentarse como líneas jurisprudenciales básicas, las siguientes:

- a) Cuando hay una relación de dependencia entre centro médico y facultativo,

aquél responde de los actos de éste en aplicación del artículo 1903 CC ;

b) Cuando falta esa dependencia, no existe responsabilidad de la clínica por los actos del médico;

c) La responsabilidad de la clínica como tal es autónoma y se mueve dentro del ámbito de las prestaciones que la misma realiza (medios materiales, servicios de enfermería, camilleros, material sanitario, quirófanos, etc);

d) El médico no es responsable en caso de fallos atribuibles a la clínica, que no sean detectables por él.

En el presente caso nos encontramos que en la demanda no se realiza ninguna imputación a la CLÍNICA BAU como establecimiento que presta el servicio, como pudiera ser el fallo de algún aparato o mecanismo ubicado en sus instalaciones, deficiente material sanitario, etc, sino que se le hace responsable en base a una mala praxis por parte de su personal médico. Ello quiere decir que la responsabilidad que se le está exigiendo es por "por hecho ajeno" del centro o clínica, con arreglo al art. 1.903.IV CC. Se le está exigiendo una responsabilidad por culpa in eligendo o invigilando, regulada en el artículo 1903 del código civil , pues se pretende que se responda por las acciones u omisiones culposas o negligentes de los profesionales intervinientes en el acto médico (intervención quirúrgica). Ello quiere decir que nos movemos en el ámbito de la responsabilidad extracontractual.

Una vez concretada que la responsabilidad de la clínica es de carácter extracontractual, la actuación negligente o culposa del médico o médicos es presupuesto necesario de la que resulta "por hecho ajeno". En consecuencia procede examinar la actuación llevada a cabo por los médicos de la clínica BAU para determinar si existe dicha responsabilidad por hecho ajeno.

**TERCERO.-** Doctrina jurisprudencial en torno a la responsabilidad del profesional médico.

Para determinar si los médicos que asistieron a la demandante en la Clínica Bau han incurrido en responsabilidad debemos de examinar previamente como es tratado a nivel jurisprudencial la responsabilidad del profesional médico.

Se ha reiterado por la Sala I del Tribunal Supremo en numerosas sentencias que la obligación del médico es una obligación de actividad -o de medios- en el sentido de que debe prestar al paciente el cuidado correspondiente a su enfermedad y excepcionalmente es una obligación de resultado, cuando se ha comprometido a la obtención de un resultado; distinción que tiene consecuencias en orden al cumplimiento o incumplimiento, a la responsabilidad y a la prueba.

La delimitación de la medicina curativa y satisfactiva viene determinada por la finalidad de la actividad médica que se persigue: si ésta se fundamenta en motivos de salud, de sanación, de mejora del paciente, hablaremos de medicina curativa; si, dicha actividad, como dicen numerosas sentencias, se funda en la esfera de la personalidad del sujeto, concretamente en el derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y, en consecuencia, en la auto-disposición sobre el propio cuerpo, sin ningún atisbo en sus fines de mejora de la salud física (al margen de los efectos psicológicos positivos que la medicina voluntaria puede producir en el paciente), estaremos ante la medicina satisfactiva.



En el presente caso resulta patente que la "intervención quirúrgica de histerectomía" -operación ginecológica para extraer el útero, parte del útero o el útero más algunos órganos adyacentes- pertenece al ámbito de la medicina curativa, con obligación de prestación de medios, y no de resultado, con las inherentes consecuencias respecto de la carga de la prueba para la parte actora.

En este sentido cabe hacer referencia a la STS de 7 de mayo de 2014, la cual expone que:

*" La responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya 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 12 de marzo 2008 ; 30 de junio 2009 )".*

También cabe hacer referencia a la sentencia del Tribunal Supremo de la Sala 1ª, de fecha 20-11-2009, dado que resume la cuestión e incide en la carga de la prueba dentro del ámbito de la responsabilidad del profesional médico:

*a) En el ámbito de la responsabilidad del profesional médico debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de la inversión de la carga de la prueba, desaparecida en la actualidad de la LEC, salvo para supuestos debidamente tasados (art. 217.5 LEC). El criterio de imputación del art. 1902 CC se funda en la culpabilidad 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 (STS 24 de noviembre de 2005 ;10 de junio 2008).*

