



PROCURADOR  
BARCELONA

**Expediente 39576**

Cliente... : J P P , O P P y E P G  
Contrario : ZURICH COMPAÑIA DE SEGUROS  
Asunto... : Juicio ordinario por cuantía 1402/14 1B  
Juzgado.. : PRIMERA INSTANCIA 11 BARCELONA

**Resumen****Términos****10.02.2017 FINE RECURSO DE APELACIÓN**

SERVICIOS  
JURÍDICOS  
VERDÚN S.L.

**JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS**

**Juzgado de Primera Instancia nº 11 de Barcelona**

Gran Via de les Corts Catalanes, 111, edifici C, planta 7 - Barcelona - C.P.: 08075

TEL.: 935549411  
FAX: 935549511  
EMAIL: instancia11.barcelona@xij.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120148269685

**Procedimiento ordinario 1402/2014 -1B**

Materia: Juicio ordinario por cuantía

Cuenta BANCO SANTANDER:

Beneficiario: Juzgado de Primera Instancia nº 11 de Barcelona

Para ingresos en caja. Concepto: Nº Cuenta Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato electrónico:

Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato papel:

Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Parte demandante/ejecutante: J P  
P O P P E  
P P  
Procurador/a: J S L J S L  
J S L  
Abogado/a: LUISA BLANCO DELGADOParte demandada/ejecutada: ZURICH COMPAÑIA DE  
SEGUROS  
Procurador/a: E C L  
Abogado/a:**SENTENCIA Nº 11/2017**

Magistrado: J I V P

Lugar: Barcelona

Fecha: 2 de enero de 2017

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** - El día 27 de noviembre de 2014 el Procurador de los Tribunales Don J S L, en representación de J G C, Ó P G y E P G, presentó demanda de juicio ordinario contra ZURICH, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en la cual tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimó de aplicación solicitó se dicte sentencia en la que se condene a la demandada a abonar a los actores la cantidad reclamada de EUROS CON CÉNTIMOS DE EURO (XXX.XXX,XX euros) o subsidiariamente las cantidades que el juzgado estime más ajustadas a derecho, con los intereses moratorios del artículo 1.108 del Código civil, desde la interpelación judicial, y los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro, con imposición de costas si se opusiere, a la demandada.





**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la demanda por Decreto de 4 de diciembre de 2014, se emplazó a la demandada para que contestara en veinte días. El día 16 de enero de 2015 la demandada, a través de la Procuradora de los Tribunales Doña E C L , contestó a la demanda y suplicó el dictado de sentencia por la que se desestime totalmente la demanda con expresa imposición de costas a la actora.

**TERCERO.-** Mediante diligencia de ordenación de 26 de enero de 2015 las partes fueron convocadas al acto de la audiencia previa, que tuvo lugar el día 26 de noviembre de 2015 a las 11:15 horas, con el contenido que consta en autos. Las partes fueron en dicha audiencia citadas para el acto de la vista, que tuvo lugar el día 21 de septiembre de 2016 a las 10:00 horas.

**CUARTO.-** En el acto del juicio fue practicada la prueba admitida en los términos que constan en la grabación de la misma, y quedó pendiente la formulación de conclusiones. Presentadas éstas por escrito, quedaron los autos conclusos y vistos para sentencia el 10 de octubre de 2016.

**QUINTO.-** En la tramitación del presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales salvo el plazo para resolver, por la carga de trabajo que soporta este órgano jurisdiccional que, según la Sección de Estadística del Servicio de Inspección del Consejo General del Poder Judicial, ha superado el indicador de resolución de asuntos para los Juzgados de su clase, en concreto en el año 2014 el 161%, en el año 2015 el 184% y en el año 2016 hasta el día 30 de junio el 205%.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** Objeto del proceso y objeto del debate. La parte actora, con base en los artículos 1.100 y siguientes del Código civil, ejercita la acción directa del artículo 76 de la Ley del Contrato del Seguro frente a la aseguradora de la responsabilidad civil del servicio prestado por el Servei



Català de la Salut con base en la negligente prestación de servicios médicos por parte de los facultativos que atendieron al esposo y padre de los actores en sus ingresos hospitalarios en el Hospital de M los días 29 de noviembre de 2013 y 1 de diciembre de 2013, que se concretó en un retraso injustificado en el diagnóstico de su enfermedad y el consecuente fallecimiento el 6 de diciembre de 2013 de Don J P M .

Según la versión de los hechos de la demanda, el fallecido Don J P M , que tenía antecedentes patológicos de hipercolesterolemia, lumbalgias de repetición y cólicos renales recurrentes, ingresó el 29 de noviembre de 2013 en el servicio de urgencias del Hospital de M a las 09:32 horas por presentar dolor de riñón que se orientó como cólico nefrítico derecho con sensación nauseosa, con anotación de la expresión "*sense febre ni hematuria*" pese a que no se le tomó la temperatura ni se le hizo analítica en sangre ni de orina. Se le realizó una radiografía que informa de "litiasis calicular D" o urolitiasis. Tampoco se le tomó la tensión arterial, sino que se le administró a las 10 horas Voltaren (diclofenaco) y a las 10:45 se le tomaron por única vez las constantes vitales, que evidenciaron una baja tensión arterial (TA) a 88/55 y se le administró de nuevo una ampolla de diclofenaco y se dio el alta al paciente, con la prescripción de "calor local, ibuprofeno o diclofenaco o enantyum". Entiende la parte actora que en esta atención en el servicio de urgencias se produjo una falta de medios a disposición del paciente e incumplimiento de los protocolos de actuación, pues no se tomó ni la temperatura ni se realizó hemograma ni sedimento de orina, ni tampoco se practicó actividad alguna para saber si la litiasis obstruía o no la vía urinaria pese a haber sido diagnosticadas piedras en los riñones o las vías urinarias ni se tomó la tensión al paciente antes de suministrarle la primera dosis de diclofenaco, ni tampoco se le volvió a tomar para comprobar la persistencia de la tensión muy baja de 88/55, lo cual era de vital importancia por ser la tensión arterial uno de los primeros síntomas clínicos en situaciones de respuesta inflamatoria sistémica por infección. En consecuencia, entiende la parte actora que se dio de alta al paciente desconociendo si presentaba infección o no, y sin informarle de que acudiera al hospital de forma urgente en caso de presentar los síntomas





habituales de una infección de tracto urinario. Todo ello con base en los documentos 2 y 3 de la demanda, informe de urgencias y hoja de enfermería de 29 de noviembre de 2013.

