

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN-CAGUAS
PANEL II

SHEILA M. MUÑOZ RODRÍGUEZ
por sí y en representación de sus
hijos menores, RAY STEWART
MUÑOZ y RAYSHLA STEWART
MUÑOZ; GRICEL MUÑOZ
RODRÍGUEZ; GRICELIA
RODRÍGUEZ VICENS; MISAEL
MUÑOZ RODRÍGUEZ; JOSÉ M.
CASTRO MUÑOZ

Apelantes

v.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO;
DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO;
UNIVERSIDAD DE PUERTO
RICO; ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE EMERGENCIA
DE SALUD; HOSPITAL
PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO;
DRA. LISETTE RODRÍGUEZ
PEÑA; DR. LUIS DELGADO
LÓPEZ; DR. MAURICIO
HERRERA MÁRQUEZ; DR.
ARNALDO VALENCIA PINTADO;
DR. JUAN CARLOS TROCONES
CONTRERAS; DR. AMAURY
HERNÁNDEZ; DR. DÍAZ; DR.
JOE DOE; DR. JANE DOE

Apelados

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia, Sala
de San Juan

Caso Núm.:
K DP2010-1560

Sobre:
Daños y
Perjuicios e
Impericia Médica

KLAN201600216

Panel integrado por su presidenta, la Juez Fraticelli Torres, la Juez Ortiz Flores y el Juez Ramos Torres.

Ramos Torres, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico a 18 de abril de 2017.

Comparece ante nos mediante recurso de apelación Sheila M. Muñoz Rodríguez, (en adelante señora Muñoz o parte apelante) en solicitud de revisión de una sentencia dictada el 20 de octubre de 2015, notificada el 27 del mismo mes y año por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan. Mediante dicho dictamen el TPI desestimó

con perjuicio la demanda presentada por la señora Muñoz en contra de la Universidad de Puerto Rico.

Por los fundamentos que discutiremos, se confirma la sentencia apelada.

I.

Este caso tiene su origen el 24 de noviembre de 2010, cuando Sheila M. Muñoz Rodríguez presentó una demanda por sí y en representación de sus hijos menores de edad R.F.S.M. y R.S.M. contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Universidad de Puerto Rico, la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), el Hospital Pediátrico Universitario, los doctores Lissette Rodríguez Peña, Luis Delgado López, Mauricio Herrera Vázquez, Arnaldo Valencia Pintado, Juan Carlos Trocones Contreras, Amaury Hernández, Díaz y se incluyeron, además, como demandados a varios desconocidos (parte apelada). Por medio de su escrito, los demandantes-apelantes alegaron que como consecuencia de un accidente sufrido mientras corría un vehículo “four track” el menor R.F.S.M., este fue trasladado a la Sala de Emergencia del Hospital HIMA San Pablo, ubicado en Caguas, a eso de las 5:30 de la tarde del 17 de mayo de 2010. Añadieron que de manera inmediata el menor fue referido a pediatría donde se ordenó se le tomaran radiografías, una tomografía computarizada conocida como “CT-Scan” y se le administraran varios medicamentos para el dolor.

Una vez se obtuvieron los resultados de la tomografía computarizada, se trasladó al paciente a la Sala de Emergencias y Traumas del Hospital Universitario. Alrededor de las 2:30am del día siguiente, llegó el menor a la referida institución. Varias horas más tarde, R.F.S.M. fue evaluado por un cirujano maxilofacial quien expresó “que según su opinión en ese tipo de fracturas no se realizaba cirugía y solo

había que darle descanso...”¹ A su vez, citó al menor para el 24 de mayo de 2010 y lo refirió para una consulta con el área de oftalmología.

A las 2:30pm el menor fue evaluado por la Dra. Díaz en la clínica de oftalmología. La doctora le limpió el área, administró anestesia y luego de examinar el ojo afectado, concluyó que no existía daño aparente en la retina y que este presentaba movimientos oculares. Así pues, le dio de alta de los servicios de oftalmología.

A eso de las 3:15 de la tarde el menor fue dado de alta del hospital y se le recetó el antibiótico *Duricef*.

