

# Sección nº 04 de la Audiencia Provincial de Barcelona. Civil

Calle Roger de Flor, 62-68, pl. 1 - Barcelona - C.P.: 08013

TEL.: 935672160

FAX: 935672169

EMAIL:aps4.barcelona@xij.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120168041556

## Recurso de apelación [REDACTED]/2017 -J

Materia: Juicio Ordinario

Órgano de origen: Juzgado de Primera Instancia nº 43 de Barcelona

Procedimiento de origen: Procedimiento ordinario [REDACTED]/2016

Parte recurrente/Solicitante: [REDACTED],

[REDACTED],

Procurador/a: Francesc [REDACTED]

Abogado/a: MARGARITA MARTIN FILGUEIRA

Parte recurrida: ZURICH ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS

Procurador/a: Alejandro [REDACTED]

Abogado/a: [REDACTED]

## SENTENCIA Nº [REDACTED]/2018

### Magistrados:

- Vicente Conca Perez
- Jordi Lluís Forgas Folch
- Mireia Rios Enrich

Barcelona, 23 de marzo de 2018

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.** En fecha 15 de mayo de 2017 se han recibido los autos de Procedimiento ordinario [REDACTED]/2016 remitidos por Juzgado de Primera Instancia nº 43 de Barcelona a fin de resolver el recurso de apelación interpuesto por e/la Procurador/a Francesc [REDACTED], en nombre y representación de [REDACTED] contra Sentencia - 07/12/2017 y en el que consta como parte apelada e/la Procurador/a Alejandro [REDACTED], en nombre y representación de ZURICH ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.

**SEGUNDO.** El contenido del fallo de la Sentencia contra la que se ha interpuesto el recurso es el siguiente:

DESESTIMO LA DEMANDA interpuesta por el Procurador Sr. [REDACTED] en representación de [REDACTED] Y [REDACTED] contra ZURICH, ESPAÑA COMPAÑIA DE SEGUROS Y





REASEGUROS, S.A., representada por el Procurador Sr. [REDACTED] con condena en costas a la parte demandante.

**TERCERO.** El recurso se admitió y se tramitó conforme a la normativa procesal para este tipo de recursos.

Se señaló fecha para la celebración de la deliberación, votación y fallo, que ha tenido lugar el día 20/03/2018.

**CUARTO.** En la tramitación de este procedimiento se han observado las normas procesales esenciales aplicables al caso.

Se designó ponente a la Magistrada Mireia Rios Enrich .

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

#### **PRIMERO.- Posiciones de las partes, decisión de la juez y recurso.**

DOÑA [REDACTED], DOÑA [REDACTED] y DON [REDACTED] presentan demanda de juicio ordinario de reclamación de cantidad contra ZURICH INSURANCE P.L.C. SUCURSAL EN ESPAÑA, en ejercicio de acción directa contra la compañía aseguradora del causante de los daños por los que se reclama, en este caso, el HOSPITAL de TERRASSA integrado en el CONSORCI INTEGRAL DE TERRASSA, como consecuencia de la deficiente atención médica llevada a cabo en el referido hospital, al haberse producido un retraso diagnóstico de la patología que conllevó el fallecimiento de DOÑA [REDACTED] madre de los demandantes, el cual podía haberse evitado de instaurarse los cuidados debidos y el tratamiento adecuado a la dolencia que le afectaba.

Tras exponer los hechos y los fundamentos de derecho en los que fundan su reclamación, solicitan se dicte sentencia por la que se condene a ZURICH INSURANCE P.L.C. SUCURSAL EN ESPAÑA a abonar a los demandantes la cantidad de 76.690,12 euros, con los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, con imposición de costas si se opusiese a la demanda.

La demandada ZURICH INSURANCE P.L.C. SUCURSAL EN ESPAÑA se opone a la demanda presentada alegando: 1) Zurich ha sido demandada en el presente procedimiento como aseguradora del Servei Català de la Salut por la asistencia sanitaria pública prestada en el Hospital de Terrassa a la paciente [REDACTED] por lo que debe estarse a lo regulado por el Derecho Administrativo y no por la normativa civil, concretamente por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, así como, por las demás normas que la desarrollan y su jurisprudencia. 2) Se niegan todos y cada uno de los hechos de la misma, en tanto no vengan expresamente reconocidos en la contestación. Se remite a la documentación clínica aportada con la demanda respecto a la sucesión de los hechos. 3) No ha tenido intervención alguna en