*b) El daño médico desproporcionado es aquél no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria (SSTS 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007). En estos casos en virtud del principio de facilidad y proximidad probatoria, el profesional médico puede estar obligado a probar las circunstancias en que el daño se produjo si se presenta en la esfera de su actuación profesional y no es de los que habitualmente se originan sino por razón de una conducta negligente, cuyo enjuiciamiento debe realizarse teniendo en cuenta, como máxima de experiencia, la necesidad de dar una explicación que recae sobre el que causa un daño no previsto ni explicable, de modo que la ausencia u omisión de la misma puede determinar la imputación (SSTS de 23 de mayo de 2007, 8 de noviembre 2007; 10 de junio EDJ 2008/131352 y 23 de octubre 2008 EDJ 2008/190074)..."*



c) “ Según la más reciente jurisprudencia, dada su específica naturaleza, la responsabilidad fundada en la Ley de Consumidores y Usuarios 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 (SSTS de 5 de febrero de 2001 ; 26 de marzo de 2004; 17 de noviembre de 2004; 5 de enero y 26 de 2007; 4 de junio 2009); aspectos estos que no han sido cuestionados en la sentencia.

#### CUARTO.- Valoración de la prueba.

De conformidad con lo que se acaba de exponer resulta necesario determinar si la actora sufre un daño y, caso de sufrirlo, si este daño guarda relación con la intervención quirúrgica que se le ha practicado, y está previsto o es explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria. Ello nos conduce a examinar dos cuestiones que son esenciales en la resolución del presente pleito: la existencia o no del SANP (Síndrome de Atrapamiento del Nervio Pudendo) y, caso de estar ante un cuadro de atrapamiento del nervio Pudendo, cuál es su relación con el procedimiento quirúrgico y con la colocación de la malla.

##### 1º.- El Síndrome de Atrapamiento del Nervio Pudendo (SANP)

Tanto el Dr. Francisco Mesa Domínguez, como el Dr. Juan Ignacio Bermejo, plasman en sus respectivos informes las dudas que tienen sobre este diagnóstico.

El doctor Mesa expone (sic):

*“... tras el estudio de la diferente documentación, y la descripción de los síntomas y la exploración de la doctora Zulema y del doctor Vanaclocha, me plantea importantes dudas sobre la existencia de un SANP, puesto que los síntomas y la exploración no adoptan un patrón acorde con el SANP.*

Por su parte el doctor Bermejo expone (sic):

*“... que se atribuye el dolor pélvico crónico de la señora Marchal a un Síndrome de Atrapamiento del Nervio Pudendo, con la única base diagnóstica de un retardo leve y unilateral de la latencia de respuesta de nervio, sin una clínica que lo respalde, sin un factor etiológico atribuible de forma única y además sin descartar otras posibles etiologías como un síndrome de disfunción del suelo pélvico o una cistitis intersticial que se aproximaría más a la exploración clínica (de la doctora Zulema Cardoso) e historial de la Señora Marchal .*

En cambio la doctora María Teresa Fito Pino, especialista en ginecología, expone en su informe pericial (DOC.31, pág.22) que desde la primera intervención quirúrgica la paciente ya presentaba los síntomas propios de este síndrome (sic):

*“5.- Desde la primera intervención, presenta las secuelas propias del atrapamiento del nervio Pudendo, como son: Disuria, dolor perineal crónico, infecciones del tracto urinario, que se ha intentado remediar por todos los medios posibles, y tras ser estudiada se demuestra clara relación de causa– efecto entre la histerectomía vaginal con colocación de malla y el Síndrome de Atrapamiento del nervio Pudendo por un amplio*

*abanico de profesionales, sometiéndose a múltiples pruebas diagnósticas.*

Vemos, pues, que tanto el Dr. Mesa, como el Dr. Bermejo, cuestionan el diagnóstico, pero no ofrecen un diagnóstico alternativo que permita dar una respuesta meridianamente razonable a los padecimientos que viene sufriendo la demandante, de modo que simplemente se especula con otras posibles causas.