El 21 de mayo de 2010, R.F.S.M fue llevado a su pediatra luego de sentirse indispuerto y tener la cara enrojecida. La doctora solicitó que lo llevaran de inmediato a la Sala de Emergencias del Hospital HIMA, pues entendió que era “inminente” que recibiera antibiótico intravenoso. El menor fue trasladado al hospital, posteriormente fue admitido y se comenzó con la administración del antibiótico *Rocephin*. Asimismo, el médico que se encontraba de turno recomendó que R.F.S.M. fuera transportado al Hospital Universitario.

Así las cosas, el menor fue trasladado a dicha institución hospitalaria. Lo evaluó un pediatra y luego el cirujano maxilofacial, Dr. Valencia. Este último determinó que se debía realizar un drenaje del área afectada, sin embargo, el menor había comido un poco antes y ello impedía realizar el procedimiento en ese instante. Aun así, se le administraron dosis de los antibióticos *Cleocin* y *Timentin*.

En horas de la mañana del 22 de mayo siguiente, visitaron al niño los doctores Herrera, Trocones y Valencia quienes realizaron el drenaje del área afectada. Luego, el menor fue evaluado por una oftalmóloga quien indicó que sería necesario realizar una incisión expuesta para liberar presión en el área; sin embargo, este proceso no se realizó.

El 26 de mayo de 2010, R.F.S.M. fue examinado por una infectóloga, quien notó el desarrollo de un absceso en la cara del niño y

¹ Apéndice del recurso, pág. 46.

dos días más tarde se realizó una incisión y drenaje en el cachete izquierdo. Luego de ello, el 2 de junio siguiente, el paciente fue dado de alta.

El 30 de marzo de 2011, ASEM presentó su correspondiente contestación a la demanda. Esta parte negó las alegaciones esenciales de la reclamación y levantó varias defensas afirmativas. Por su parte, la Universidad de Puerto Rico (UPR) contestó el 1 de abril de 2011. De igual modo, negó las alegaciones principales y presentó sus defensas afirmativas. El 27 de enero de 2012, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA) hizo lo propio.

Entretanto, el 10 de octubre de 2011, el foro primario desestimó la reclamación en contra de los doctores Amaury Hernández Flores y Lissette Rodríguez Peña.

El 6 de febrero de 2013, la UPR presentó una reconvencción en contra de las demandantes Sheila M. Muñoz y Gricel Muñoz Rodríguez. Sostuvo que estas fueron negligentes al permitir que el menor condujera un "four track". El ELA también presentó una reconvencción en contra de las señoras Muñoz. Al estas no presentar sus posturas con relación a la reconvencción, el foro sentenciador les anotó la rebeldía.

Luego de varios trámites de rigor, así como de una extensa etapa de descubrimiento de prueba, el Tribunal de Primera Instancia decidió bifurcar los procedimientos y atender en primer orden las alegaciones sobre impericia médica. La vista en sus méritos se celebró los días 29 y 30 de septiembre y 2 de octubre de 2015. Comparecieron las partes acompañadas de su representación legal.

La prueba de la parte demandante consistió en el testimonio del Dr. Carl W. Adamas. Completado su testimonio, ASEM y el ELA solicitaron la desestimación de la reclamación en su contra. El tribunal *a quo* acogió la petición y emitió una sentencia parcial mediante la cual desestimó con perjuicio la causa de acción en contra de las referidas

entidades. Posteriormente, la UPR presentó los testimonios de los doctores Atilano León y Pablo Rodríguez.

Evaluada la evidencia presentada, así como las alegaciones de las partes, el foro primario dictó la sentencia impugnada. Concluyó que la prueba presentada no estableció una desviación de la mejor práctica de la medicina, “sino que demostró que los demandados brindaron al paciente un cuidado médico adecuado”.