El 1 de diciembre de 2013 el paciente ingresó a las 16:15 horas en el mismo Hospital de M , por presentar "vómitos y diarreas frecuentes de 48 horas de evolución, sin restos patológicos, acompañadas de fiebre de hasta 39º con escalofríos y mal estado general". Entonces se diagnosticó "IRA -insuficiencia renal aguda- probablemente obstructiva". A las 17:00 horas consta toma de constantes, destacando TA 80/45, 36º de temperatura axilar, frecuencia cardiaca (FC) 115 y frecuencia respiratoria (FR) 28, con saturación basal de oxígeno al 96%. A la exploración abdomen represible, doloroso a la palpación en marco cólico, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, por todo lo cual considera la actora que el paciente presentaba Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS). A las 17:15 horas se realiza analítica indicativa de que también se estaba produciendo una coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria a la sepsis que presentaba el paciente, siendo que a las 18:00 horas el doctor B , de medicina interna, diagnostica, después de visitar al paciente y a la vista de los resultados de la prueba, sospecha de IRA que comenta con cirugía para valorar traslado al Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTIP), pues el Hospital de M no disponía de especialista urólogo los fines de semana, falta de disponibilidad de especialista que se conocía desde el ingreso del paciente a las 16:15 horas. Se inicia a las 18:00 horas tratamiento con sueroterapia, primperam y antibiótico. A las 18:30 horas el Dr. P anota la existencia de probable shock séptico secundario a uropatía obstructiva, contacta con el servicio de urología del HUGTIP, que recomienda realizar TAC previo a la derivación, TAC que se realiza a las 19:06 horas y evidencia "presencia de múltiples litiasis renales derechas, la de mayor medida en pelvis renal derecha, parcialmente obstructiva, como moderada dilatación y cierta trabeculación de grasa perirrenal. No se puede descartar pielonefritis, sin contraste intravenoso". Y se anota ingreso en UCI, que la demanda sostiene que no se produjo por no moverse de urgencias el paciente.

A las 20:00 horas del 1 de diciembre de 2013 se realizó



nuevo control analítico del paciente que evidenció un empeoramiento general de su estado, con mayor acidosis metabólica y empeoramiento de la insuficiencia renal y ácido láctico elevado con plaquetopenia extrema en 19, y el Dr. P C F, cirujano general, anota seguimiento y evolución, la orientación diagnóstica de shock séptico secundario a pielonefritis obstructiva derecha, contacta con urología del HUGTIP y solicita derivación vía SEM medicalizada. A las 20:52 se anota que el paciente sigue ingresado pendiente de ir a Can Ruti para valoración de urología y a las 23:30 horas se anota que a las 23:00 "viene el SEM a buscarlo para llevarlo a urología de Can Ruti". Se aportan como documentos 4 a 24 informes médicos y analíticas practicadas al paciente desde su ingreso en el Hospital de M el 1 de diciembre de 2013 a las 16:15 horas hasta su traslado al HUGTIP el mismo día a las 23:00 horas, y la actora concluye que en este día también se produce falta de medios en la atención al paciente, por no disponer el Hospital de M de urólogo de guardia, y por retrasarse de modo injustificado el traslado al hospital que podría haber tratado al paciente, por falta de activación del traslado al HUGTIP hasta las 22:45 horas y traslado efectivo del paciente a las 23 horas, esto es, siete horas después de su llegada a urgencias, siendo que la patología se sospechó a las 17 horas y fue confirmado a las 19 horas que el tratamiento urgente e inmediato requerido era la desobstrucción de la vía urinaria derecha mediante catéter doble j derecho y la reposición hemodinámica, que no se hizo hasta las 00:30 horas en el HUGTIP. La actora también concluye que no se cumplieron los criterios de reanimación que establecen las guías de sepsis.

La parte actora narra en la demanda a continuación la asistencia sanitaria prestada al paciente en el HUGTIP desde el día 1 de diciembre de 2013 hasta su fallecimiento el 6 de diciembre de 2013, y aporta como documento 59 informe pericial emitido por la doctora M C C T, del que se colige que como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada al Sr. P no se pusieron los medios necesarios para diagnosticar a tiempo la infección, no se le dio el tratamiento antibiótico adecuado a tiempo, no fue visitado por personal especializado en urología, se produjo un retraso indebido en el tratamiento necesario una vez diagnosticada la infección para drenar la





obstrucción y se mantuvo indebidamente al paciente en el Hospital de M cuando éste carecía de los medios necesarios para el tratamiento urgente, por lo que la infección fue evolucionando inevitablemente, comprometiendo hora tras hora la vida del paciente de forma que cuando llegó al HUGTIP se encontraba en situación tan grave que a pesar de realizarle el drenaje de la vía urinaria finalmente se produjo el fallo multiorgánico por shock séptico refractario y el fallecimiento del paciente.

Sostiene también la parte demandante que ni al paciente ni a sus familiares se les informó de que el hospital no disponía de los medios necesarios para tratar la patología del paciente, ni tampoco de las consecuencias de dejarlo durante horas sin el tratamiento necesario, lo que condicionó que los ahora actores ni siquiera tuvieran la oportunidad de decidir el alta hospitalaria del Sr. P y su traslado urgente al HUGTIP, pues confiaron en que estaban en el hospital adecuado para el cuidado y atención de su padre y esposo, lo cual supone un supuesto de falta de consentimiento informado.

Con base en todo lo expresado, la parte actora valora el daño causado de conformidad con el baremo previsto en la Ley 34/2003, actualizado al año 2013, y reclama para J P C la cantidad de XXX.XXX,XX euros; para E P P la cantidad de XX.XXX,XX euros, y para Ó P P la cantidad de XX.XXX,XX euros, con los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de contrato de seguro desde la fecha del siniestro y las costas procesales.