Según expone el Dr. Mesa el SANP constituye un reto diagnóstico y terapéutico al que se enfrentan múltiples especialistas: ginecólogos, urólogos, proctólogos, médicos de familia y unidades del dolor. Igualmente expone que el SANP en un cuadro clínico fundamentalmente neuropático. Pues bien, con posterioridad a la intervención quirúrgica y motivado por su dolor crónico, la demandante empezó un periplo, siendo vista por especialistas en neurología, neurocirugía y clínica del dolor, así como neurofisiología, a lo largo del año 2015 y 2016, coincidiendo tales profesionales en la existencia de una neuralgia del nervio Pudendo. Así, pues, son múltiples los médicos, algunos de los cuales especialistas en neurología, los que han diagnosticado este síndrome:

- El especialista en neurología, Dr. Manuel J. Lovera Sánchez de Puerta, hace constar que la paciente padece Neuralgia del Nervio Pudendo, post-cirugía y la remite al especialista en neurocirugía Dr. Manuel J. de la Torre Gutiérrez, de Madrid.

- Con la demanda se ha aportado el informe del doctor Vanaclocha (documento nº 19 de la demanda). Dentro de las pruebas complementarias que realiza dicho doctor se encuentra una EMG de nervio pudendo, es decir, *un estudio neurofisiológico de latencia motora discal de nervio Pudendo bilateral mediante electrodo de St. Marck, varias series de cada uno, obteniendo respuesta dentro de la normalidad en el izquierdo y alteradas en el derecho, observando una asimetría por retraso de latencia, a valorar en el contexto clínico de la paciente (Dr. Salas), estableciendo como diagnóstico el dolor en región perineal secundario a atrapamiento de las ramas distales del nervio Pudendo derecho que se inició tras la intervención de histerectomía con implantación de una malla.*

- El Dr. Jiménez Carmena, neurocirujano, en su informe, aportado como documento nº 24 de la demanda y que ha sido ratificado en el acto del juicio, resume el estado actual de la paciente, con dolores pélvicos continuos por atrapamiento del nervio Pudendo, infecciones repetitivas de orina, precisando vacunación profiláctica, cuadro mixto de tipo ansioso depresivo, al ver alterada su calidad de vida, y con padecimientos continuos. Este doctor afirma que este síndrome existe y que la actora lo padece.

De este modo, en atención a los diferentes especialistas que concluyen que padece el SANP, y a la vista de que el Dr. Mesa y el Dr. Bermejo no ofrecen un diagnóstico alternativo que permita encuadrar los padecimientos que viene sufriendo la demandante, limitándose a especular sobre otras posibles causas, debe de tenerse por probado que la actora padece en la actualidad el referido síndrome. Paralelamente y como reacción al proceso doloroso, la actora ha desarrollado un síndrome adaptativo mixto ansioso depresivo que precisa tratamiento por psicología y farmacológico.

2º.- Su relación con el procedimiento quirúrgico y con la colocación de la



mall.

Tanto el Dr. síndrome tenga relación alguna con la intervención quirúrgica y la colocación de la malla.

El doctor Mesa expone en su informe (sic):

*“ que no he encontrado en la bibliografía, ningún caso que relacione la colocación de una malla MiniArc y la aparición de neuralgia del pudendo, y que ha de tenerse en cuenta que la técnica quirúrgica de colocación es mínimamente invasiva y el lugar donde se inserta la malla, en el obturador internó, está muy alejada del nervio pudendo y difícilmente puede provocar dolor perineal.*

Por su parte el doctor Bermejo expone en su informe que (sic):

*Se quiere atribuir en esta ocasión a la cirugía de colocación de una malla a lo que tenemos que decir: La malla de AMS mini are precise, es una malla muy pequeña que se coloca sobre la uretra media de forma para uretral sin atravesar el músculo obturador, con un anclaje sobre este músculo superficialmente y próximo al paso de los vasos y nervio obturador. Es decir la colocación de esta malla en dirección al agujero obturador se encuentra muy distante del trayecto del nervio pudendo y sobre todo nada que ver con los dos puntos críticos donde decíamos que se producía su atrapamiento:*