Inconforme con el dictamen del Tribunal de Primera Instancia, Sheila M. Muñoz acudió ante nos en recurso de apelación. Señaló el siguiente error:

Erró: El Honorable Tribunal de Primera Instancia en abuso de discreción, mediando pasión, prejuicio y/o parcialidad por razones que nos eluden, cometió grave error claro y manifiesto al realizar las determinaciones de hechos parcializadas y erradas por razón de que estas obvian prueba documental estipulada, así como prueba testifical pericial de todas las partes específica [sic] al hecho documentado y previamente obviado, redundando así en determinaciones de hecho erróneas e incongruentes con el record judicial y la evidencia documental admitida, acciones y/o omisiones judiciales que resultaron por su naturaleza en determinaciones de derecho erradas, desatinadas, arbitrarias, irrazonables, incompletas e incongruentes con la totalidad de la prueba desfilada, por ende se comete caso error en la evaluación y/o apreciación y/o aquilatación [sic] y/o valorización de la totalidad de la prueba requerido en los casos civiles, ello en especial menosprecio de los testimonios periciales vertidos en contraiterrogatorio durante juicio en la presente causa de acción. Situación impermisible la cual consideramos constituye por su naturaleza y disposición un fracaso en la administración de la justicia.

Por su parte, la UPR presentó su correspondiente “Alegato en Oposición”. Manifestó que en ningún momento se desvió del estándar de cuidado requerido.

Con el beneficio de ambas comparecencias, procedemos a resolver.

II.

-A-

En nuestro ordenamiento jurídico, la responsabilidad civil extracontractual se regula por los Artículos 1802 al 1810 del Código Civil,

31 L.P.R.A. § 5141-5149. El Artículo 1802 del Código Civil, supra, dispone que “[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. La imprudencia concurrente del perjudicado no exime de responsabilidad, pero conlleva la reducción de la indemnización.” En las causas de acción por daños y perjuicios basadas en el artículo antes mencionado, deben concurrir los siguientes elementos: (1) la presencia de un daño físico o emocional en la persona demandante; (2) que haya surgido a raíz de un acto u omisión culposo o negligente del demandado; y, (3) que exista un nexo causal entre el daño sufrido y dicho acto u omisión. Nieves Díaz v. González Massas, 178 D.P.R. 820, 843 (2010); López v. Porrata Doria, 169 D.P.R. 135, 150 (2006); Rivera v. S.L.G. Díaz, 165 D.P.R. 408, 421 (2005).

El Tribunal Supremo ha definido la culpa o negligencia como la falta del debido cuidado, o sea, el no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto u omisión, que una persona prudente y razonable hubiera previsto bajo las mismas circunstancias. Sucns. Vega Marrero v. A.E.E., 149 D.P.R. 159, 169-170 (1999); Montalvo v. Cruz, 144 D.P.R. 748, 755-756 (1998). Para determinar la previsibilidad del daño, no es necesario que se haya anticipado el mismo en la forma precisa en que ocurrió, basta con que el daño ocasionado sea la consecuencia natural y probable del acto u omisión. Sucns. Vega Marrero v. A.E.E., supra, pág. 170; Tormos Arroyo v. D.I.P., 140 D.P.R. 265, 274 (1996). A dicha teoría se le conoce como la causalidad adecuada. Esta establece que no es causa toda condición peligrosa que produzca un resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. Toro Aponte v. E.L.A., 142 D.P.R. 464, 474 (1997); Parrilla v. Ranger American of P.R., 133 D.P.R. 263, 270-271 (1993).

En casos de mala práctica procedente de la responsabilidad civil de un médico, es necesario que el promovente de la acción presente prueba satisfactoria sobre: la lesión sufrida, las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o

especialistas; y la relación causal entre la actuación u omisión del médico y la lesión sufrida. López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119, 133 (2004).

A tenor con esta norma, la impericia médica implica los daños generados por un médico, hospital o personal relacionado, ya sea individualmente o colectivamente. Tales daños pueden surgir tanto de una acción como de una inacción por parte de los galenos o personas involucradas en la atención de un paciente.

La norma mínima de cuidado médico exigible legalmente en casos de impericia en Puerto Rico, al amparo del Art. 1802 del Código Civil, supra, es aquella atención que a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, satisfacen las exigencias generalmente reconocidas por la profesión. López v. Hosp. Presbiteriano, Inc., 107 D.P.R. 197 (1978); Negrón v. Municipio de San Juan, 107 D.P.R. 375 (1978); González v. E.L.A., 104 D.P.R. 55 (1975); Morales v. Hosp. Matilde Brenes, 102 D.P.R. 188 (1974); Oliveros v. Abreu, 101 D.P.R. 209, 226 (1973).