los hechos, no teniendo conocimiento de los mismos hasta ser emplazada en la presente demanda, el día 24 de marzo del año 2.016. 4) La demandada se pronunciará sobre la praxis médica y la asistencia recibida, así como, sobre las consecuencias de dicha asistencia, una vez se disponga del Dictamen Pericial del especialista, cuya aportación se anuncia conforme al artículo 337 de la LEC. Se alega que el fallecimiento de la paciente no lo provocó la asistencia sanitaria prestada. La causa de la muerte fueron las complicaciones derivadas de una entidad clínica, muy poco frecuente, el hematoma de recto. Por lo que, en todo caso, estamos hablando de una pérdida de oportunidad terapéutica por retraso en la asistencia recibida. Pérdida de oportunidad que Jurisprudencialmente determina la aplicación de un porcentaje de reducción sobre la indemnización que correspondería en el supuesto de haber sido el fallecimiento, causado por una mala praxis asistencial. 5) Corresponde a la actora la carga de probar que ha sido precisamente el actuar negligente que atribuye a la asistencia sanitaria prestada la causa del fallecimiento de la paciente. 6) En cuanto a la suma reclamada, se alega con carácter subsidiario la excepción de pluspetición. Incluso en el negado supuesto de que la actora acredite sus pretensiones, nos encontraríamos ante un retraso diagnóstico, lo que, en todo caso, supondría una pérdida de oportunidad. Por ello, debería aplicarse un porcentaje reductor a la suma reclamada, no inferior a un 50 %. 7) Existe causa justificada para el impago. Pero incluso en el negado supuesto de que se entendiese procedente la imposición de los intereses moratorios, los mismos sólo se devengarían desde la referida fecha de emplazamiento, al no haber tenido antes la aseguradora conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

La sentencia de primera instancia desestima la demanda deducida por DOÑA [REDACTED], DOÑA [REDACTED] y DON [REDACTED], contra ZURICH, INSURANCE P.L.C. SUCURSAL EN ESPAÑA, imponiendo a la parte demandante las costas del procedimiento.

La juzgadora de primera instancia razona, en síntesis, que en el caso de autos ni hay conclusiones mayoritarias (solo hay dos periciales y se llegan a conclusiones distintas) ni se han emitido los dictámenes teniendo en cuenta algo distinto del historial médico, no existen datos que hagan dudar de la imparcialidad de uno u otro perito y tampoco se considera que uno tenga, en términos generales, mayor capacidad para dictaminar sobre el caso que nos ocupa que el otro; se desconoce, por las pruebas practicadas, si —como sostiene el perito de la actora el diagnóstico tuvo lugar con retraso (de cuatro días) y que en caso de no haber sido tardío hubiesen existido alternativas terapéuticas que hubiesen salvado la vida de la paciente o si, como considera el perito de la demandada, los signos y síntomas de un posible hematoma no aparecieron hasta el día ocho (24 horas antes del fallecimiento) y que cuando se diagnosticó se intentaron las opciones terapéuticas más aconsejables. No existe prueba evidente que se hubiese podido diagnosticar antes la dolencia, tratarla adecuadamente y evitar, de este modo, el desgraciado y siempre triste desenlace. En los dictámenes se alcanzan conclusiones contrarias y ninguno de ellos resulta más fiable que el otro. Se trata de un problema de prueba y deben aplicarse las normas generales de la carga de la prueba según las que, artículo. 217 de la LEC, corresponde a la actora la carga de probar los hechos constitutivos de su pretensión. La existencia de la mala praxis no





cabe presumirla y no cabe presumirla por el hecho de que se produzca un resultado, sino que debe quedar probada de forma que no quede duda alguna al respecto. La carga probatoria, como se ha dicho, corresponde a la parte actora, que es quien afirma la existencia de la conducta negligente, por lo que desestima la demanda.

Frente a dicha resolución, la representación procesal de DOÑA [REDACTED], DOÑA [REDACTED] y DON [REDACTED] interpone recurso de apelación en el que alega, en síntesis, un error en el relato de los hechos acontecidos y un error en la valoración de la prueba al no poner en contradicción, el conjunto de la prueba practicada. Expone:

La demanda se basa en el retraso en el diagnóstico del hematoma de músculo recto abdominal que afectaba a la Sra. [REDACTED]. Dicho retraso se concreta en dos momentos asistenciales:

1.- El día 5/03/15, en que se produce un dolor abdominal de inicio brusco que persiste en los días posteriores.

2.- El día 8/03/15 en que, constatándose a las 10:30 horas el mal estado general de la paciente, matidez y masa en hipogastrio, no se realiza ninguna prueba de imagen tendente a alcanzar un diagnóstico hasta las 16:30 horas, realizándose finalmente el primer tratamiento a las 22:30 h. en que ingresa en UCI.