- a. Cruce alrededor del extremo final del ligamento sacroespinoso con el ligamento sacrotuberoso.*
- b. Canal pudendo o también conocido como de Alcock.*

*Luego difícilmente la maniobra de colocación de la malla puede ocasionar un atrapamiento del nervio. Lo único que podría producir la colocación de esta malla es un estiramiento de las raíces nerviosas del nervio pudendo en su trayecto periclitoridiano que siempre sería bilateral y afectando y produciendo dolor en el 1/3 superior de la vulva, región periclitoridiano.*

*Si queremos atribuirle el atrapamiento a la histerectomía, sería todavía más complejo su explicación puesto que la técnica quirúrgica se lleva a cabo distante del territorio de este nervio.*

En cambio el Dr. Don José Javier Jiménez Carmena no solo mantiene la existencia de este síndrome, sino que lo relaciona directamente con la intervención quirúrgica llevada a cabo por la Clínica Bau, pues con anterioridad no hay constancia alguna de su existencia, descartando otras posibles causas, como las episiotomías, dado que en la historia clínica no consta que se le hayan practicado, ni tiene cicatrices en la zona, según constató al examinar a la paciente. Ha insistido en que el diagnóstico del síndrome de atrapamiento del nervio Pudendo se hace por exclusión de otras patologías, que le exploró el tracto rectal y que no tenía fisura de ningún tipo, ni nada que se le pareciese. Que con la prueba de imagen se excluyó una serie de factores, como tumores. En definitiva, que se ha hecho exclusión de todas las posibilidades. El referido doctor mantiene que se trata de una clínica que comienza después de la operación y es de carácter neurálgico, que no tiene que ver con las molestias que la paciente refería padecer cuando acudió a la Clínica Bau. Dicho doctor ha manifestado que las mallas no son tan inocuas como parecen, existiendo bibliografía sobre las complicaciones que

pueden surgir tras su implantación, detectándose incluso perforaciones intestinales. Igualmente ha manifestado que su ubicación no está tan distante del trayecto del nervio pudiendo, de modo que existe la posibilidad de ser afectado, ya sea por un hematoma, por una proceso infeccioso, granuloma o incluso por una punsión directa "pinchanzo". Incluso ha manifestado que existe bibliografía en relación con esta concreta malla en la que se refleja casos de afectación del nervio pudiendo con una tasa de hasta un 30%. A su parecer lo que ha ocurrido en este caso es que en la fijación del obturador se ha pinchado en el lado derecho, afectando al nervio.

Ciertamente no existe constancia alguna de que los dolores que actualmente padece los tuviese con anterioridad a la intervención quirúrgica objeto del presente procedimiento. Según ha relatado don Juan Miguel Lentisco Iriarte, esposo de la demandante, su mujer acudió a la clínica porque venía sufriendo molestias, *como si tuviese un huevo en sus partes*, lo que tenía previamente era una sensación de peso, de molestia, pero no dolor.

En esta primera visita no se efectuó la anamnesis (conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico) por el Dr. Curbelo, de modo que solo contamos con lo manifestado por el propio marido respecto a que su esposa notaba sensación de peso en vulva, molestias típicas del prolapso genital, pero no los dolores que presenta en la actualidad. Estos dolores, que no molestias, se inician a raíz de la intervención quirúrgica. Si se examina la Hoja de Evolución de Enfermería de la Clínica BAU (documento nº 9 de la demanda) se constata que:

- El día 18/03/2017 a las 16:15h se inicia analgesia por presentar mucho dolor. A las 16:30h Dr. Jodral ordena cloruro mórfico (lo cual es muy significativo de un dolor muy intenso). A las 19:00h sube a la Planta, refiriendo mucho dolor. A las 13:15h, empieza con dolor de nuevo y se le administra paracetamol, por orden del doctor. A las 23 horas la propia enfermera llama por teléfono al Dr. Curbelo, por lo que los dolores debían de ser muy intensos.

- El día 19/03/2014 a las 13:15h, empieza con dolor de nuevo y se le administra paracetamol, por orden del doctor. A las 14:50h, sigue con mucho dolor. El doctor ordena que se la sonde con una sonda Foley del nº14 y que se pince la misma. Pero a los 20 minutos la paciente siente un dolor muy grande y el doctor indica que se retire la pinza.