Nuestro ordenamiento obliga al médico a responder por los daños y perjuicios causados tan sólo cuando actúa negligentemente, con descuido o falta de la pericia profesional que exigen las circunstancias. Rios Ruiz v. Mark, 119 D.P.R. 816, 820-821 (1987) citando a Brau, Los daños y perjuicios extracontractuales en Puerto Rico, Publicaciones J.T.S., Inc., 1986, Vol. I, págs. 248-294. Ahora bien, al médico se le reconoce una amplia discreción en el cuidado de un paciente. No incurre en responsabilidad el médico que ante las circunstancias particulares usa su buen juicio profesional, enmarcado en los límites de lo razonable y aceptable para muchos sectores de la profesión médica. Lozada v. E.L.A., 116 D.P.R. 202 (1985).

Corresponde al demandante probar, mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento ofrecido por el demandado fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño, y establecer además el vínculo

causal requerido por el Art. 1802 del Código Civil, supra. Rios Ruiz v. Mark, supra, pág. 821 citando a Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 D.P.R. 719 (1983).

Ahora bien, se ha reconocido que las acciones en las que se alega impericia médica representan un reto especial para los jueces, toda vez que son acciones que versan sobre un daño normalmente impresionante y doloroso, y ante la naturalidad del sentimiento de compasión que todo ser humano experimenta ante el dolor o sufrimiento de otro ser humano, los jueces siempre deben mantener presente que el mero hecho de que haya ocurrido un daño no implica que el médico es automáticamente responsable del mismo ante los tribunales. López v. Dr. Cañizares, supra, 143.

Consecuentemente, para que un demandante pueda prevalecer en su reclamación de alegada impericia médica no basta establecer una omisión, toda vez que el médico tiene a su favor una presunción de corrección y no de negligencia, pues es también doctrina establecida que el error de juicio es eximente de responsabilidad. Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R 639, 650 (1988). El médico no es responsable por el mero hecho de que haga un diagnóstico o efectúe un tratamiento equivocado. Cruz v. Centro Médico de P.R., supra, pág. 731. Al momento de evaluar las actuaciones de un médico, se considerará que éste “posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médicos”, por lo que no se hallará responsabilidad civil “si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando erróneo, está enmarcado en los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica”. López v. Dr. Cañizares, supra, pág. 134. Tampoco se considera fuente de responsabilidad “el error de juicio honesto e informado cometido por un médico en el tratamiento”. Íd. Sobre el particular, nuestro Tribunal Supremo ha expresado lo siguiente:

Es norma reiterada por este Tribunal en casos de responsabilidad profesional médica, la presunción de que el médico ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento médico y que

los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Corresponde al reclamante controvertir tal presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. Vda. de López v. ELA, 104 D.P.R 178, 183 (1975).

III.

En esta ocasión, nos corresponde dilucidar si según lo alegado por la parte apelante, incidió en su determinación el foro apelado y por consiguiente, la UPR incurrió en impericia médica, y su conducta fue la causa adecuada de los daños reclamados en la acción de epígrafe.

Conviene puntualizar que para evaluar si en determinado caso un médico fue negligente al tratar un paciente, hay que referirse a las normas profesionales prevaletes en ese momento para la atención de pacientes con la enfermedad o lesión tratada. Esto, mediante prueba pericial o documental que establezca los requisitos de cuidado y conocimiento científico requeridos por la profesión en el tratamiento del paciente. Este tipo de evidencia, nuestro Tribunal Supremo ha resuelto que, le corresponde al demandante en el peso de la prueba. Rodríguez Crespo v. Hernández, *supra*, 649-650 (1988); Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas, 109 D.P.R. 517, 521 (1980).

La parte apelante sostiene su reclamación en el fundamento de que el Hospital Universitario se apartó de las normas mínimas de cuidado médico pues, según su mejor entender y la opinión del Dr. Carl W. Adams, la fractura en el piso orbital sufrida por el paciente requería intervención quirúrgica inmediata.