Respecto al primer momento asistencial la juzgadora no valora que hubo un retraso en el diagnóstico de hematoma del músculo recto abdominal ya que el día 5/03/15, ante los factores de riesgo de la paciente (edad y antecedentes patológicos), la administración de heparina a dosis superiores a las pautadas y tenidas como terapéuticas (día 4/03/15) y dolor abdominal de inicio brusco asociado a un fuerte episodio de tos, se tenía que haber realizado un TAC abdominal que hubiera conllevado la vigilancia y tratamiento adecuado de la paciente y por supuesto, su supervivencia.

Respecto al segundo momento asistencial por el que se reclama, la juzgadora no ha valorado:

1) El Sr. [REDACTED] dice en su informe "el episodio de inicio del hematoma se puede comenzar a sospechar a partir del 8/03/15 cuando menciona un aumento del dolor, seguido de náuseas y un vómito. Al explorarla y constatar una matidez en hemiabdomen inferior, se aconseja poner una sonda vesical para descartar un globo vesical. Tras comprobar la ausencia de diuresis y analíticamente constatar una insuficiencia renal, leucocitosis y leve anemia (descenso de puntos del hematocrito) es cuando se orienta el cuadro como sospechoso de tratarse de un foco infeccioso abdominal, solicitándose un TAC abdominal y ayuda a UCI y Cirugía"; explicó en el acto de juicio que la matidez significa que al percutir el abdomen para escuchar el sonido que hace, se nota que el espacio está ocupado por algo que no debería estar y que pensaron que era un problema de retención de orina y por eso la sondaron; no es hasta las 13 horas cuando se decide buscar la causa de dicha masa aún a pesar de que la misma ya se había evidenciado en la exploración clínica que se había realizado a las 10:30 horas; aunque se había prescrito la práctica de TAC abdominal y a las 13 horas y a las 15 horas la paciente presentaba muy mal estado general con sangrado activo, no se realizó el primer TAC hasta las 16:30 horas.

2) Consta en la historia clínica que el análisis que se realizó a las 18:20 horas y





cuyos resultados mostraron una hemoglobina de 8,8 g/dl (valor de normalidad entre 12-15) y un hematocrito de 26,9% (valor de normalidad entre 36-46) (Documento número 5.11) fueron anotados en la historia clínica a las 19:00 horas (Documento número 4.15 y 4.16).

El análisis realizado previamente ese mismo día a las 10:51 horas, puso en evidencia una hemoglobina de 10,6 g/dl (valor normal 12-15) y un hematocrito de 32,4 (valor normal de 36-46).

Ambos peritos reconocen en sus respectivos informes que el primer TAC objetivó un hematoma con sangrado activo de la vaina de recto derecho (el DR. ██████ lo indica en el cuarto párrafo de la página 2 de su informe).

La juzgadora a quo debió concluir en la resolución que se recurre que hubo un importante retraso en el diagnóstico del hematoma de recto puesto que a las 10:30 horas ya habían datos suficientes (dolor abdominal, matidez y masa en hipogastrio que no desaparece tras ser sondada) para realizar prueba de imagen diagnóstica, sin que haya quedado acreditado por la demandada, que tenía la carga de la prueba, el porqué se demoró la práctica del TAC, siendo que el único argumento vertido por el testigo de la demandada, DR. ██████, fue que "no pensaron" que pudiera ser un problema abdominal.

Por tanto, alegan que ha quedado acreditado que si ya el día 5 de marzo de 2015 debió sospecharse la patología que afectaba a la Sra. ██████ con más motivo, el día 8 de marzo de 2015 y ante la agravación de los síntomas de dolor, masa abdominal, hipotensión, anuria y muy mal estado general debió, de manera urgente y ya a las 10:30 horas de la mañana, realizarse el TAC que ante estos mismos signos y síntomas solicitó el servicio de Medicina Intensiva a las 13 horas. Con ello, se hubiera podido alcanzar un diagnóstico inmediato y por tanto plantear opciones terapéuticas adecuadas a la patología que presentaba la paciente (transfundir sangre o derivados o decidir opciones quirúrgicas según la conclusión octava del informe pericial del Dr. ██████) y no dejar que la misma avanzase hasta un estado de irreversibilidad que causó el fallecimiento de la paciente aun a pesar de la transfusión que finalmente, aunque tardíamente, le hicieron en la UCI.

En la madrugada y la mañana del día 8 los signos descritos en la literatura médica sí estuvieron presentes y por tanto se hubiera tenido que realizar un diagnóstico rápido y no esperar hasta las 16:30 horas.