- El día 20/03/2014 a las 09:25h del, se retira la sonda vesical. A las 11:15h, la paciente tiene mucho dolor. A las 11:00h pasa visita el doctor y entrega a la paciente los informes de alta. La paciente marcha con sonda vesical e indicaciones para ingresar en el Hospital de la Cruz Roja de Córdoba el día 24/03/2014.

Cabe apreciar que poco después de la intervención la paciente ya tenía dificultad para orinar y un intenso dolor perineal que iba en aumento. Incluso el primer día de la operación ya se le coloca morfínicos. Por otro lado, pese a los problemas que estaba ocasionando la malla, generando dolor y retención uraria, la actora tuvo que marchar a su domicilio sondada y esperar a ser nuevamente ingresada el día 24 de marzo para intentar solucionar el problema.

- El día 24/03/2014 ingresa en el Hospital de la Cruz Roja de Córdoba a las

16:19h, para realizar la liberación de la malla (documento nº11 , de la demanda, Págs. 31-38.). En concreto, según ha expuesto el doctor López Curbelo, se procedió a cortar un poco la malla, para que quedase algo abierta y liberar tensión.

Don Juan Miguel Lentisco Iriarte ha manifestado que a la salida de esta segunda operación su esposa tenía unos dolores terribles; que el doctor López Curbelo le recibió a los tres o cuatro días, creándoles una sensación de incertidumbre, que no sabía lo que ocurría, recomendándoles que consultara con un urólogo.

Tras esta segunda intervención la actora se sometió a toda una serie de pruebas médicas:

- El 2 de junio 2014 (documento nº11 , de la demanda, Pág. 39) se practica Cistografía de relleno, con paredes lisas, descenso del suelo vesical y prolapso de grado II. Ecografía reno-vesical, con riñones de tamaño y forma normal, pequeño quiste renal derecho, buena replección de vejiga, con paredes lisas y con vaciamiento completo post miccional.

- El 6 de octubre de 2014 se le realiza una Resonancia magnética de Visceras Pélvicas, (documento nº11 , de la demanda, Pág. 40) con la siguiente conclusión: Cambios post quirúrgicos posthisterectomía sin alteraciones del muñón vaginal ni otros hallazgos significativos.

- El 5 de noviembre de 2014 se le realiza una Radiografía, antero-posterior de Caderas (documento nº11 , de la demanda, Pág. 41), con estructura ósea y espacio articular conservado.

- El 25 de noviembre de 2014 se lleva a cabo una Cistoscopia, (documento nº11 , de la demanda Pág. 42), en la Clínica Cristo Rey de Jaén por algias vaginales tras colocación de Malla MiniArc® por incontinencia urinaria de esfuerzo. No se detecta incontinencia de esfuerzo, vagina normal, paredes vesicales normales. No se detectan miomas intra-vesicales. Conductos ureterales con eyaculación rítmica. Se recomienda valoración por neurólogo y psiquiatra.

- El 15 de diciembre de 2014 se le realiza Urotac, (documento nº11 de la demanda, Págs. 43 y 44), sin y con contraste, solicitado por el Dr José Molina, por dolor post.histerectomía. Concluye: *cambios secundarios a los tratamientos previos recibidos. No se objetivan signos de uropatía obstructiva en el momento actual. Quiste parapiélico de riñón izquierdo.*

Dado que la demandante seguía quejándose de dolores perineales crónicos, sufriendo reiteradas infecciones de orina, se solicitó una consulta con el Dr. Don José María Agustín Varas, director de la misma y también ginecólogo.

El Dr. Agustín Varas ha manifestado durante su testifical que esta familia estaba obsesionada con la retirada de la malla y que tras consultar con el Dr. Molina, urólogo y en base a que otro urólogo, el Dr. Carrasco, notó en la paciente un punto doloroso en el sector de la malla, aconsejando la retirada de los restos de malla, colaboró en esta tercera intervención para ser retirada la misma.

- El 27 de enero de 2015 tiene lugar esta tercera intervención por parte del Dr.

Agustín Varas.

