

**Expediente 43417**

Cliente... : P V M , J O B V , F B V y M S  
B V  
Contrario : ZURICH COMPAÑIA DE SEGUROS y SERVEI CATALA SALUT ,  
Asunto... : JUICIO ORDINARIO 382/16 2G  
Juzgado.. : PRIMERA INSTANCIA 39 BARCELONA

**Resumen****Términos****27.12.2017 FINE REC. APEL.LACIÓ**

SERVICIOS  
JURÍDICOS  
VERDÚN S.L.

**JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS**

**Juzgado de Primera Instancia nº 39 de Barcelona**

Gran Via de les Corts Catalanes, 111, edifici C, planta 10 - Barcelona - C.P.: 08075

TEL.: 935549439 FAX: 935549539  
EMAIL: instancia39.barcelona@xij.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120168094315

**Procedimiento ordinario 382/2016 - 2G**

Materia: Juicio ordinario por cuantía

Cuenta BANCO SANTANDER: Beneficiario: Juzgado de Primera Instancia nº 39 de Barcelona  
Para ingresos en caja. Concepto: Nº Cuenta Expediente del Juzgado (16 dígitos)  
Pagos por transferencia IBAN en formato electrónico: E . Concepto: Nº Cuenta  
Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Parte demandante/ejecutante: P V M	Parte demandada/ejecutada: ZURICH COMPAÑIA DE
J O B V , F B V	SEGUROS Y REASEGUROS S.A., Servei Català de la Salut
M S B V	Procurador/a: J G I E , A F E
Procurador/a: J S L	Abogado/a: R V G
Abogado/a: Luisa Blanco	

**SENTENCIA Nº 213/2017**

En la ciudad de Barcelona, a 31 de octubre de 2017.

Vistos por mí, J M M B , Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia Número 39 de Barcelona, los presentes autos de juicio declarativo ordinario seguidos bajo el número 382/16, promovidos por los Sres. P V M , J O B V , F B V y M S B V , representados por el Procurador Sr. S L y defendidos por la Letrada Sra. Blanco Delgado, contra ZURICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA, representada por el Procurador Sr. F E y defendida por el Letrado Sr. V G , habiendo comparecido voluntariamente como demandado ex art. 13.1 de la LEC el SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, representado por el Procurador Sr. G i E y defendido por el Letrado Sr. O i S ; y

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Que en fecha 12 de mayo de 2016 tuvo entrada en este Juzgado una demanda de juicio declarativo ordinario interpuesta por los Sres. P V M , J O B V , F B V y M S B V , representados por el Procurador Sr. S L y defendidos por la Letrada Sra. Blanco Delgado, contra ZURICH, en reclamación de





XXX.XXX euros de principal, importe de los daños morales provocados a los actores por el fallecimiento el 23-12-2012 del Sr. F B D , marido y padre de aquéllos, respectivamente, como consecuencia de una deficiente atención médica llevada a cabo por el Hospital P T de Sabadell: ingresó a las 11,43 horas del 22-12-2012 en el servicio de urgencias, siendo diagnosticado de una contusión en la cara, se le sutura la herida y se le da el alta a las 13,50 horas con las recomendaciones de higiene de la herida y retirada de puntos en 10 días, con una deficiente valoración médica del paciente atendida su edad (83 años), antecedentes patológicos (Parkinson) y medicación que tomaba (anticoagulante Aterina), sin que se le interrogara sobre el modo del traumatismo, es decir, la causa de la caída, ni su posible asociación con una pérdida de memoria o de consciencia (muy probablemente la caída se debió a una pérdida de conciencia por un accidente cerebro vascular), sin que se le hiciera una correcta exploración neurológica, desconociéndose el Glasgow, que ni tan siquiera se valoró, incumpléndose los protocolos que exigían en un caso así la hospitalización bajo observación las 24 horas siguientes, debiendo haber tomado el personal sanitario una actitud más cautelosa y utilizado todos los recursos diagnósticos a su alcance para alcanzar un diagnóstico correcto y, en concreto, un TAC para averiguar si existía lesión neurológica, detectado la hemorragia y beneficiado el paciente del tratamiento que requería en tiempo suficiente como para poder tratarlo debidamente; a las 16,43 horas ingresó de nuevo de urgencias con un Glasgow de entrada de 5 (en casa, cuando se dispuso a comer, era incapaz de mantener la cuchara, que se le caía, desvaneciéndose a continuación), realizándosele un TAC craneal que evidenció una colección hemática intraparenquimatosa glanglio-capsulotalámica y mesencefálica protuberancial izquierda de 41x27x54 mm, que calculan es aproximadamente 31 cc, HSA focal frontal anterior izquierda y signos difusos de atrofia cerebral y leucoencefalopatía hipóxica, contusión de partes blandas de localización periorbitaria y fronto malar izquierda y dudosa fractura no desplazada del arco zigomático izquierdo; se decide no intervención quirúrgica, se le instauran medidas de confort e ingresa en unidad de paliativos, hasta que fallece a las 4,30 horas del 23-12-2012.