Retraso en el tratamiento que no sólo se produjo por el retraso en el diagnóstico sino que además, siendo ya conocido éste y constando a las 19 horas los resultados de una analítica de sangre que evidenciaba una importante anemia, no se inició ningún tipo de tratamiento hasta las 22:30 horas en que, ingresada en UCI se le realiza transfusión de sangre.

De haberse realizado el diagnóstico con anterioridad y aplicado el tratamiento correcto (transfusión de sangre y/o en su caso cirugía) no se hubiera producido el fatal desenlace de muerte por shock hipovolémico secundario a hematoma con sangrado intracavitario pélvico.

La autopsia realizada concluyó que la causa del fallecimiento fue el shock hipovolémico secundario a hematoma abdominal con sangrado intracavitario pélvico.

En base a lo anterior, solicitan se estime la demanda y, subsidiariamente, se





revoque la condena en costas de las dos instancias por entender concurrentes serias dudas de hecho y de derecho que hacían necesario acudir a la instancia judicial para su aclaración.

La parte demandada impugna el recurso y solicita la confirmación íntegra de la resolución recurrida, con imposición de costas a la parte apelante; sostiene que la sentencia apelada de contrario es completamente ajustada a derecho, sin que la misma haya incurrido tampoco en ningún error en la valoración de la prueba.

#### **SEGUNDO.- Resumen de antecedentes.**

Para una mejor resolución de la cuestión debatida, debemos hacer un breve relato de los hechos que entendemos acreditados tras la valoración conjunta de la prueba practicada en la primera instancia, documental, testifical y pericial:

1) El día 3 de febrero de 2015, DOÑA [REDACTED], de 72 años de edad, acude al CAP de Terrassa [REDACTED] donde es derivada al Hospital de Terrassa por presentar broncoespasmo; tras la práctica de las correspondientes pruebas (analítica y radiografía de tórax) se orienta el cuadro como de reagudización de asma bronquial por infección respiratoria, se le da el alta a domicilio al día siguiente, con tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico (documento 1 de la demanda, al folio 26).

2) El día 18 de febrero de 2015, DOÑA [REDACTED] acude de nuevo al Hospital de Terrassa derivada desde el CAP por persistencia del broncoespasmo; se inicia tratamiento con oxígeno, broncodilatores y corticoides, y al no mejorar, se decide su ingreso en el servicio de medicina interna (documento 2 de la demanda, al folio 30).

3) El día 19 de febrero de 2015 ingresa en el servicio de medicina interna (documento 4 de la demanda, al folio 54).

4) El día 20 de febrero de 2015 se inicia HBPM profiláctica (heparina de bajo peso molecular) con una dosis de 40 miligramos al día (documento 4.2 al folio 55).

5) El día 24 de febrero de 2015; se inicia tratamiento antibiótico con Augmentine (documento 4.4, al folio 57).

6) El día 26 de febrero de 2015 es valorada por el servicio de neumología. Considera la Dra. [REDACTED] que tiene comportamiento de clínica obstructiva crónica y no perfil de asmática (documento 4.7, al folio 60).

7) El día 2 de marzo de 2015 presenta fibrilación auricular; se pauta digoxina (documento 4.9, al folio 62) y se aumenta la dosis de HBPM a 70 miligramos cada doce horas.

8) El día 4 de marzo de 2015 se baja el oxígeno.

9) El día 5 de marzo de 2015, a las 14:43 horas, refiere dolor abdominal desde la noche. Se le administra paracetamol por dolor abdominal (documento 4.13, al folio 65).

10) El día 6 de marzo de 2015 refiere pequeña molestia abdominal que no requiere analgesia. Presenta edemas con mejoría importantes (documento 4.13, al folio 65).

Se retira la digoxina y se mantiene la anticoagulación, a revalorar el lunes (documento 4.14, al folio 66).





11) El sábado 7 de marzo de 2015 está estable (documento 4.14, al folio 66).

12) A las 4:26 horas del domingo 8 de marzo de 2015, refiere dolor abdominal (documento 4.15, al folio 67).

13) A las 10:38 horas del día 8 de marzo de 2015, se avisa a la médico de guardia por dolor abdominal y un vómito alimenticio; se hace constar que refiere dolor abdominal difuso de predominio en flanco derecho de unas 24 horas de evolución, aunque también presentó algún episodio de dolor menos intenso a lo largo de la semana anterior; peristaltismo conservado, matidez en hemiabdomen; se coloca sondaje vesical y se inicia sueroterapia y antibiótico; se solicita analítica y Rx de tórax (documento 4.15, al folio 67).