La parte demandada se opone a la demanda. Alega que se realiza una interpretación sesgada y poco realista de los hechos, obviando que las enfermedades tienen carácter evolutivo y que la asistencia sanitaria debe responder a los síntomas y clínica que presenta el paciente en cada momento; que la demanda intenta transmitir la premisa de que si una infección de orina acaba en fallecimiento es porque ha existido necesariamente mala práctica médica y desconoce que la sepsis de origen urinario tiene una elevada tasa de mortalidad pese al empleo de todos los medios sanitarios al alcance; que prescinde de la decisión del paciente de no quitarse quirúrgicamente las piedras que tenía; que la



actora desconoce o prescinde de conocimientos médicos determinantes para valorar correctamente la asistencia médica prestada al paciente; que solicita la condena al pago de los intereses desde la fecha del siniestro cuando la demandada tuvo conocimiento del mismo en la fecha de recepción de la reclamación el 28 de julio de 2014; que solicita la aplicación de la teoría del daño desproporcionado cuando no es aplicable al caso y que en todo momento el paciente y su familia fueron informados del tratamiento, siendo que no se firmó consentimiento informado porque en el servicio de urgencias no está legalmente exigido. Concluye la demandada que en todo momento la actuación médica se ajustó a la *lex artis*, por lo que procede la desestimación de la demanda.

En cuanto a la asistencia del día 29 de noviembre de 2013, admite lo manifestado por la actora pero añade que, de haber habido obstrucción, con la administración de dos dosis de diclofenaco no habría habido la mejora sintomática que se produjo, así como que se practicó radiografía en la que se apreció la litiasis, pero también el igual tamaño de los dos riñones, lo que es un signo claro de que no existía en aquel momento ni obstrucción ni signos de posible infección compleja de orina o de pielonefritis, por lo que la actuación médica fue impecable y acorde con las guías de práctica clínica.

Respecto de la asistencia del día 1 de diciembre de 2013, señala que ya en el motivo de ingreso se aprecia que los síntomas son radicalmente distintos de los del día 29 de noviembre; que desde el inicio de la atención a las 17:00 horas -45 minutos después de su llegada- se le practicaron las pruebas necesarias para diagnosticar la enfermedad, lo que realizó el Dr. P y confirmó a las 18:00 horas el Dr. B, que ordenó el curso de hemocultivos para saber la bacteria infecciosa que afectaba al paciente y las pruebas de coagulación y en cualquier caso a las 18:00 horas ya administró antibiótico de amplio espectro, IMIPENEM, sensible a la bacteria *e.coli* que finalmente se confirmó, y se consultó al cirujano de guardia, Dr. P, para el traslado del paciente al HUGTIP; que el Dr. P, a las 18:30 horas confirmó el diagnóstico y visto el estado general de shock séptico solicitó el traslado al HUGTIP y el servicio de urología de este hospital les solicitó que





practicaran el TAC antes del traslado, lo que se hizo de manera que a las 19:06 horas ya se tenía el informe que confirmaba el diagnóstico inicial; que se solicitó ingreso a UCI a las 19:05 hasta que se pudiera realizar el traslado y que desde que ingresó en UCI a las 20:00 horas y hasta el traslado estuvo con las tensiones arteriales correctas y con diuresis correcta, por todo lo cual el paciente fue tratado y reanimado del shock séptico fulminante que padecía de forma correcta y ejemplar.

Sostiene la demandada que la demanda incurre en pluspetición por valorar el daño como si la enfermedad la hubiese causado el sistema público de salud, por lo que propone aplicar un factor de corrección con base en las probabilidades de supervivencia existentes según las estadísticas ante una sepsis tan grave. Y en cuanto a los intereses de demora, solicita que en su caso se apliquen desde el 28 de julio de 2014, fecha de la reclamación realizada por los actores.

A la vista de la demanda y de la contestación son hechos controvertidos la calificación de la praxis médica llevada a cabo en el Hospital de M con J P M los días 29 de noviembre de 2013 y 1 de diciembre de 2013, y en su caso la relación de causalidad entre el retraso diagnóstico y la remisión de J P M al Hospital Germans Trías y Pujol - Can Ruti el 1 de diciembre de 2013 y su fallecimiento el día 6 de diciembre de 2013.

Tales cuestiones deben resolverse de conformidad con el artículo 217 de la Ley de enjuiciamiento civil (en adelante, LEC), que establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda"*, y que *"Incumbe al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior"*. En tal sentido, conforme a consolidada y reiterada jurisprudencia, la acción de responsabilidad extracontractual del artículo 1.902 del CC exige para su éxito que se aprecie la existencia de tres requisitos, consistentes en una conducta u omisión negligente o culposa,



la producción de daños, y la relación de causalidad entre los daños y la conducta del agente. Para que se dé el primer elemento es preciso que el comportamiento desencadenante del evento sea calificable como antijurídico, es decir, que se produzca al menos la vulneración del principio genérico de no dañar a otro. Respecto del segundo elemento enunciado consiste, simplemente, en la causación de un perjuicio cierto derivado de la mencionada acción. Y por último, el nexo causal supone la existencia de una relación precisa entre acción u omisión y el daño o perjuicio, inspirándose para su apreciación en la valoración de las condiciones y circunstancias que el buen sentido señala, en cada caso, como índice de responsabilidad dentro del infinito encadenamiento de causas y efectos.

**SEGUNDO.- De la responsabilidad médica en general.** El tema de la responsabilidad médica en casos de negligencia ha sido tratado en reiteradas ocasiones por la Jurisprudencia.

En cuanto a la actividad médica, el Tribunal Supremo señala ya en sentencia de 26 de abril de 2007 que debe distinguirse entre medicina curativa o asistencial, básicamente de medios, y medicina satisfactiva, que, a diferencia de la curativa o asistencial, pretende un resultado concreto que el médico oferta al cliente, respondiendo la demanda del cliente más que a imperiosa necesidad de la salud del enfermo, a su voluntad de tratar una mejora corporal, estética o funcional del propio cuerpo, por lo que el resultado en la cirugía satisfactiva opera como auténtica representación final de la actividad que desarrolla el facultativo, ya que su obtención es el principal cometido de la intervención y sin descartar los componentes aleatorios de riesgo que toda intervención médica puede llevar consigo.

Respecto de la medicina curativa, es doctrina reiterada que la responsabilidad médica sólo puede apreciarse cuando existe culpa o negligencia por parte del facultativo, que se concreta en la infracción de la *lex artis* ad hoc (reglas del oficio adecuadas al caso). No es aceptable la objetivación de la responsabilidad en un sistema de responsabilidad subjetiva o por culpa, como el que establece el artículo 1902 CC, ni tan siquiera mediante la doctrina del resultado





desproporcionado, que sólo es admisible como procedimiento racional encaminado por vía de inferencias lógicas a la demostración de la culpabilidad del autor del daño (SSTS de 30 de enero de 2004, 15 de febrero de 2006, 26 de julio de 2006, 18 de diciembre de 2006 y 14 de febrero de 2007, entre otras).