Sin embargo, pese a la retirada total de la malla, los dolores continúan, siguiendo la actora su periplo por múltiples especialistas:

- El 13 de abril de 2015 el especialista en neurología, Dr. Manuel J. Lovera Sánchez de Puerta, de Jaén, hace constar que la paciente padece Neuralgia del Nervio Pudendo, post-cirugía y la remite al especialista en neurocirugía Dr. Manuel J. de la Torre Gutiérrez, de Madrid. Se ha aportado como Documento N°15 de la demanda el Talón de prescripción.

- El 6 de julio de 2015 se le practica una Resonancia Magnética de Columna Lumbar y de Suelo Pélvico, pedida por el Dr. Manuel J. de la Torre, neurocirujano, con las conclusiones siguientes *RM de Columna Lumbar: Los discos L4- L5 y L5-S1, presentan discreto ensanchamiento difuso que provoca reducción leve del calibre del canal y agujeros de conjunción. RM, de Suelo Pélvico: En reposo y con la maniobra de Valsalva se observa un ensanchamiento leve del hiato elevador sin descenso del suelo pélvico y un leve cistocele.* Documento N°16 de la demanda (Págs.59-61).

- Por el Servicio de Anestesiología del Hospital de la Cruz Roja Española de Córdoba se llevó a cabo epidurolysis (08/10/2015), radiofrecuencias pulsadas del nervio pudendo de ambos lados y de S3 bilateral con radiofrecuencia continua de ganglio impar (15/10/2015). Se implantaron electrodos sacros bilaterales (12/02/2016). Estos electrodos se retiraron el 02/03/2016 todos ellos sin resultado positivo, y que fueron realizados por vulvodinia derecha postquirúrgica por el Dr. Gómez Armenta, anestesista de la Clínica del Dolor. Así obra en el documento n° 17 de la demanda (Págs. 62-65). Informes de Alta Hospitalaria. Hospital de la Cruz Roja Española de Córdoba.

Ante la ineficacia de estas intervenciones se procedió a consultar con el Dr. V. Vanaclocha, neurocirujano de la Clínica Neuros, de Valencia.

- El 9 de mayo de 2016 el Dr. V. Vanaclocha elabora un informe médico, donde se indica que el motivo de la consulta es un *dolor en zona genital, sobre todo en el lado derecho*. El doctor le realiza una exploración neurológica completa, situando el dolor en la zona perineal y recomienda practicar EMG (electromiografía) del nervio Pudendo. Documento n° 18 de la demanda (Págs.66-68).

- El 10 de mayo de 2016 se le realiza Electromiografía de Nervio Pudendo en el Hospital NISA. Virgen del Consuelo, de Valencia. Se hace estudio neurofisiológico de latencia motora distal de nervio Pudendo bilateral mediante electrodo de St. Marck, varias series, de cada uno, obteniendo respuestas dentro de límites de la normalidad en el izquierdo y alteradas en el derecho, observando, una asimetría comparativa por retraso de latencia, a valorar en el contexto clínico de la paciente. Documento n° 19 de la demanda.

- El 17 de mayo de 2016 el Dr. Vanaclocha elabora un Informe Clínico resumiendo exploración, diagnóstico (*dolor en región perineal secundario a atrapamiento de las ramas distales del nervio pudendo derecho que se inició tras la intervención de histerectomía con implantación de malla*) y tratamiento.

Documento nº 19 de la demanda (página 71).

- El 25 de mayo 2016 se acude a la Dra. Sara Galiano Rus de la Unidad de Psiquiatría de la Clínica Clivina (Grupo Vitaudio). Tras describir los antecedentes, indica que consulta para valoración psiquiátrica por clínica depresiva con síntomas de ansiedad. Diagnostica Trastorno adaptativo mixto con síntomas de ansiedad y ánimo depresivo con algias postquirúrgicas del nervio Pudendo. Documento nº 20 de la demanda (Págs 72-73).

- El 31 de mayo de 2016 el Dr. Jesús Jareño Castillo, de Jaén, al que es remitida la actora por la médico de familia doña Antonia Rodríguez Ramírez, certifica que *presenta dolor perineal por atrapamiento del nervio pudendo* y que los intensos dolores permanecían sin respuesta al tratamiento habitual. Documento nº 20 (Págs 74-75) de la demanda.