**SEGUNDO.-** La demanda formulada fue admitida a trámite por decreto de fecha 1 de julio de 2016 en el que se acordó, de conformidad con lo dispuesto por el art. 404 de la LEC, dar traslado de la misma a la demandada para que la contestara en el plazo de 20 días, lo que verificó por escrito de 6 de septiembre de 2016, oponiéndose a la demanda alegando, tras señalar que la normativa aplicable al caso es la propia del derecho administrativo y no la invocada en la demanda, que la asistencia inicial en urgencias fue correcta para el traumatismo facial que presentaba el paciente (y no un TCE) y su estado neurológico, no existiendo evidencias que hicieran sospechar la posible aparición de un AVC hemorrágico posterior a la caída, ni hay forma de demostrar su relación, no pudiéndose descartar que fuera espontáneo, aunque, en todo caso, de haberse ingresado al paciente y haberse realizado un TAC para alcanzar un diagnóstico lo más precoz posible, ello no habría cambiado el pronóstico vital ni neurológico del paciente, pues las características de la lesión que presentaba hacían imposible cualquier tipo de tratamiento, sosteniendo también la existencia de





pluspetición.

**TERCERO.-** Por diligencia de 13 de septiembre de 2016 se acordó citar a las partes a la audiencia previa legalmente establecida, acto que se desarrolló con el resultado que es de ver en los autos.

**CUARTO.-** Por escrito de 13 de septiembre de 2016 compareció voluntariamente como parte demandada ex art. 13.1 de la LEC el SERVEI CATALÀ DE LA SALUT.

**QUINTO.-** En fecha 6 de septiembre de 2017 tuvo lugar el juicio señalado, practicándose las pruebas declaradas pertinentes con el resultado que es de ver en los autos, quedando seguidamente las actuaciones conclusas para sentencia.

### FUNDAMENTOS JURÍDICOS

**PRIMERO.-** Los actores reclaman una indemnización por los daños morales provocados por el fallecimiento de su marido y padre, respectivamente, fallecimiento que se imputa al negligente retraso diagnóstico de una hemorragia que debió haberse diagnosticado en el primer ingreso si se le hubiera explorado correctamente, se hubiera valorado debidamente su tratamiento con anticoagulantes y no se hubiera prescindido de la prueba de un TAC, prueba que habría detectado la hemorragia, de modo que, al no ser evacuada, fue aumentando con las horas. De ahí que cuando se le hiciera el TAC, horas después, se evidenciara una gran hemorragia, hemorragia que, de haberse diagnosticado en el primer ingreso, se hubiera podido tratar a tiempo ... y haberse evitado el fatal desenlace.