14) A las 13:00 horas del día 8 de marzo de 2015, se hace constar que presenta dolor abdominal desde la noche anterior que no cede; mantiene palidez cutánea; se realiza analítica urgente; se administra paracetamol; se administra descarga 250cc SF; en la analítica aparece insuficiencia renal aguda, leucocitosis y anemia (documento 4.16, al folio 68).

Se sospecha de un probable foco abdominal y se decide sustituir la antibioterapia por piper/tazo.

Se comenta con equipo de UCI y de cirugía, acordándose la realización de TAC abdominal (documento 4.15, al folio 67).

15) A las 15:07 horas presenta muy mal estado general; palidez cutánea bastante acusada; a las 15:15 horas visita a la paciente la cirujana de guardia; a las 16:30 horas persiste hipotensión; presenta muy mal estado general; se hace otra descarga de SF; continua en anuria.

Sobre las 16:30 horas se baja a la paciente a hacer el primer TAC abdominal; durante la práctica del TAC presenta vómito bilioso abundante; baja la supervisora de guardia y se queda durante el TAC con la paciente y el médico de guardia; cuando la paciente regresa a planta, presenta abdomen distendido, persiste el mal estado general, se coloca urímetro para control de diuresis; a las 17:45 horas continua en anuria, presenta palidez cutánea bastante acusada (documento 4.16, al folio 68).

En el TAC abdominal aparece colección sugestiva de hematoma en la vaina del recto anterior derecho a nivel infraumbilical que se extiende dentro de la pelvis por delante de la cavidad peritoneal, formando colecciones por delante y a ambos lados de la vejiga, y que en conjunto mide aproximadamente 20 x 12 x 9 cm de diámetro.

La paciente continúa hemodinámicamente inestable.

Se hace constar como orientación diagnóstica: Hematoma de la vaina del recto anterior con sangrado activo (documento 4.16, al folio 68).

El TAC abdominal con contraste muestra una hemorragia importante a nivel de la vaina del recto anterior derecho. Se solicita analítica de control, que muestra anemia de dos puntos; se comenta conjuntamente con equipo de UCI y cirugía (documento 33, al folio 38).

16) A las 18:15 horas se hace analítica urgente; la paciente presenta muy mal estado general; se plantea traslado al Hospital Clínico que solicita un segundo TAC previo al traslado.

A las 20:30 horas se baja a la paciente para practicar un segundo TAC





(documento 4.16, al folio 68). El segundo TAC abdominal con contraste en fase arterial y venosa no evidencia sangrado activo y no se aprecia aumento de tamaño del hematoma (documento 3.4, al folio 40).

17) Se contacta con radiología intervencionista de UDIAT y de HCP que rechazan la posibilidad de arteriografía y embolización por la ausencia de la actividad de sangrado en esos momentos.

18) La paciente sigue inestable hemodinámicamente, se traslada a la UCI (documento 3.4, al folio 40).

A las 22:30 horas del día 8 de marzo de 2015 DOÑA [REDACTED] [REDACTED] ingresa en la UCI con el diagnóstico de shock hemorrágico secundario a hematoma de los rectos, insuficiencia respiratoria, se transfunden dos concentrados de hemafés; se hace constar paciente muy hipotensa, se decide trasladarla a quirófano, paciente muy obnubilada, se decide intubar, asistolia, efectuadas maniobras de reanimación avanzada durante 20 minutos, fallece a las 4:00 horas (documento 4.17, al folio 69).

#### **TERCERO.- Jurisprudencia aplicable a los casos de responsabilidad civil médica.**

En este ámbito es clara la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, establecida en la sentencia de 10 de diciembre de 2010 y repetida en las de 19 de julio de 2013 y de 18 de febrero de 2015. Dice esta última resolución:

*"En una medicina de medios y no de resultados, la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar ó descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena. Implica por tanto un doble orden de cosas:*

*En primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. En segundo, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen (SSTS 15 de febrero 2006; 19 de octubre 2007; 3 de marzo de 2010)".*

Se trata, por tanto, de valorar si se pusieron todos los medios disponibles, si se realizaron todas las comprobaciones dirigidas a obtener un pronto diagnóstico a los efectos de prevenir, minorar o evitar el daño.

#### **CUARTO.- Valoración de la prueba. Retraso en el diagnóstico de la complicación y consiguiente retraso terapéutico.**







DOÑA [REDACTED], falleció por shock hipovolémico secundario a hematoma abdominal con sangrado intercavitario pélvico, según el informe del servicio de anatomía patológica, documento 10 de la demanda, al folio 172.