- El 30 de junio de 2016 la actora acude al urólogo de Linares, en el Centro Médico Adeslas, don Enrique Valle Díaz de la Guardia, quien anotó que presentaba desde la colocación y retirada de una Malla MiniArc®, ITU, de repetición con dolor en hipogastrio, orinando bien pero con polaquiuria que empeora a lo largo del día y que en 6 meses había tenido 5-6 episodios de infección, (ITU). Pide analítica y nueva ecografía, que se le realiza ese mismo día. Documento nº21 de la demanda (Págs 76-81).

- El 25 de octubre de 2016 emite Informe de Revisión. Tras enumerar antecedentes emite juicio clínico de cistocele y vejiga hiperactiva y revisión en 3 meses aportando los cultivos. Reducir líquidos. Documento 22 de la demanda ( Pag. 82).

- El 9 de julio de 2017 el doctor don José Javier Jiménez Carmena, especialista en Neuro-Cirugía, emite informe y resume el estado actual de la paciente, con dolores pélvicos continuos por atrapamiento del nervio Pudendo, infecciones repetitivas de orina, precisando vacunación profiláctica, cuadro mixto de tipo ansioso depresivo, al ver alterada su calidad de vida, y con padecimientos continuos. Documento nº 24 de la demanda.

Tras el examen de toda la documentación médica aportada con la demanda se puede constatar que existe una continuidad temporal entre el hecho inicial (la intervención quirúrgica con la colocación de la malla) y el estado actual de la paciente, de modo que cabe concluir que existe un nexo causal entre el Síndrome de Atrapamiento del Nervio Pudendo y la intervención quirúrgica con colocación de malla Miniarc. Si con anterioridad a la intervención no consta que la actora sufriera este síndrome, y toda la clínica de este síndrome surge a raíz de la intervención quirúrgica, sin solución de continuidad en el tiempo, solo cabe inferir que el SANP tiene su causa en la intervención quirúrgica objeto del presente procedimiento.

#### **QUINTO.-** La doctrina del daño desproporcionado.

Tanto el doctor don Antonio López Curbelo, como el doctor don José María Agustín Varas, han mantenido la imposibilidad de que las intervenciones quirúrgicas que practicaron pudieran afectar al nervio pudendo. Por otro lado, si se examina los consentimientos informados (documentos nº 4,5 y 6 de la contestación a la demanda), en modo alguno se establece que uno de los riesgos de la intervención quirúrgica sea esta secuela.



Ahora bien, si en el fundamento anterior, y tras valorarse la prueba, se ha llegado a la conclusión de la existencia de un nexo causal entre la intervención quirúrgica y la secuela, y por otro lado este tipo de daño no es habitual en esta clase de intervenciones, según los propios médicos que la practicaron, e incluso para los peritos Sr. Mesa y Sr. Bernejo, cabe concluir que nos encontramos ante un supuesto en donde resulta de aplicación la doctrina del daño desproporcionado. El TS, Sala Primera, de lo Civil, 284/2014, de 6 de junio Recurso 847/2012. Ponente: JOSE ANTONIO SEIJAS QUINTANA expone esta doctrina:

*“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, rec. nº 1667/2000 , y 23 de mayo 2007, rec. nº 1940/2000 ). El daño desproporcionado - STS de 19 de julio de 2013, rec. nº 939/2011 -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 por qué 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, rec. 222/205 ; 27 de diciembre 2011, rec. nº 2069/2008 , 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, rec. nº 870/2003 ).*