Según surge del expediente ante nos, el Dr. Adams, cualificado como perito en medicina con especialidad en cirugía torácica y cardiovascular, capacitación en cuidado crítico cardiovascular y trauma, aseguró que este caso “fue un trauma significativo de objeto duro a la órbita izquierda que resultó en una fractura no desplazada del piso orbital pero más importante aún, es la base de mi opinión de desviación que había comunicación entre el seno etmoides y el seno maxilar que requiere

intervención [...] *sooner rather than later*".² No obstante, reconoce que el "triage" se hizo de manera adecuada y que el médico de sala de emergencia que atendió al menor actuó conforme al estándar de cuidado requerido.³

Este perito concluyó que el cirujano maxilofacial se desvió de la mejor práctica de la medicina porque:

[...] este paciente tenía múltiples heridas que se conocen como un rompimiento en continuidad de los niveles normales del piso orbital y el seno etmoides maxilar. Aun con darle una dosis de antibióticos, si no se asegura la integridad, entonces va a ocurrir una contaminación y un proceso lento celulítico es seguro, y si ese proceso no se detiene, la inflamación que rodean las cavidades de los senos pueden causar las complicaciones que mencioné.⁴

Por su parte, los peritos presentados por los apelados coincidieron en que no era la norma intervenir quirúrgicamente con un menor cuyo diagnóstico es una fractura no desplazada del seno maxilar.

El Dr. Atilano León Torres, quien fue cualificado como perito cirujano oral y maxilofacial con 38 años de experiencia, sostuvo que ante un cuadro clínico como el presentado por el paciente, el estándar de cuidado es que se observe, se recete antibiótico y se dé seguimiento. Testificó estar de acuerdo con el plan de trabajo que recomendó el cirujano maxilofacial, "porque el paciente presentaba fracturas por CT-Scan no desplazadas, sin deformidades orbitales, sus funciones oculares estaban intactas". Añadió que el menor "tenía buenos movimientos oculares y no tenía visión doble".⁵ Este galeno concluyó que los hallazgos clínicos del 18 de mayo de 2010 no evidenciaban la necesidad de una intervención quirúrgica.

Por su parte, el Dr. Pablo Rodríguez Ortiz, perito cirujano de trauma quien funge como Director del Centro de Trauma del Centro Médico de Puerto Rico, opinó que "el manejo que se hizo en este niño fue un manejo extraordinario".⁶ Añadió, que a la fecha "[e]ste niño no tiene

² Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 27.

³ Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 28.

⁴ Exposición Narrativa de la Prueba, págs. 28 y 29.

⁵ Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 62.

⁶ Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 117.

ningún problema. Los ojos se mueven de forma adecuada, no tiene déficit, no está ciego, no tiene deformidad en la cara o no tiene ningún problema, así que la decisión fue adecuada”.⁷ Con relación al absceso que se formó en la cara del paciente, este galeno puntualizó que constituye una complicación del trauma debido a las circunstancias del accidente y afirmó que el manejo de tal complicación fue “extraordinario”.⁸

Ello así, el Tribunal de Primera Instancia le dio credibilidad al testimonio de los peritos de la parte apelada. Luego de escuchar la evidencia pericial, el Tribunal de Primera Instancia consignó lo siguiente:

[...]

7. Como consecuencia del accidente Ray recibió un golpe en el área de la cara. Por esta razón fue llevado por sus parientes a la Sala de Emergencia del Hospital HIMA-San Pablo en Caguas. Allí se le hizo una tomografía computarizada (CT) del área afectada; se le suministró un antiinflamatorio (Toradol); se le administraron medicamentos para el dolor y una vacuna antitetánica; se inició en antibióticos de forma intravenosa y se ordenó su traslado a la Sala de Emergencia del Centro Médico de Río Piedras.

8. El resultado preliminar del CT realizado en el Hospital HIMA-San Pablo de Caguas reveló fractura no desplazada del seno maxilar.