Que en la primera asistencia en cuestión no se prestó una asistencia médica correcta o adecuada al Sr. B D es una circunstancia que se entiende suficientemente acreditada en los autos: así lo indican los dos peritos de los actores en el dictamen pericial acompañado a la demanda, concluyendo que la atención prestada no fue apropiada a normopraxis "lex artis ad hoc", al ser insuficiente, inadecuada al caso concreto, tanto en la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias, atendiendo a la Historia Clínica, los numerosos factores de riesgo de ACV y documental presentada a estos peritos; y así lo sostiene también uno de los dos peritos aportados por la aseguradora demandada, el Dr. C, que señala en su dictamen que la atención urgente de las 11:43h ... debería haber incluido el ingreso del paciente para observación durante 24h y la realización de un TAC craneal. El criterio de esta afirmación viene de la existencia de dos factores de riesgo de hemorragia intracraneal tras sufrir un traumatismo craneal: la edad del paciente de 83 años y el tratamiento con





anticoagulantes. Estos dos criterios hacen que no podamos considerar leve este traumatismo y derivarlo a domicilio (sólo el otro perito de la demandada, el Dr. B , mantiene en su dictamen que no evidencia defectos en la praxis médica desde su ingreso ).

En cambio, no se observa suficientemente justificado que pueda atribuirse el fallecimiento del Sr. B D al retraso diagnóstico de la hemorragia o, dicho de otro modo, que de haberse diagnosticado la hemorragia en el primer ingreso se hubiera podido tratar a tiempo ... y haberse evitado el fatal desenlace : ni así lo indican los peritos de la demandada, que mantienen que haber hecho el TC craneal y haber mantenido al paciente en observación, no hubiera cambiado la evolución ni el pronóstico del paciente, ni el desenlace final. La única opción ante una hemorragia cerebral hubiera sido el drenaje quirúrgico y éste estaba contraindicado por la localización y tamaño de la hemorragia (Dr. B ), que aún cuando el paciente hubiera estado ingresado en el hospital, la rápida entrada en coma y la localización profunda (ganglios de la base y tronco cerebral) son dos factores que por sí mismos hacen que NO haya indicación de tratamiento quirúrgico del paciente , que aún cuando se hubiera realizado un TAC craneal inicialmente, nunca se hubiera indicado cirugía preventiva en un paciente con una situación neurológica en la que se halle consciente y orientado. Ante un deterioro brusco del nivel de conciencia como el que ocurrió, también se hubiera tenido que repetir el TAC craneal para poder diagnosticar la causa del deterioro del paciente , que la realización de un TC craneal inicial y el ingreso en urgencias del paciente NO hubieran cambiado el pronóstico vital ni neurológico del paciente, ya que este pronóstico lo condiciona la aparición de un hematoma intracerebral espontáneo unas horas después, que en ningún caso se hubiera tratado quirúrgicamente (Dr. C .); ni así lo sostienen tampoco los propios peritos de los actores en su informe, en el que señalan una mala praxis médica por imprudencia sometiendo al paciente a un retraso en su diagnóstico de Hemorragia Intracerebral y con ello a una pérdida de oportunidad a ser sometido a un tratamiento quirúrgico que hubiera aumentado sus posibilidades de supervivencia , que la realización de un TAC en la hora inicial -o en su defecto, como mínimo, mantener ingresado en observación al paciente-, hubieran puesto de manifiesto la hemorragia cerebral incipiente y hubiesen mejorado altamente las expectativas de mortalidad y morbilidad con una cirugía de emergencia , que la hemorragia intracerebral constituye una emergencia neurológica, por lo que su rápido diagnóstico y manejo es fundamental debido a que ... es frecuente el empeoramiento clínico durante las primeras horas de evolución ... factor que se asocia de manera directa con un peor pronóstico funcional. Por consiguiente, el retraso diagnóstico, en este caso, de más de 5 horas, reduce prácticamente a cero las posibilidades de supervivencia, incluso con