Efectivamente, cuando el resultado provocado por la intervención médica es dañino e incompatible con las consecuencias de una terapéutica normal, se deduce que no se ha actuado con la diligencia debida. Así, ante ciertos hechos objetivos puede presumirse la culpa médica no probada de modo directo, cuando las circunstancias y el sentido común indican que el hecho dañoso no hubiera tenido lugar de no mediar culpa profesional; esto es, a través de una deducción obtenida de la anormalidad de las consecuencias se afirma que el médico no ha actuado de acuerdo con los datos actuales de la ciencia y con una conducta profesional diligente. Esta responsabilidad del profesional médico corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma). Pero además de que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, es preciso que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que el mismo no sea causado por una conducta o una acción que corresponda a la esfera de la propia víctima. Debemos de tener en cuenta que la existencia de un resultado desproporcionado no determina por sí solo la existencia de responsabilidad del médico sino *«la exigencia al mismo de una explicación coherente acerca del por qué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida»*. El daño desproporcionado a que se refiere esta teoría no debe equipararse al riesgo típico de la intervención, de modo que, si a pesar de una técnica quirúrgica impecable se materializa un riesgo típico del que el paciente fue

oportunamente informado y que se produjo por causas inevitables, o si el profesional médico ajusta su actuación a los parámetros de la lex artis ad hoc, éste no habrá incurrido en ningún tipo de culpa o negligencia, ni resultará aplicable, en consecuencia, la teoría del daño desproporcionado. Por otro lado, si se materializa un riesgo típico del que el paciente no ha sido oportunamente informado, entonces el médico o el Centro sanitario implicado será responsable, pero no en virtud de la teoría del daño desproporcionado, sino en virtud de la omisión del consentimiento informado.

Llegado a este punto, y a la vista de las circunstancias anormales que rodean el presente caso, sin que se haya ofrecido una explicación coherente por parte del médico que practicó la operación, explicación que necesariamente ha obviado al mantener la tesis de que es imposible que tal operación afecte al nervio Pudendo, apuntando a meras hipótesis, sin base objetiva que las avalen (desgarro perineal importante, extirpación glándula de Bartolino, etc); no constando además que la paciente fuese informada de este riesgo, solo cabe presumir la culpa en aplicación de la doctrina jurisprudencial citada, debiendo de ser estimada la demanda y condenando a la demandada a la indemnización solicitada, la cual ha sido fijada de conformidad con el informe pericial de valoración del daño corporal elaborado por la doctora doña Zulema Cardoso Cita (documento nº 32 de la demanda), ratificado en el acto del juicio.

#### **SEXTO.-** Costas.

La cuestión de las costas en este tipo de pleitos suele ser complicada. Con cierta asiduidad se adopta la postura que refleja la Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, Civil, Sección 13, de 15 de julio de 2016: "*Esta Sala, a pesar de que el sistema que rige es el del vencimiento objetivo ( art. 394 párrafo primero de la L.E.C .), según el cual las costas han de ser impuestas a la parte que resulta vencido, entiende, que las especiales características de este tipo de cuestiones, que efectivamente suelen resolverse con base en los informes periciales obrantes en autos, determina por disposición de los arts. 394 párrafo primero in fine y 398 de la L.E.C . la no imposición de las costas causadas, tanto las de primera instancia, como las del presente recurso a ninguna de las partes, dadas las normales dudas de hecho que suscita la interpretación de tales informes.*" Este juzgador comparte este criterio y ante la divergencia de criterios expuestos en los informes periciales, siendo resuelta la controversia finalmente mediante la aplicación de la doctrina jurisprudencial del daño desproporcionado, según se ha expuesto en el fundamento anterior, se estima que no procede hacer especial pronunciamiento sobre las costas.

## **FALLO**

**ESTIMAR LA DEMANDA** interpuesta por  
contra CLÍNICA BAU S.L.P condenando a la demandada a abonarle la indemnización de CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA EUROS CON TREINTA CÉNTIMOS (147.770,30.-€.), más los intereses legales desde la interpelación judicial, sin hacer especial pronunciamiento sobre las costas causadas.

Contra esta resolución cabe interponer recurso de apelación en el plazo de VEINTE DIAS hábiles contados desde el día siguiente al de su notificación, previo



ADMINISTRACIÓN  
DE  
JUSTICIA

ingreso en el Juzgado de la cantidad de 50 € a depositar en la cuenta del Juzgado nº 4423000000 NUMERO DE EXPEDIENTE, (concepto: recurso-02) sin cuyo requisito no se admitirá a trámite el recurso, de conformidad con la Disposición Adicional decimoquinta de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, y lo dispuesto en los artículos 451, 452 y concordantes de la LEC.

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