Como recuerda el Tribunal Supremo en sentencia de 7 de mayo de 2007, para que exista responsabilidad no es suficiente con el elemento de la negligencia, pues se requiere la existencia de un nexo de causalidad establecido entre la conducta culposa del agente y el daño padecido.

Las STS 230/2014, de 7 de mayo, y 517/2013, de 19 de julio han mantenido 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 sólo 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 exigibles 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". Así, en cualquier caso, la responsabilidad del médico no es de resultados, sino de medios, de modo que debe poner a disposición del paciente todos sus conocimientos y la diligencia necesarios en el desarrollo de sus funciones. Es decir, consiste en el desarrollo de una conducta diligente encaminada a conseguir el resultado previsto y se concreta en garantizar al enfermo el empleo de los medios adecuados, proporcionándole todos los medios que requiera según el



estado de la ciencia, y estén a disposición del médico, descartándose toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba.

La actuación médica del caso de autos debe considerarse como curativa y no satisfactiva, por pretender sanar una enfermedad que comprometía seriamente la vida del actor.

**TERCERO.- De la actuación médica realizada el viernes 29 de noviembre de 2013.** El punto de partida de la demanda es que se produjo un retraso en el inicio del tratamiento del Sr. J P M , por evaluación incorrecta de su situación clínica el día 29 de noviembre de 2013, cuando no se tuvo en cuenta la hipotensión no comprobada ni se realizaron pruebas complementarias como analítica en sangre y orina y ecografía abdominal ni TAC abdominal para descartar patología renal infecciosa complicada por el cólico renal que presentaba con litiasis derecha, diagnóstico inicial que según la actora habría evitado el resultado finalmente producido.

Como se ha dicho más arriba, para la exigencia de responsabilidad por un diagnóstico erróneo o equivocado debe partirse de sí el médico ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en el momento, para emitir el diagnóstico y descartar la patología más grave y dañosa, según la ciencia médica, para la salud del paciente. Así, se exige a la Administración sanitaria que sus profesionales ajusten su actividad a la praxis profesional, o en sentido negativo, que no actúen con mala praxis en cada caso concreto, entendida ésta como la comisión de errores, la utilización de métodos incorrectos, atendido el estado de la ciencia en el momento de los hechos, o la omisión de tratamientos o precauciones aconsejables al paciente. La actuación con mala praxis será antijurídica, contraria a derecho, y supondrá la causación de un daño que el paciente no tendrá la obligación de soportar. En otras palabras, es antijurídico el daño que no supera el parámetro de normalidad entendido como el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, que comprende todos los datos presentes en el circuito informativo de la





comunidad científica o técnica en su conjunto, teniendo en cuenta las posibilidades concretas de circulación de la información, lo que permitirá, en su caso, imputar la responsabilidad a la Administración pública sanitaria.

Respecto del estado de la ciencia en cuanto a la situación clínica del Sr. J P M, en el ingreso de 29 de noviembre de 2013 se le diagnostica cólico nefrítico derecho por litiasis calicilar (documento 2 de la demanda). La parte actora aporta como documentos 60 a 64 protocolos y estudios sobre el cólico renal, que deben analizarse para fijar cuál es el comportamiento exigible a los médicos que atendieron al Sr. P. A los efectos de la intervención el día 29 de noviembre de 2013 interesan los documentos 60, "Cólico renal: revisión de la literatura y evidencia científica", del año 2006, y el documento 63, "Atención de pacientes con cólico renal en el servicio de urgencias. Criterios de ingreso en la UCE", del año 2013.

El documento 60 dice respecto de la etiología del cólico renal que "en la gran mayoría de los pacientes, hasta un 90%, el cólico es debido a una obstrucción ureteral aguda por una litiasis", como sucedió en el caso de autos. En cuanto a la clínica, y a los efectos que interesan en este procedimiento, dice que "la sintomatología no urinaria más frecuentemente asociada suele ser digestiva, en forma de náuseas, vómitos y constipación por íleo reflejo. La fiebre no forma parte de la sintomatología del cálculo renal no complicado, aunque puede existir febrícula. Al explorar al paciente, palparemos un abdomen blando, sin signos de peritonismo... la suave percusión renal del lado afecto será positiva". En cuanto a las exploraciones complementarias dice que "En la mayoría de cólicos renales existirá hematuria macro o microscópica, aunque en un 9-33% de casos está ausente... La realización de una tira reactiva de orina será una prueba barata y suficiente en el estudio inicial de un cólico renal en el servicio de urgencias, ya que se demuestra más sensible que el recuento microscópico de hematíes en orina... Es también frecuente la presencia de leucocitos, aunque no exista infección asociada, consecuencia de la propia reacción inflamatoria, siendo la tira reactiva muy sensible y específica para detectar leucocituria... El análisis sanguíneo no será necesario en la evaluación de un cólico



renal simple, siendo de gran utilidad ante la sospecha clínica de un cólico renal complicado". Como exploraciones radiológicas contempla la radiografía simple de abdomen, ecografía abdominal ("Es un método incruento, rápido, portátil, repetible, relativamente barato... Nos aporta información sobre el estado de la vía por encima de la obstrucción, informando del grado de ectasia pielocalicial del riñón afecto (se considera que una separación mayor de 5 mm de los ecos en el seno renal constituye un signo indirecto de obstrucción), pudiendo diagnosticar, además, litiasis radiotransparentes no visibles en la radiografía simple, o procesos tumorales que comprometan el vaciado ureteral. El uso del Doppler permitirá estudiar el índice de resistencia renal (parámetro que permite detectar obstrucción con alta sensibilidad y especificidad, observándose una disminución del índice del riñón obstruido respecto al contralateral, y que incluso permitiría diferenciar, si el proceso es de instauración aguda o crónica) y la evaluación de los jets ureterales (presencia y simetría de los eyaculados de ambos uréteres). El análisis de estos parámetros permitiría detectar obstrucción renal aguda y al ofrecer resultados funcionales... Como deben transcurrir horas para que se desarrolle una pielocaliectasia manifiesta después de una obstrucción súbita e incluso completa, no resulta sorprendente que la ecografía pase por alto el 20-30% de las obstrucciones agudas causadas por un cálculo ureteral... De esta forma, su uso en el cólico renal simple no es obligado pero sí cuando el cuadro es complicado o con dudas diagnósticas de la causa obstructiva"), urografía intravenosa y TC helicoidal sin contraste, que es una modalidad precisa para la evaluación del cólico renal.