una adecuada intervención quirúrgica ... Es por consiguiente ... una clara pérdida de oportunidad para el difunto paciente Sr. F. B , el retraso diagnóstico entre la primera asistencia a Urgencias , para terminar concluyendo que la no realización de un TAC en la primera asistencia, además de la falta de exploración neurológica ... generó un retraso diagnóstico de más de 5 horas, lo que conlleva una pérdida de oportunidad en la supervivencia y morbilidad de los ACVs, por encima del 30%, superada la primera hora de asistencia adecuada , esto es, que la realización de un TAC en la primera hora de ingreso hubiese puesto de manifiesto la Hemorragia intracerebral que venía sufriendo, permitiendo aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente, reduciendo claramente la morbilidad y mortalidad (en la demanda se imputa también a la demandada un defecto asistencial que afectaría a su responsabilidad civil consistente en la falta de consentimiento informado, pues tanto al paciente como a su familiar, se les negó el derecho a la información asistencial , dado que al alta del primer ingreso, ni al paciente ni a su hijo, se les informó que, por su edad, patologías previas y tratamiento con anticoagulante, el paciente podría sufrir una hemorragia. Tampoco se le informó que no se había hecho la prueba necesaria para descartar un proceso hemorrágico , alegaciones, sin embargo, que no parece que puedan ser acogidas en la medida en que se sustentan precisamente en el otro defecto asistencial que se denuncia, en el retraso diagnóstico de la hemorragia, lo que no resulta lógicamente compatible).

**SEGUNDO.-** En la contestación se esgrime precisamente la doctrina de la pérdida de oportunidad para el negado supuesto de que por la actora se demostrase la concurrencia de mala praxis, por (no) haber sido el tratamiento dispensado al Sr. B el adecuado, demostrando así mismo que otro tipo de tratamiento podía haber evitado el fatal desenlace , aunque, como pone de manifiesto la propia cita jurisprudencial realizada en dicho escrito, para la aplicación de la doctrina referida no se requiere que la parte actora demuestre que otro tipo de tratamiento podía haber evitado el fatal desenlace , sino que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda reconocer una indemnización en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió , pues acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea, o que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación .

Aunque, como señala en su informe el Dr. C , el uso de la cirugía es esgrimido en la pericial (contraria) ... como el acto terapéutico esencial que no se ha podido utilizar para cambiar el rumbo de los





acontecimientos , los peritos de los actores matizaron su posición en el acto del juicio aludiendo a que, al desconocerse la verdadera situación del paciente tras la primera asistencia (o, incluso, durante la primera asistencia), se desconoce si era indicada o no la práctica de una intervención quirúrgica, haciendo hincapié en cambio, tras sostener que había muchas cosas que se podían haber intentado y algunas podrían haber resultado exitosas, en una serie de actuaciones terapéuticas -no quirúrgicas- concretas, fundamentalmente intentar bajar la presión intracraneal sin bajar la presión de perfusión cerebral por debajo de los factores de seguridad y controlar la presión arterial media para aplanar la pendiente de ascenso de la fase anácrota, que es lo que rompe las arterias, lo que podría haber ralentizado o detenido el daño cerebral.

El perito de la demandada Dr. B , aunque señaló en el acto del juicio que había pacientes con hematoma cerebral parecido que cumplen criterios para ser tratados y a los cuales es posible ponerles una presión intracraneal, entubarlos, ingresarlos en la UCI, fue tajante al mantener que el Sr. B no cumplía los criterios clínicos para adoptar medidas terapéuticas adicionales, más que las de confort, que fueron las que se adoptaron.