No se discute que el hematoma abdominal fue un efecto secundario del tratamiento con heparina de bajo peso molecular (medicamento que inhibe la coagulación y que se utiliza para evitar trombosis y embolias).

Informa el perito DR. [REDACTED] que la heparina es una medicación anticoagulante que se utiliza tanto desde el punto de vista profiláctico, preventivo (para evitar la formación de trombos en la piernas en pacientes de cierta edad que están ingresados durante tiempo) como desde el punto de vista terapéutico.

Estan conformes ambos peritos en que a DOÑA [REDACTED] se le suministraba heparina, 40 miligramos al día de forma preventiva, desde la fecha de su ingreso, 20 de febrero de 2015, y que en este sentido, el empleo de heparinas es correcta; que al detectarse el día 2 de marzo de 2015 una arritmia auricular, el riesgo de trombosis y embolias aumentó por lo que pasó a suministrarse mayor dosis de heparina, 70 miligramos cada doce horas; el perito de la actora considera que es una dosis excesiva mientras que el perito de la parte demandada DR. [REDACTED] estima que la dosis suministrada fue la correcta; coinciden ambos peritos en que el empleo de heparinas de bajo peso molecular aumenta el riesgo de sangrados, esto es, que puede conllevar la aparición de complicaciones hemorrágicas especialmente cuando se usan a dosis elevadas.

Dice el perito de la actora DR. [REDACTED] que la cuestión estriba en que una paciente mayor con estas dosis de heparina es muy probable que sangre, puede sangrar a nivel digestivo, a nivel renal, a nivel muscular, a nivel cerebral; lo que ocurrió es que la heparina se utilizó para prevenir una embolia cuando la paciente ya estaba anticoagulada, quizás no hacía falta, se utilizó una dosis muy alta y no se tuvo en cuenta que era una paciente proclive a tener hemorragias y, además, se administró de manera muy anárquica, y a su modo de ver, exagerada, pues hubo días que se administró la heparina una o dos veces cuando estaba pautada cada doce horas.

Consta en la historia clínica, documento 3, al folio 37, que desde el día del ingreso, 20 de febrero de 2015, DOÑA [REDACTED] recibía ENOXAPARINA HBPM a dosis profilácticas de 40 miligramos cada 24 horas, y que, a partir del día 2 de marzo de 2015, tras detectarse una arritmia consistente en una fibrilación auricular, pasaron a suministrarle una dosis de 70 miligramos cada doce horas.

Este tratamiento es considerado acertado por el perito de la parte demandada DR. [REDACTED] quien asegura que, aunque aumenta el riesgo de sangrado, estos efectos secundarios son mucho menores que los peligros de trombosis y embolias (al folio 277).

Por el contrario, el perito de la parte actora DR. [REDACTED] informa que, debido a un episodio arritmico agudo, acaecido el día 2 de marzo de 2015, que resolvió a las dos horas tras la administración de digoxina, se incrementó en dosis terapéuticas y no profilácticas, la dosis de heparina de bajo peso





molecular, con evidente riesgo de hemorragia.

Informa el perito DR. [REDACTED], que se continuó incrementando la dosis diaria de HBPM desde el día 2 de marzo, los días 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de marzo de 2015 (al folio 205).

Afirma el perito DR. [REDACTED] que el día 3 de marzo se suministraron a DOÑA [REDACTED] 70 miligramos de heparina; el día 4 de marzo, 210 miligramos, en tres dosis, a las 8 horas, a las 12 horas y a las 24 horas; el día 5 de marzo, se le suministraron 140 miligramos, en dos dosis, a las 12 horas y a las 24 horas; el día 6 de marzo, 70 miligramos, a las 20 horas; el día 7 de marzo, 140 miligramos, en dos dosis, a las 8 horas y a las 20 horas, y el día 8 de marzo, 70 miligramos, a las 8 horas.

Añade que no se realizó ningún control analítico (último control el día 3 a las 6:49 horas) hasta el día 8 a las 10:51 horas, imprescindible para asegurar el mantenimiento de los valores normales de la serie roja (hemoglobina, hematocrito y hematíes) ni para descartar el riesgo de hemorragia debido a la administración de anticoagulantes a las dosis referidas, mediante la determinación monitorizada del Factor anti-Xa, que se mantuvieron en dosis terapéuticas y no profilácticas en una paciente con evidentes factores de riesgo de hemorragia.