Por último, respecto del diagnóstico diferencial entre el cólico renal febril o la pielonefritis aguda obstructiva y la pielonefritis aguda simple, expresa que la primera suele iniciarse en forma de dolor lumbar de tipo cólico; presenta sintomatología vegetativa concomitante muy frecuente, síndrome irritativo miccional (no estranguria) coincidiendo o posterior al dolor lumbar por probable litiasis yuxtavesical y febrícula/ fiebre después de horas/días de iniciarse el dolor lumbar; se produce en pacientes con antecedentes personales/familiares de litiasis renal; con frecuencia la rx abdomen evidencia litiasis; la





ecografía suele mostrar ectasia de la vía y es una urgencia urológica y requiere drenaje de la vía (cateterismo ureteral vs nefrostomía percutánea). La segunda suele debutar en forma de síndrome miccional en las horas o días previos; continúa con dolor lumbar sordo y fiebre/afectación estado general precoz; la rx no evidencia litiasis y tira reactiva de orina habitualmente piúrica; concurren antecedentes personales de infecciones de tránsito urinario previas; hay ausencia de ectasia en la ecografía y el tratamiento es estrictamente médico (antibiótico). Y en materia de tratamiento expresa que *"El manejo conservador se considera la primera línea de tratamiento del cólico renal simple ya que dos tercios de las litiasis uretrales son expulsadas espontáneamente en las 4 semanas siguientes al inicio de los síntomas."*

El documento 63 en cuanto al diagnóstico del cólico nefrítico dice que se pueden indicar diversas exploraciones radiológicas no tanto para confirmar el diagnóstico como para establecer la causa, para después afirmar que el 90% de los cálculos son radiopacos y potencialmente visibles en una radiografía de abdomen que incluya riñones, uréteres y vejiga, y que debe realizarse ecografía urgente en casos de clínica prolongada o muy recidivante. En cuanto al tratamiento, expresa que *"los cólicos no complicados, en los que se prevé la posibilidad de expulsión del cálculo, pueden tratarse de forma ambulatoria. El tratamiento se basa en la administración de un antiinflamatorio combinado si se precisa con un analgésico durante 3-6 días"*. Se establece como tratamiento el diclofenaco, y como medidas generales la ingesta suficiente de líquidos si está indicado; la aplicación de calor local seco tópico o baño por inmersión en agua caliente; el reposo en cama durante las fases dolorosas y el control por el médico. Como criterios de ingreso en UCE establece la rebeldía al tratamiento ambulatorio correcto, sin fiebre ni masa renal palpable, y con diuresis conservada, por cuanto la persistencia del dolor hace sospechar el enclavamiento del cálculo y la obstrucción completa (con pruebas complementarias normales); la existencia de náuseas y vómitos que dificulten la administración de tratamiento por vía oral y la necesidad de vigilancia estrecha del paciente por situación socio-familiar.





La actora imputa a la demandada que no se tomó la temperatura al Sr. P ni se le realizó analítica de sangre y orina ni se tomaron las constantes vitales nuevamente antes de darle de alta pese a la aparente mejoría de los síntomas, pero en la página 3 del documento 3 de la demanda, hoja de enfermería, consta la anotación "no fiebre", de manera que debe entenderse que se le tomó la temperatura. Por otra parte, habida cuenta de los indicios descritos en el documento 60 para diferenciar entre el cólico renal febril o la pielonefritis aguda obstructiva y la pielonefritis aguda simple, en el informe de asistencia de urgencias (documento 2 de la demanda) consta como motivo de consulta lumbalgia derecha, con sensación de nauseas sin fiebre ni hematuria, con resonancia con resultado de litiasis calicular derecha y mejora sintomática con dos ampollas de diclofenaco. Resulta claro que pese a que no concurre fiebre, porque aparece horas o días después de iniciarse el dolor lumbar, sí concurren el dolor lumbar de tipo cólico, la sintomatología vegetativa, los antecedentes personales de litiasis renal y la evidencia radiológica de litiasis, síntomas todos ellos de la pielonefritis aguda obstructiva. Es decir, existen indicios suficientes como para haber podido sospechar en el primer ingreso del Sr. P que éste no padecía un simple cólico nefrítico de repetición, sino que podía tratarse de un cólico renal complicado o de una pielonefritis aguda obstructiva, lo cual podría haber sido confirmado en caso de haberse realizado análisis de sangre, que el documento 60 califica como "de gran utilidad ante la sospecha clínica de un cólico renal complicado". En el mismo sentido procede pronunciarse respecto de la falta de realización de ecografía abdominal, que como se ha visto suele mostrar ectasia de la vía y debe realizarse en casos de clínica prolongada o muy recidivante como la de autos.

En definitiva, se produjo una falta de diligencia en el primer ingreso hospitalario del Sr. P, por falta de realización del análisis de sangre y de la ecografía, ante la existencia de síntomas e indicios que debieron hacer sospechar del posible cólico obstructivo que aquél podía padecer ya en ese momento en una fase inicial, y que deberían haberse confirmado con la práctica de estas pruebas que no se realizaron y el mantenimiento del Sr. P en observación de la evolución de los síntomas. Considera este





juzgador que ante la pluralidad de indicios de la concurrencia de una pielonefritis aguda obstructiva, la mera mejora sintomática que se produjo con el suministro de dos ampollas de diclofenaco no justificaba el alta sin la realización del análisis de orina, la ecografía y la toma de las constantes antes del alta médica, elementos que, en su caso, habrían objetivado la evolución del Sr. P hacia la mejoría o el empeoramiento de su condición.

**CUARTO.- De la actuación médica realizada el domingo 1 de diciembre de 2013.** La actora sostiene que también hubo una defectuosa atención al Sr. P, por no disponer el Hospital de M de urólogo de guardia en fines de semana y festivos, y por retrasarse de modo injustificado el traslado al hospital que podría haber tratado al paciente, en concreto por falta de activación del traslado al HUGTIP hasta las 22:45 horas y traslado efectivo del paciente a las 23 horas, esto es, siete horas después de su llegada a urgencias, siendo que la patología se sospechó a las 17 horas y fue confirmado a las 19 horas que el tratamiento urgente e inmediato requerido era la desobstrucción de la vía urinaria derecha mediante catéter doble j derecho y la reposición hemodinámica, que no se hizo hasta las 00:30 horas en el HUGTIP, todo ello con incumplimiento de los criterios de reanimación que establecen las guías de sepsis.