El otro perito de la demandada, el Dr. C , señala en su informe pericial que en una situación postraumática, sólo son hipotéticamente susceptibles de evacuación quirúrgica las lesiones en las que coincidan: -una localización favorable en la superficie cerebral ... vs una lesión profunda (en los ganglios de la base y el tronco cerebral). Tampoco es favorable una localización en el hemisferio izquierdo vs derecho ... -una situación de afectación neurológica progresiva (lenta) ... vs una instauración de un coma muy rápido , que difícilmente se va a plantear una cirugía en un paciente que sangra dentro del propio cerebro, con anticoagulación, por debajo de un Glasgow de 8 (coma profundo), situación en la que entró el Sr. B de forma muy abrupta, en pocos minutos, tal y como recoge el SEM y el segundo informe de urgencias. Esta decisión terapéutica es independiente de que se halle o no en el hospital y se haya hecho o no un TAC previo, en el que se viera o no imágenes de traumatismo intracraneal. El deterioro fue demasiado brusco se hallare en el hospital o no. Es ante lesiones potencialmente quirúrgicas y NO en un hematoma de los ganglios de la base y tronco cerebral, donde toma relevancia la realización de un TAC craneal, ya que es donde puede cambiar la actitud terapéutica, incidiendo en la evolución del paciente. En estas circunstancias y NO en el tipo de hematoma (ganglios de la base y control cerebral + bajada brusca de un Glasgow alto de 15 a uno de menos de 8) que sufrió el Sr. B , que podía haberse planteado una actuación quirúrgica en algún momento evolutivo y que la TAC craneal que se hizo posteriormente, objetiva una localización del hematoma que es profunda en ganglios de la base izquierdos del cerebro.





Este dato es trascendente para el manejo quirúrgico de un hematoma cerebral, ya que no suele tratarse mediante una evacuación quirúrgica, dado el gran riesgo funcional de la misma ... en definitiva, ante un paciente con este buen estado neurológico y esta mala localización del hematoma, con gran riesgo funcional quirúrgico, no se hubiera indicado ninguna cirugía de evacuación del mismo, ni con el hematoma más grande ni más pequeño .

En el acto del juicio, el citado Dr. C siguió rechazando la opción o el remedio quirúrgico, pero cuando se le preguntó si se habría podido tratar de evitar la presión intracraneal para evitar la evolución del hematoma, contestó que no porque el problema apareció bruscamente, añadiendo más tarde que si el enclavamiento es muy rápido es muy parecido que el paciente esté ingresado o no (luego, *a sensu contrario*, parece que cabe inferir razonablemente que no sería del mismo modo si el problema no hubiera aparecido bruscamente, si el enclavamiento no hubiera sido muy rápido).

En el supuesto enjuiciado resulta, sin embargo, que al no haber quedado ingresado el Sr. B D tras la primera asistencia, no sólo no hay constancia efectiva de si en ese momento se había desencadenado ya o no la hemorragia y, en caso afirmativo, de su extensión, sino que tampoco se dispone, por idéntica razón, de su curso clínico hasta que se llevó a cabo la segunda asistencia, prácticamente 3 horas después de haber sido dado de alta (y 5 horas después de haber acudido por primera vez al centro hospitalario), no habiendo así constancia *facultativa* de su evolución en el interin.

Por tanto, las consideraciones efectuadas por el Dr. C en su informe sobre que el Sr. B entró en coma de forma muy abrupta, en pocos minutos , sobre que el deterioro fue demasiado brusco , sobre una bajada brusca de un Glasgow alto de 15 a uno de menos de 8 , se asientan en un relato (el de la demanda) que no es médico, que no es técnico, y que no parece entonces que pueda desvirtuar la existencia de la *cierta probabilidad* que defienden los peritos de la parte actora de que un desempeño facultativo diferente hubiera podido evitar el fallecimiento.

En fin, es verdad que la tesis de los peritos de la parte actora parece asentarse esencialmente sobre la hipótesis de que el empeoramiento hubiera sido progresivo, pero el hecho de que se desconozca verdaderamente la evolución del estado del Sr. B entre la primera y la segunda asistencia como consecuencia del defecto asistencial producido, cuando no sería así si hubiera quedado ingresado como hubiera debido serlo, no parece que sea una circunstancia que pueda o deba valorarse en perjuicio precisamente de la parte actora.