Indica que el día 4 de marzo de 2015, se suministraron tres dosis de HBPM de 70 miligramos cada una de ellas; a partir del día 5 de marzo de 2015, DOÑA [REDACTED] presentó un cuadro de dolor abdominal, de características muy sugestivas de patología aguda intrabdominal; que los importantes accesos de tos y su persistencia durante todos los días de ingreso hospitalario derivado de la sobreinfección respiratoria, en una paciente afecta de EPOC, a la que durante los días 5, 6 y 7 se administraron 5 dosis de 70 mg de HBPM, debió hacer sospechar la causa del dolor abdominal por sangrado intraabdominal.

No podemos alcanzar la conclusión de que se administrara heparina a dosis superiores a las pautadas o en dosis superiores a las indicadas como terapéuticas pues las afirmaciones de ambos peritos en este punto son totalmente contradictorias.

Pero, revisada la historia clínica y valorada la prueba pericial y testifical practicada en autos, hay datos suficientes para apreciar un retraso en el diagnóstico de la complicación que conllevó un retraso en la asistencia recibida.

En efecto, revisada la historia clínica, se desprende que el día 5 de marzo de 2015, a las 14:43 horas, DOÑA [REDACTED] refiere dolor abdominal desde la noche; se le administra paracetamol por dolor abdominal.

El día 6 de marzo de 2015 refiere pequeña molestia abdominal que no requiere analgesia; se hace constar que existen EDEMAS con mejoría importante (documento 4.13, al folio 65); se retira la digoxina y se mantiene la anticoagulación, indicándose que se revalorará el lunes (documento 4.14, al folio 66).

El día 7 de marzo de 2015 (sábado) está estable.

Y a las 4:26 horas del día 8 de marzo de 2015 (domingo), refiere dolor abdominal.

El día 8 de marzo de 2015 en la exploración, documento 3.2 de la demanda, al folio 38, se hace constar: "*abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de*





forma difusa, sin defensa ni peritonismo, palpándose masa en hipogastrio"; en el documento 9.2, al folio 169, se hace constar igualmente: "hoy día 8 de marzo avisan a médico de guardia por dolor abdominal difuso de predominio en flanco derecho de unas 24 horas evolución, aunque también presentó algún episodio de dolor menos intenso a lo largo de la pasada semana; en la exploración destaca MEG con palidez cutáneomucosa y en el abdomen doloroso a la palpación de forma difusa, sin defensa ni peritonismo, se palpa una masa en hipogastrio".

La médico de guardia Dra. [REDACTED], visita a DOÑA [REDACTED] las 10:38 horas del día 8 de marzo de 2015, haciendo constar "peristaltismo conservado, matidez en hemiabdomen".

Indicó el perito de la parte demandada DR. [REDACTED] en el acto del juicio que cuando se repercute el abdomen hay un sonido timpánico; ante la matidez (ruido mate a la percusión) se piensa que la vejiga de la orina estaba llena, por lo que lo primero que se hace es colocar una sonda, al no haber un problema de orina y como los análisis empezaban a tener leucocitosis, se pide un TAC pues se sospecha de un proceso infeccioso.

El testigo DR. [REDACTED], médico responsable de la paciente, que no se hallaba de guardia durante el fin de semana, afirmó en el acto del juicio, que la madrugada del sábado al domingo la paciente volvió a tener molestias abdominales, al día siguiente domingo, la señora se encontró peor, hipotensa, y se avisó al médico de guardia; que le hicieron una analítica y tenía muchos leucocitos, por lo que pensaron que tenía una infección y le pusieron un tratamiento empírico "un poco a ciegas", y que, al no responder y persistir la molestia abdominal, decidieron hacerle el TAC y es cuando encontraron el hematoma.

Ahora bien, como señaló el perito DR. [REDACTED] no había fiebre, por lo que se podía descartar la existencia de una infección; y la matidez también podía ser indicativo de la existencia de un derrame o de una masa pues, en otro caso, al percutir el abdomen, el ruido normal es sonoro.

Por lo tanto, a las 10:38 horas del día 8 de marzo de 2015, podía sospecharse que había algo en el abdomen de la paciente.

Asimismo, a las 13:00 horas del día 8 de marzo, se practica una analítica que demuestra una insuficiencia renal aguda, un descenso de los valores que indicaba que había sangrado.

Informa el perito de la actora DR. [REDACTED] que había un descenso de hemagoblina y de hematocrito en las dos analíticas realizadas el día 8 de marzo, había suficientes datos para pensar que la paciente estaba desarrollando el shock hipovolémico por sangrado, pues no era una paciente con antecedentes renales y había que pensar que la insuficiencia renal era consecuencia de la situación de shock hipovolémico.