En cuanto a la circunstancia de que el Hospital de M carece de urólogo de guardia en fines de semana y festivos, se trata de una cuestión de carácter estrictamente organizativo, y que atañe a la organización de los recursos públicos, lo cual no constituye materia propia de este orden jurisdiccional habida cuenta de que existe un protocolo de traslado de enfermos que requieran tratamiento urológico de guardia a centro hospitalario donde sí haya tal urólogo, siendo precisamente el objeto de este procedimiento determinar si este traslado se produjo en las condiciones que se prevén en el código intrahospitalario de sepsis.

En efecto, para valorar si el día 1 de diciembre de 2013 el actuar médico respecto del Sr. P en cuanto a la asistencia médica en el Hospital de M y al traslado al HUGTIP se ajustó al estado de la ciencia, debe estarse al Documento 64 b) de la demanda, documento de trabajo para el





manejo interhospitalario de la sepsis en formato código.

Sobre la sepsis grave el protocolo dice que su letalidad está afectada por factores no modificables (características del paciente, foco de infección, microorganismo responsable) y por factores modificables, siendo los más importantes el tiempo en restaurar la perfusión de los tejidos y la adecuación en el manejo del foco séptico (tiempo, cobertura y drenaje). El fracaso en la orientación y el manejo inicial tienen implicaciones evolutivas, aumentando sensiblemente la morbi-mortalidad.

El protocolo dice también que la sepsis grave presenta una evolución tiempo-dependiente, cuyo retraso en la identificación y administración del tratamiento adecuado conlleva una mayor severidad y significa una mayor morbimortalidad para el paciente y un mayor consumo de recursos para el sistema. Reconoce tres fases de especial importancia: detección precoz, fase inicial o resucitación y fase de apoyo órgano-específico.

En cuanto a la detección precoz, expresa que en todo paciente con una anamnesis compatible con un proceso infeccioso debe completarse una exploración física básica en busca de signos que puedan sugerir o asociarse a la disfunción de órganos o la mala perfusión sistémica (lo que ha sido analizado en el fundamento jurídico anterior, por corresponderse con la actuación médica del 29 de noviembre de 2012).

La fase inicial, que es la que tiene lugar el día 1 de diciembre de 2013, comprende el tratamiento antibiótico empírico eficaz y la resucitación hemodinámica, y se basa en cuatro pilares: detección precoz del grado de disfunción sistémica, resucitación hemodinámica cuantitativa, manejo del foco infeccioso (tratamiento antibiótico empírico eficaz y control del foco) y monitorización de la respuesta del paciente a las medidas iniciales. Estos objetivos deben cumplirse lo antes posible y siempre en las primeras seis horas.

Según el código citado, la gradación de la severidad del síndrome séptico supone la evaluación sistematizada del paciente para confirmar o descartar el síndrome infeccioso y





valorar el grado de disfunción sistémica generada por la infección, lo que puede requerir la solicitud de exploraciones complementarias (bioquímica, hemograma,...). La resucitación hemodinámica precoz y basada en objetivos ha demostrado reducir la mortalidad, y una determinación inicial de lactato es útil para identificar los pacientes tributarios de reanimación precoz y resulta un excelente marcador tanto de severidad como de respuesta al tratamiento, junto con otros objetivos como la Presión Arterial Media (PAM), presión venosa central (PVC), Diuresis y la Saturación arterial y venosa de oxígeno (SaO2 y SvO2). Dice el protocolo que para conseguir estos objetivos utilizaremos inicialmente descargas de cristaloides (30ml/Kg). La falta de respuesta a la reposición de volemia puede requerir más fluidos (cristaloides principalmente), vasoconstrictores (noradrenalina de elección) y/o concentrados de hematíes. Para administrar este tratamiento según objetivos predefinidos es necesaria la inserción de un catéter venoso central. Para la objetivación de los resultados debe atenderse a la monitorización horaria en la respuesta al tratamiento, pues permite detectar precozmente aquellos pacientes no respondedores.

En cuanto al manejo del foco infeccioso, dice el protocolo que las muestras deben obtenerse precozmente, de forma que no retrasen la administración del tratamiento antibiótico empírico. Conviene tomar 2 hemocultivos y una muestra del foco de infección. El tratamiento antibiótico empírico es necesario administrarlo antes de la primera hora y debe ser infalible. Para su indicación sólo dispondremos de información referente al foco infeccioso, riesgo de alergias y el riesgo de presentar infección por microorganismos multirresistentes. La tinción de Gram de las muestras no debe retrasar la administración del antibiótico empírico. Se recomienda que cada hospital disponga de una guía de tratamiento antibiótico empírico adaptada a su epidemiología. Según el protocolo el control del foco de infección es necesario hacerlo lo antes posible, idealmente antes de las 12 primeras horas.

Por último, la fase de soporte orgánico específico, tercera de las descritas, realizada con posterioridad al traslado del Sr. P al HUGTIP, en ella, ante una respuesta parcial o ante la presencia de disfunciones de



órgano a pesar de la resucitación inicial, el paciente requiere un incremento en la monitorización y / o el inicio de técnicas de apoyo órgano-específicas, como el manejo de la fluidoterapia, la administración de vasopresores e inotropos, ventilación mecánica, técnicas sustitutivas renales continuas, control glicémico y manejo del soporte nutricional.

La aplicación de este protocolo al caso de autos lleva a afirmar que el manejo de la fase inicial de resucitación (que comprende el tratamiento antibiótico empírico eficaz y la resucitación hemodinámica) había de realizarse en el tiempo de seis horas desde el ingreso del paciente. En este sentido, de los documentos 4 a 24 de la demanda resulta probado que el 1 de diciembre de 2013 consta en autos el ingreso del Sr. P a las **16:15 horas** en el mismo Hospital de M, por presentar "vómitos y diarreas frecuentes de 48 horas de evolución, sin restos patológicos, acompañadas de fiebre de hasta 39° con escalofríos y mal estado general", con diagnóstico de "IRA -insuficiencia renal aguda- probablemente obstructiva", con diagnóstico distinto del diagnóstico del día 29 de noviembre, que fue de cólico nefrítico derecho; toma de constantes a las **17:00 horas**, destacando TA 80/45, 36° de temperatura axilar, frecuencia cardíaca (FC) 115 y frecuencia respiratoria (FR) 28, con saturación basal de oxígeno al 96%. A la exploración abdomen represible, doloroso a la palpación en marco cólico, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, por todo lo cual considera la actora que el paciente presentaba Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS); a las **17:15 horas** analítica indicativa de que también se estaba produciendo una coagulación intravascular diseminada (CID) secundaria a la sepsis que presentaba el paciente, siendo que a las **18:00 horas** el doctor B, de medicina interna, diagnóstica, después de visitar al paciente y a la vista de los resultados de la prueba, *sospecha de IRA que comenta con cirugía para valorar traslado al Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTIP)*, pues el Hospital de M no disponía de especialista urólogo los fines de semana, falta de disponibilidad de especialista que se conocía desde el ingreso del paciente a las 16:15 horas. Se inicia a las **18:00 horas** tratamiento con sueroterapia, primperam y antibiótico. A las **18:30 horas** el Dr. P anota la





existencia de probable shock séptico secundario a uropatía obstructiva, contacta con el servicio de urología del HUGTIP, que recomienda realizar TAC previo a la derivación, TAC que se realiza a las **19:06 horas** y evidencia *"presencia de múltiples litiasis renales derechas, la de mayor medida en pelvis renal derecha, parcialmente obstructiva, como moderada dilatación y cierta trabeculación de grasa perirrenal. No se puede descartar pielonefritis, sin contraste intravenoso"*. Y se anota **ingreso en UCI**, que la demanda sostiene que no se produjo por no moverse de urgencias el paciente.

A las **20:00 horas** del 1 de diciembre de 2013 se realiza nuevo control analítico del paciente que evidenció un empeoramiento general de su estado, con mayor acidosis metabólica y empeoramiento de la insuficiencia renal y ácido láctico elevado con plaquetopenia extrema en 19, y el Dr. P C F , cirujano general, anota seguimiento y evolución, la orientación diagnóstica de shock séptico secundario a pielonefritis obstructiva derecha, contacta con urología del HUGTIP y solicita derivación vía SEM medicalizada. A las **20:52** se anota que el paciente sigue ingresado pendiente de ir a Can Ruti para valoración de urología y a las 23:30 horas se anota que a las **23:00** "viene el SEM a buscarlo para llevarlo a urología de Can Ruti". Se aportan como documentos 4 a 24 informes médicos y analíticas practicadas al paciente desde su ingreso en el Hospital de M el 1 de diciembre de 2013 a las 16:15 horas hasta su traslado al HUGTIP el mismo día a las 23:00 horas, y la actora concluye que en este día también se produce falta de medios en la atención al paciente, por no disponer el Hospital de M de urólogo de guardia, y por retrasarse de modo injustificado el traslado al hospital que podría haber tratado al paciente, por falta de activación del traslado al HUGTIP hasta las 22:45 horas y traslado efectivo del paciente a las 23 horas, esto es, siete horas después de su llegada a urgencias, siendo que la patología se sospechó a las 17 horas y fue confirmado a las 19 horas que el tratamiento urgente e inmediato requerido era la desobstrucción de la vía urinaria derecha mediante catéter doble j derecho y la reposición hemodinámica, que no se hizo hasta las 00:30 horas en el HUGTIP. La actora también concluye que no se cumplieron los criterios de reanimación que establecen las guías de sepsis.





Así, queda probado, por los documentos citados y por los testimonios en juicio de los doctores que trataron al Sr. P , que se cohonestan con los datos médicos de los documentos, que a los 45 minutos del ingreso se practicaron las primeras pruebas (17:15 horas, Dr. P ), y la administración de antibiótico de amplio espectro, IMIPENEM, sensible a la bacteria *e.coli* que finalmente se confirmó, a su vez dentro de la hora siguiente a la práctica de las pruebas (18:00 horas), con la primera valoración del objetivo terapéutico también a las 18:00 horas por el Dr. B , esto es, dentro de las tres primeras horas desde el ingreso. También queda probado que a las 18:00 horas se obtienen hemocultivos para saber exactamente qué bacteria infecciosa afectaba al paciente y se realizan pruebas de coagulación, con consulta al cirujano de guardia, Dr. P , para el traslado del paciente al HUGTIP; que el Dr. P , a las 18:30 horas confirma el diagnóstico y visto el estado general de shock séptico solicita el traslado del Sr. P al HUGTIP, esto es, nuevamente se adapta el diagnóstico y se inicia dentro de las 6 horas desde el ingreso la tramitación del traslado del paciente, al respecto de lo cual el servicio de urología del Hospital HUGTIP requirió la realización del TAC antes del traslado, lo cual se produjo de manera que a las 19:06 horas ya se tenía el informe que confirmaba el diagnóstico inicial. Se solicitó ingreso a UCI, servicio de medicina intensiva disponible en aquel momento, a las 19:05 hasta que se pudiera realizar el traslado, y, producido el ingreso en UCI a las 20:00 horas, hasta el traslado el Sr. P al HUGTIP, pendiente desde las 20:52 horas, documento 22 de la demanda, se controlaron permanentemente dentro de las 6 primeras horas desde su ingreso las tensiones arteriales y la diuresis, que implicaban que, aunque limitadamente, estaba respondiendo, con traslado a las 23:00 horas, es decir, 6 horas y 45 minutos desde su ingreso.

En definitiva, el día 1 de diciembre de 2013 el tratamiento que recibió el Dr. P en el Hospital de M se ajustó en esencia al protocolo "Código sepsis interhospitalario", pues en cuanto dependió de los profesionales del citado centro se cumplió con la temporización en el tratamiento establecida en el mismo (página 15 del documento 64 b) de la demanda), siendo que ya



en la segunda hora desde la hospitalización se intentó el traslado del Sr. P al HUGTIP, que contaba con especialista de urología en fin de semana, y hasta que se realizó el traslado la atención médica que le fue prestada se compadece con dicho protocolo. No procede apreciar, por tanto negligencia en la actuación de los profesionales del Hospital de M el día 1 de diciembre de 2013, al ser su actuación adecuada al protocolo y no haberse producido el traslado del Sr. P al HUGTIP dentro de las 6 horas siguientes al ingreso, sino a las 6 horas y 45 minutos de éste, por causa no dependiente de ellos.