**TERCERO.**- La valoración en conjunto de las consideraciones efectuadas en el fundamento jurídico anterior conducirá así a estimar suficientemente justificada la existencia de la *cierta probabilidad* que defienden los peritos de la parte actora de que un desempeño facultativo diferente hubiera podido -en palabras del Dr. C - cambiar el rumbo de los acontecimientos, o cuanto menos, que la dificultad de acreditar la existencia efectiva de esa *cierta probabilidad* no puede hacerse recaer procesalmente en la parte actora, sino en la adversa (en su asegurada), al traer causa precisamente del defecto asistencial producido, al ser consecuencia de no haber quedado ingresado el Sr. B tras la primera asistencia que se le prestó en el Hospital, de modo que entonces parece procedente en cualquier caso reconocer a los actores una indemnización equivalente al 30% (que es el único porcentaje concreto de pérdida de oportunidad en la supervivencia barajada por los peritos, en este caso, de la propia parte actora) de las cuantías consignadas en el *baremo* correspondiente al año del fallecimiento del Sr. B, que es el elemento o instrumento que debe tenerse en consideración a tales efectos, una vez que la parte actora reclama la aplicación por analogía del baremo de los accidentes de tráfico, en lugar del baremo instaurado por la ley 35/2015, de 22 de septiembre, que no entró el vigor hasta el año 2016.

Por tanto, la demandada deberá abonar a la Sra. V M la suma de XX.XXX,XX euros, y a cada uno de los Sres. B V, la cantidad de X.XXX,XX euros, importes que devengarán intereses *ordinarios* y no los del art. 20 de la LCS, en aplicación de lo dispuesto por su apartado 8º, pues la complejidad del supuesto enjuiciado así parece imponerlo, pudiendo citarse aquí en dicho sentido, por ejemplo, la reciente sentencia de la AP de Barcelona de fecha 2-11-2016, Sección 13ª, que señala que es igualmente doctrina comúnmente admitida que la aplicación de tal interés no es procedente cuando la cuantía indemnizatoria tiene una causa no predeterminada con exactitud en cuanto a su origen, alcance, y efectos (Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de febrero de 1993;RJA 799/1993); cuando se da una situación de incertidumbre, duda racional, o discrepancia razonable en torno a la procedencia o no de la cobertura del siniestro (Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2001;RJA 6634/2001); cuando no están determinadas las causas del siniestro y por lo tanto se desconoce razonablemente la cuantía de la indemnización, o cuando la complejidad de las relaciones habidas entre las partes excluyan la fácil determinación de la cantidad realmente adeudada, aunque la mera iliquidez no sea por sí misma excusa razonable para que el asegurador pueda demorar el pago (Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 2004;RJA 7877/2004); o cuando existe la negativa de asunción de responsabilidad por parte del asegurado, por cuanto la conducta de la aseguradora, coherente con esa manifestación, no puede ser otra que la de oponerse a la





reclamación de los perjudicados, al no proceder la admisión por su parte de la existencia de una responsabilidad que su asegurado niega (Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 2003;RJA 6995/2003) .

**CUARTO.-** De conformidad con lo dispuesto por el art. 394 de la LEC, no se efectúa expresa condena en costas.

Vistas las normas jurídicas citadas y demás de pertinente y general aplicación,

### FALLO

Que debo estimar y estimo parcialmente la demanda formulada por los Sres. P V M , J O B V , F B V y M S B V , representados por el Procurador Sr. S L , contra ZURICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA, representada por el Procurador Sr. F E , habiendo comparecido voluntariamente como demandado ex art. 13.1 de la LEC el SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, representado por el Procurador Sr. G i E , y en su consecuencia, condeno a la aseguradora demandada a abonar a la parte actora la suma de XX.XXX,XX euros, más intereses correspondientes; sin expresa condena en costas.

Notifíquese la presente resolución a las partes y hágaseles saber que la misma no es firme y cabe interponer recurso de apelación ante este Juzgado en el plazo de los veinte días siguientes a su notificación.

Así por ésta mi sentencia, de la que se expedirá testimonio para su unión a los autos, notificación y cumplimiento, lo pronuncio, mando y firmo.