9. El reporte final dictado el 18 de mayo de 2010 a las 9:17 a.m. revela lo siguiente:

Brain CT Scan, 05/17/2010;

Clinical History: Left orbital fracture,

Findings:

The examination reveals normal cerebral hemispheres. Pons, basal ganglia and midbrain structures were unremarkable. The ventricular system is preserved. No mass-effect or midline shift was noted. No significant attenuation defects were noted. No extra axial fluid collections were seen. There is no evidence of hemorrhage. Incidentally, orbital fracture would be described in the following report. Impression: Normal Brain CT Scan.

Orbital CT Scan:

Findings:

A blowout fracture of the left orbit is noted with depressed orbital floor. Extension into the ethmoidal sinus by way of the lamina papyracea is noted. There is fluid within the left maxillary ethmoidal and frontal sinus. There is also fracture of the medial maxillary antral wall extending the lacrimal duct.

⁷ Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 125.

⁸ Exposición Narrativa de la Prueba, pág. 126.

10. Ray llegó a la Sala de Emergencia del Centro Médico administrada por ASEM el 18 de mayo de 2010, aproximadamente a las 2:30 de la madrugada y fue evaluado por el médico "screener" a las 3:20 de la madrugada. Estaba consciente y presentaba trauma en el lado izquierdo de la cara con edema de párpado izquierdo, sin pupilas dilatadas; el tórax estaba normal, no tenía deformidades normales. Estaba alerta, sin déficit neurológico y signos vitales normales. El diagnóstico inicial fue fractura de órbita y seno maxilar izquierdo.

11. La lesión sufrida por Ray fue secundaria al impacto que recibió cuando se cayó mientras corría "four track".

12. Cuando Ray llegó a la Sala de Emergencia del Centro Médico ya le habían sido administradas dos dosis de Rocephin de forma intravenosa en el Hospital HIMA de Caguas.

13. El médico "screener" le ordenó un suero de normal salina, un antibiótico (Ancer 500 mg.) de forma intravenosa cada 6 horas y Tylenol con codeína en elixir para el dolor a administrarse cada 4-6 horas. En adición, puso consulta a los siguientes servicios: cirugía de trauma, cirugía oral y maxilofacial y al departamento de oftalmología.

14. Un cirujano maxilofacial contestó la consulta a las 6:30 de la mañana del 18 de mayo de 2010. Dicho facultativo documentó en el record medico de Ray los siguientes hallazgos: edema periorbital izquierdo sin restricción de movimientos oculares; oclusión (la mordida) estable; evaluó el CT Scan, el cual presentaba fractura de piso de órbita y pared postero/medial de la órbita izquierda.

15. Luego de la evaluación, el cirujano maxilofacial determinó que no se manejaría quirúrgicamente la fractura; que se le brindaría al paciente seguimiento y recomendó que de diera de alta de la Sala de Emergencia con cita a la Clínica de Cirugía Maxilofacial en una semana. A pesar de que no había evidencia de procesos infecciosos, como medida preventiva, se ordenó al momento del alta la prescripción del antibiótico oral Duricef cada 12 horas por 5 días y que se consultara al servicios de oftalmología. Sin embargo, esa consulta ya había sido hecha por el médico "screener" de la Sala de Emergencia.

16. El servicio de oftalmología evaluó a Ray el mismo día 18 de mayo de 2010 a la 1:20 de la tarde. Los records médicos reflejan que se documentó, en síntesis, que el paciente presentaba una fractura mínimamente desplazada de órbita, sin restricción de los movimientos oculares, sin "dispopía", sin "enoftalmia" (ojo hundido) con edema o hinchazón periorbital y que no tenía ninguna deficiencia en la función visual. Así, el oftalmólogo estuvo de acuerdo en que se diera de alta con el tratamiento de antibióticos y ordenó una cita de seguimiento en la Clínica de Oftalmología.

17. Mientras Ray estuvo en la Sala de Emergencias del Hospital HIMA-San Pablo de Caguas, como en la Sala de Emergencia del Centro Médico, se mantuvo en tratamiento de antibióticos intravenosos adecuados para prevenir las

posibles infecciones que podrían surgir debido al tipo de trauma que presentaba el menor.

18. Consideradas las recomendaciones de los especialistas consultados, Ray fue dado de alta el 18 de mayo de 2010 a las 3:00 de la tarde con las siguientes órdenes: dieta regular, la administración oral del antibiótico Duricef cada 12 horas por 5 días; limpiar el área de la cara con agua y jabón; cita en la Clínica de Cirugía Maxilofacial y cita en la Clínica de Oftalmología.