A pesar de ello, no se realiza un primer TAC hasta las 16:30 horas; ambos peritos están de acuerdo en que en este primer TAC aparece un sangrado activo.

El propio perito de la demandada DR. [REDACTED] señaló, en el acto del juicio, que probablemente el hematoma se inició el día 7 de marzo de 2015.





Ante un sangrado activo, ambos peritos coinciden en que el tratamiento más aconsejable es la embolización.

El Hospital de Terrassa no dispone de esta técnica por lo que se solicita la realización de la misma al Hospital de Sabadell y al Hospital Clínic. Se contacta con PARC TAULÍ que no acepta el traslado por falta de UCI; se contacta con Hospital Clínic que exige previamente al traslado la realización de un segundo TAC que confirme la presencia de sangrado activo.

Se realiza el segundo TAC a las 20:30 horas; en este segundo TAC no aparecen cambios respecto al previo sin signos de sangrado actual, por lo que se desestima la posibilidad de embolización (documento 9.2, al folio 169).

En conclusión, a partir del día 5 de marzo DOÑA [REDACTED] se queja de dolor abdominal que se localiza en hipocondrio derecho, en una paciente con tos intensa y con tratamiento de HBPM de 70 miligramos cada doce horas; como se administra analgésico que es efectivo y los días 6 y 7 de marzo, el dolor remite y está tranquila, se orienta como un problema de eliminar ventosidades o de rehabilitar los pulmones por lo que se aconseja caminar; pero la madrugada del día 8 de marzo DOÑA [REDACTED] presenta un dolor agudo; este cuadro debía haberse tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, en una paciente que recibía tratamiento anticoagulante; a las 10:38 horas se palpa y se constata una matidez en hemiabdomen inferior, lo cual ya constituía una advertencia de la formación de un hematoma que podría haberse detectado en su fase inicial y que tuvo su origen en un sangrado secundario a la anticoagulación con heparina que derivó en un shock hipovolémico severo que causó el fallecimiento.

Hubo un retraso en el diagnóstico de la complicación surgida y un consiguiente retraso terapéutico. A partir de las 10:38 horas se pudo sospechar la existencia de una masa en el abdomen dada la matidez de la palpación. La analítica, realizada a las 13:00 horas, indicaba una insuficiencia renal en una paciente que no tenía antecedentes renales. No obstante, no se hace el primer TAC hasta las 16:30 horas, en ese momento el sangrado era activo, hubiera sido posible una embolización, tratamiento en el que coinciden los dos peritos que es el más adecuado en estos casos.

Cabe pensar que si se hubiera detectado el hematoma en su fase inicial de formación, hubieran existido posibilidades de actuar en consecuencia.

Por todo lo expuesto, debemos estimar el recurso y la demanda.

#### **QUINTO.- Intereses artículo 20 de la LCS.**

Como indica la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de febrero de 2018, la compañía aseguradora tuvo conocimiento de los hechos con la demanda, a partir de la cual, se devengará el interés previsto en el artículo 20 de la LCS y hasta el completo pago de la indemnización.

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

Las costas de la primera instancia deben imponerse a la parte demandada, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 394.1 de la L.E.C.





No procede hacer expresa imposición de las costas de la segunda instancia, conforme al artículo 398.2 de la L.E.C.

Vistos los artículos citados, así como los de general y pertinente aplicación.

### F A L L A M O S:

Estimando el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de DOÑA [REDACTED], DOÑA [REDACTED] y DON [REDACTED], contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 43 de BARCELONA, en los autos de Procedimiento Ordinario número [REDACTED]/2016, de fecha 7 de diciembre de 2016, debemos **REVOCAR** y **REVOCAMOS** dicha sentencia, y en su lugar, estimamos la demanda y condenamos a ZURICH INSURANCE P.L.C. SUCURSAL EN ESPAÑA a abonar a DOÑA [REDACTED] a DOÑA [REDACTED] y a DON [REDACTED] la cantidad de 76.690,12 euros, con los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha de presentación de la demanda.

Las costas de la primera instancia se imponen a la parte demandada.

No se hace expresa imposición de las costas del recurso.

Devuélvase a la parte apelante el depósito constituido para recurrir en apelación.

Esta resolución es susceptible de recurso de extraordinario de infracción procesal y de recurso de casación por interés casacional, mediante escrito presentado ante este Tribunal en el plazo de veinte días desde su notificación, siempre que concurren los requisitos legales para su admisión, de acuerdo con la Disposición Final Decimosexta de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Notifíquese, y firme que sea esta resolución devuélvase los autos originales al Juzgado de su procedencia, con testimonio de la misma para su cumplimiento.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación al rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