**QUINTO.- De las consecuencias de la negligente actuación médica el 29 de noviembre de 2013.** La valoración conjunta de la prueba practicada, habida cuenta de la infracción de la *lex artis* en el tratamiento médico dispensado al Sr. P el día 29 de noviembre de 2013, ha demostrado, a tenor de lo expuesto en los fundamentos anteriores, la pérdida de la oportunidad en el diagnóstico de la pielonefritis obstructiva del riñón derecho, pues por falta de mantenimiento del Sr. P en observación, decisión que supuso ignorar el estado de la ciencia médica en el momento en cuanto a los síntomas que aquél presentaba, se produjo un retraso en el diagnóstico de su condición médica y en la instauración del tratamiento.

En efecto, el 29 de noviembre de 2013 se constató, en los términos expuestos en el fundamento tercero, la existencia de síntomas que pudieran asociarse como propios de una pielonefritis aguda obstructiva que exigían el mantenimiento del Sr. P en observación para su confirmación o descarte, lo cual no se verificó. En caso de confirmación, comoquiera que, de acuerdo con el documento 63 de la demanda ("Ingreso en UROLOGIA: - Situaciones clínicas que se pueden englobar bajo la denominación de cólico renal complicado: a. Cólico nefrítico séptico: Cuando al cuadro clínico descrito se asocian síntomas y signos de infección, de gravedad variable desde la pielonefritis al shock séptico..."), el cólico renal obstructivo es una urgencia urológica y requiere drenaje de la vía (cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea), de haberse mantenido en observación el Sr. P se habría diagnosticado el cólico obstructivo con anterioridad y se habría iniciado antes el



tratamiento y evitado la sepsis.

Así, existe una privación de expectativas, recogida en la "doctrina de la pérdida de oportunidad", que constituye, como afirma la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, Sección 6ª, de 7 de julio de 2.008 (recurso 4776/2004), con cita de la de 7 de septiembre de 2005 y otras: un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias (STS Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015).

En definitiva, se ha producido la pérdida de oportunidad cuyas consecuencias no pueden determinarse con seguridad, por cuanto no se puede afirmar que en todo caso el diagnóstico a tiempo hubiera evitado el fallecimiento del Sr. P , pero que en todo caso obliga a indemnizar los daños y perjuicios causados a los actores, cuyo esposo y progenitor se vio privado del tratamiento médico que le pudo ser aplicado.

En cuanto a las concretas consecuencias de la pérdida de oportunidad, se perdió la posibilidad de la evitación del shock séptico que produjo el fallecimiento del Sr. P , por lo que, no habiendo probado la parte actora que en todo caso se habría evitado dicho fallecimiento, considera este juzgador que la consecuencia indemnizatoria no puede ser la reclamada por los actores, que se corresponde con la imputación del fallecimiento del Sr. P en su totalidad a la pérdida de la oportunidad, sino a la mitad de lo reclamado, por entender que la posibilidad de curación fue, al menos, del 50%. A este respecto debe tenerse en cuenta que, pese a que no resulta aplicable al caso de autos, la disposición adicional tercera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre 2015 (en vigor desde el 1 de enero de 2016), indica que el sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria, y así ha sido realizado ya en la demanda y aceptado por la demandada.



En definitiva, procede estimar parcialmente la demanda y condenar a la demandada a indemnizar a los actores en las siguientes cantidades:

1.- A J P C , esposa de J P M , en la cantidad de EUROS CON DE EURO (XX.XXX,XX euros), 50% de lo inicialmente reclamado, XXX.XXX,XX euros.

2.- A E P P , hija de J P M , en la cantidad de EUROS CON CÉNTIMOS DE EURO (X.XXX,XX euros, 50% de lo inicialmente reclamado, XX.XXX,XX euros.

3.- A Ó P P , hijo de J P M , en la cantidad de EUROS CON CÉNTIMOS DE EURO (X.XXX,XX euros, 50% de lo inicialmente reclamado, XX.XXX,XX euros).

**SEXTO.- De los intereses de demora.** Procede la condena a la demandada ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., al pago de los intereses del artículo 20 de la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del contrato de seguro (en adelante, LCS), por cuanto en el presente proceso no es hecho controvertido la falta de consignación de la cantidad referida en el artículo 20 de la LCS. Será considerado día inicial del cómputo, a tenor del artículo 68 de la demanda, el 28 de julio de 2014, fecha de recepción por la demandada de la reclamación formulada por los actores, de conformidad con el artículo 20.6 de la LCS.

**SÉPTIMO.- De las costas procesales.** Atendida la estimación parcial de la demanda, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad, de acuerdo con el artículo 394.2 de la LEC.

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

**FALLO**

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





Que ESTIMO PARCIALMENTE la demanda interpuesta por  
 J G C , Ó G Y E P  
 G contra ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS,  
 S.A., y condeno a ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS,  
 S.A., a abonar a J G C la cantidad de  
 EUROS CON CÉNTIMOS DE EURO (XX.XXX,  
 XX euros); a Ó P G la cantidad de  
 EUROS CON CÉNTIMOS DE EURO  
 (X.XXX,XX euros); y a E P G la cantidad de  
 EUROS CON

CÉNTIMOS DE EURO (X.XXX,XX euros), así como al pago de  
 los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de  
 seguro respecto de estas cantidades desde la fecha de  
 comunicación del siniestro. Cada parte abonará las costas  
 causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Notifíquese esta resolución a las partes, haciéndoles  
 saber que contra la misma pueden interponer recurso de  
 apelación ante este Juzgado en el plazo de veinte días,  
 de conformidad con lo dispuesto en la LEC. Expídase testimonio  
 para incorporarlo a las actuaciones, llevándose el original  
 al libro de sentencias.

**Modo de impugnación:** recurso de **APELACIÓN** ante la Audiencia Provincial de  
 Barcelona (art.455 LEC).

El recurso se interpone mediante un escrito que se debe presentar en este Órgano  
 dentro del plazo de **VEINTE** días, contados desde el siguiente al de la notificación, en el  
 que se debe exponer las alegaciones en que se base la impugnación, citar la resolución  
 apelada y los pronunciamientos que impugna. Además, se debe constituir, en la cuenta  
 de Depósitos y Consignaciones de este Órgano judicial, el depósito a que se refiere la  
 DA 15ª de la LOPJ reformada por la LO 1/2009, de 3 de noviembre. Sin estos requisitos  
 no se admitirá la impugnación (arts. 458.1 y 2 LEC).

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

El Magistrado