19. El 18 de mayo de 2010 no había ninguna indicación para el manejo quirúrgico de las lesiones sufridas por Ray a consecuencia del golpe que recibió en la cara. Tampoco había indicio de proceso infeccioso alguno.

20. Los padres de Ray le suministraron el antibiótico oral recetado por primera vez al día siguiente, luego de haber sido dado de alta de la Sala de Emergencia del Centro Médico, quedando descubierto la antibioterapia por un término considerable de tiempo.

21. El 21 de mayo de 2010 a las 12:45 p.m. Ray fue llevado a la Sala de Emergencia del Hospital HIMA-San Pablo Caguas. Conforme el record medico de dicho hospital, la queja principal fue hinchazón y molestia a palpación del ojo izquierdo debido a trauma. El diagnóstico figura como "L. Orbit Blowout FX-Infected". Luego de administrarle antibióticos intravenosos y medicamentos para el dolor se transfirió a la Sala de Emergencia del Centro Médico de Río Piedras.

22. El 21 de mayo de 2010 Ray ingresó a la Sala de Emergencia del Centro Medico. Presentaba hinchazón periorbital izquierda con descargas nasales purulentas. Se consultó los servicios de oftalmología y maxilofacial y se comenzó tratamiento con los antibióticos de forma intravenosa Cleocin 300 mg. cada 8 horas, Zosyn 3.375 gm. [sic] cada 8 horas. Se le brindó, además, medicamentos para controlar el dolor. Se ordenó un nuevo CT Scan el cual evidenció la formación de celulitis (edema o infección en los tejidos) periorbital izquierda, cambios inflamatorios en senos paranasales izquierdos con formación temprana de abscesos. En adición presentaba las fracturas orbitales anteriormente descritas.

23. El 22 de mayo de 2010, bajo anestesia local y sedación endovenosa, se realizó incisión y drenaje en el vestíbulo bucal del lado izquierdo y se añadió Vancomycin al régimen de antibioterapia.

24. El 24 de mayo de 2010 el servicio de ENT (otorrinolaringología) evalúa al paciente. Se lleva a sala de operaciones y se realizó bajo anestesia general los siguientes procedimientos: (1) Revisión, incisión y drenaje cachete izquierdo; (2) artrostomía del seno maxilar izquierdo; y (3) Etmoidectomía vía endonasal.

25. Ray continuó bajo el régimen de antibioterapia, con drenaje activo de pus por los siguientes dos (2) días.

26. El 27 de mayo de 2010 se sentía mucho mejor, pero aún tenía hinchazón facial en el lado izquierdo.

27. El día 28 se realizó una incisión y drenaje del cachete izquierdo.

28. Posteriormente se removieron los drenajes y el paciente fue dado de alta del hospital el 2 de junio de 2010 con cita a la clínica de maxilofacial en una semana.

29. Al presente Ray no presenta ningún problema relacionado con el golpe recibido en la caída; sus ojos se mueven de forma adecuada; no tuvo déficit; no está ciego y no tiene cicatrices ni deformidad de la cara.

Determinó, según hemos manifestado, que la evidencia presentada no estableció una desviación de la mejor práctica de la medicina.

A la luz de lo anterior, es razonable concluir, luego de detenidamente examinar el expediente ante nuestra consideración, y analizar los hechos al amparo del derecho esbozado, que el Hospital Universitario no incurrió en responsabilidad civil extracontractual, como bien resolvió el Tribunal de Primera Instancia. La totalidad de la prueba demostró que en todo momento se le brindó al menor el cuidado apropiado conforme a los principios médicos aceptables para un accidente como el de este caso y ante un cuadro clínico como el que este presentó.

Como bien pudimos apreciar en los documentos y conforme a la prueba pericial presentada, intervenir quirúrgicamente con el menor a su llegada a la sala de emergencia no era la práctica prevaleciente de la medicina. Resolvemos, pues, que no erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que no existe negligencia en este caso.

IV.

Con estos antecedentes, se confirma la sentencia apelada.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones