

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE GUAYAMA, FAJARDO Y HUMACAO

OSEAS ALEJANDRO
RODRÍGUEZ, POR SÍ,
JULIA ACOSTA VÁZQUEZ,
POR SÍ, LA SOCIEDAD
LEGAL DE GANANCIALES
POR ELLOS COMPUESTA

Demandantes-Apelados

Vs.

RYDER MEMORIAL
HOSPITAL, INC.,
DRA. MICHELLE RAMÍREZ
RUIZ, COMPAÑÍAS
ASEGURADORAS X, Y, Z

Demandados-Apelantes

KLAN201700774
consolidado con

KLAN201700791

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia, Sala
de Humacao

Caso Núm.:
HSCI201200146

Sobre:
Daños y
Perjuicios

Panel integrado por su presidenta, la Juez Coll Martí,
la Juez Lebrón Nieves y la Juez Méndez Miró

Méndez Miró, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 13 de junio de 2018.

La Dra. Michelle Ramírez Ruiz (doctora Ramírez),
mediante el *Recurso de Apelación* KLAN201700774, y el
Hospital Ryder Memorial, Inc. (Ryder), mediante el
recurso de *Apelación* KLAN201700791 (conjuntamente,
Apelantes), solicitan que este Tribunal revoque una
Sentencia que dictó el Tribunal de Primera Instancia,
Sala de Humacao (TPI). En esta, el TPI declaró con lugar
la demanda que presentó el Sr. Oseas Alejandro Rodríguez
(señor Alejandro), su esposa la Sra. Julia Acosta
Vázquez (señora Acosta) y la sociedad legal de bienes
gananciales que componen (conjuntamente, el matrimonio).

Se revoca al TPI.

I. Tracto Procesal

El 14 de febrero de 2012, el matrimonio presentó una *Demanda* sobre daños y perjuicios e impericia médica contra los Apelantes. El señor Alejandro indicó que, el 1 de marzo de 2011, sufrió una caída que le ocasionó ciertos traumas corporales, por lo cual se trasladó a la sala de emergencia de Ryder. Alegó, en esencia, que la doctora Ramírez, el Hospital y su personal se alejaron de la buena práctica de la medicina. Adujeron como actos culposos y/o negligentes de los Apelantes que: 1) no contaban con una máquina para realizar un CT; 2) la inserción del tubo de pecho le perforó las paredes del estómago y pulmón al señor Alejandro; 3) se halló un pedazo de guante en una cavidad torácica; y 4) no se obtuvo el consentimiento informado, entre otras. El señor Alejandro reclamó \$100,000.00 por concepto de daños físicos y \$50,000.00 por daños mentales. La señora Acosta reclamó \$50,000.00 por concepto de angustias mentales.

Los Apelantes presentaron sus respectivas contestaciones a la demanda. Negaron las alegaciones correspondientes y levantaron las defensas afirmativas atinentes.

El juicio en su fondo se celebró del 6 al 10 de julio de 2015. Por la parte demandante, testificó el Dr. José Rodríguez Crespo (doctor Rodríguez), la Sra. Gloria Rivera Tirado (señora Rivera), la Sra. Iris. Alejandro Acosta (señora Alejandro), el señor Alejandro y la señora Acosta. Por la parte demandada, testificó la doctora Ramírez y el Dr. Carlos Gómez Marcial (doctor Gómez).

El 28 de febrero de 2017, el TPI dictó una *Sentencia*. Determinó que el doctor Gómez, perito de los

Apelantes, cambió su opinión original, según constaba en su informe pericial. Por ende, indicó que su testimonio no le mereció credibilidad. Expuso, en cuanto al testimonio del doctor Rodríguez, perito del matrimonio, que no pudo ser impugnado, pues basó sus conclusiones en el récord médico. Dispuso que la doctora Ramírez fue negligente y ocasionó la perforación del estómago en la sala de emergencias de Ryder. Expresó, además, que Ryder respondía porque el señor Alejandro recibió tratamiento en su sala de emergencias. En fin, declaró con lugar la demanda y otorgó \$70, 000.00 al señor Alejandro y \$20,000.00 a la señora Acosta.

La doctora Ramírez solicitó la reconsideración de la *Sentencia* y determinaciones de hechos adicionales. Enumeró veinticuatro (24) determinaciones de hechos que entendió debían añadirse a la *Sentencia* del TPI. Ryder, también, solicitó determinaciones de hechos adicionales y la reconsideración de la *Sentencia*. Incorporó todos los argumentos que la doctora Ramírez levantó. El matrimonio se opuso. El TPI declaró no ha lugar las solicitudes de reconsideración y determinaciones de hechos adicionales.

Inconforme, la doctora Ramírez presentó su *Recurso de Apelación*. Indicó que TPI cometió los errores siguientes:

ERRÓ EL TPI AL NO RELACIONAR LOS HECHOS SEGÚN OCURRIDOS CONFORME DEMOSTRADO O ESTABLECIDO POR LA EVIDENCIA RECIBIDA.

ERRÓ EL TPI AL NEGAR CREDIBILIDAD AL PERITO [DEL MATRIMONIO] Y BASAR SU SENTENCIA EN UN PERITO INADECUADO.

ERRÓ EL TPI AL IMPONER RESPONSABILIDAD A LA DOCTORA RAMÍREZ POR DAÑOS QUE CAUSÓ.

ERRÓ EL TPI AL FIJAR LA CUANTÍA DE DAÑOS EN BASE JURISPRUDENCIAL INCORRECTA.

El Hospital presentó su *Apelación*. Indicó que el TPI cometió los errores siguientes:

PRIMER ERROR: ERRÓ EL [TPI] AL DICTAR SENTENCIA DE FORMA ARBITRARIA, CAPRICIOSA, IRRAZONABLE Y CONTRARIA A LA PRUEBA DESFILADA DECLARANDO CON LUGAR LA DEMANDA OMITIENDO RELACIONAR LOS HECHOS OCURRIDOS CONFORME DEMOSTRADO POR LA PRUEBA RECIBIDA EN JUICIO.

SEGUNDO ERROR: ERRÓ EL [TPI] AL DICTAR SENTENCIA DE FORMA ARBITRARIA, CAPRICIOSA, IRRAZONABLE Y CONTRARIA A LA PRUEBA DESFILADA DECLARANDO CON LUGAR LA DEMANDA NEGANDO CREDIBILIDAD AL PERITO EN EMERGENCIAS MÉDICAS DE LA PARTE DEMANDADA Y DANDO CREDIBILIDAD A UN PERITO INADECUADO Y NO CUALIFICADO EN ESA MATERIA MEDULAR AL CASO.

TERCER ERROR: ERRÓ EL [TPI] AL DICTAR SENTENCIA DE FORMA ARBITRARIA, CAPRICIOSA, IRRAZONABLE Y CONTRARIA A LA PRUEBA DESFILADA DECLARANDO CON LUGAR LA DEMANDA IMPONIENDO RESPONSABILIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE POR PARTE DE LA [DOCTORA RAMÍREZ].

CUARTO ERROR: ERRÓ EL [TPI] AL DICTAR SENTENCIA DE FORMA ARBITRARIA, CAPRICIOSA, IRRAZONABLE Y CONTRARIA A LA PRUEBA DESFILADA DECLARANDO CON LUGAR LA DEMANDA E IMPONIENDO DAÑOS SIN SEGUIR LA NORMA JURISPRUDENCIAL ESTABLECIDA EN EL CASO DE LUIS SANTIAGO MONTAÑEZ V. FRES[E]NIUS MEDICAL CARE (11 DE MAYO DE 2016).

El matrimonio presentó su *Alegato de la Parte Apelada*. Reconoció que la *Sentencia* contenía ciertos errores mecanográficos, tales como la fecha del incidente y el nombre del hospital a donde se solicitó transferir al señor Alejandro. No obstante, indicó que ello no afectaba la determinación del TPI. Sostuvo que el tubo de pecho que insertó la doctora Ramírez ocasionó la laceración de las paredes del estómago. Estableció que el doctor Rodríguez contaba con las credenciales y licencias requeridas para ser cualificado como perito en el área de la medicina. Señaló que el perito de los Apelantes (doctor Gómez), durante su testimonio, contravino lo que estableció en su informe pericial.

Señaló que, durante el juicio, el doctor Gómez esbozó una teoría nueva e indicó que el diafragma se laceró en el traslado al Centro Médico. Dispuso que la falta del CT en Ryder provocó que la doctora Ramírez no detectara la hernia gástrica y ocasionó que se perforaran las paredes del estómago. Expresó que no existían casos del Tribunal Supremo con hechos parecidos al de autos, por ende, el TPI actuó conforme a derecho al basar la cuantía de daños en casos de este Tribunal. En fin, solicitó que se confirmara la *Sentencia* del TPI.

La doctora Ramírez presentó un *Alegato Suplementario*. Indicó que el matrimonio nunca presentó prueba en cuanto a que se solicitó el traslado al Hospital Oriente o que este hospital tuviera disponible los servicios de CT. Adujo que el doctor Rodríguez no poseía experiencia en la sala de emergencias y se circunscribió a criticar el tratamiento que se brindó al señor Alejandro, sin describir cuál era la norma de cuidado aplicable a los hechos del caso. Señaló, por otra parte, que el doctor Gómez, como emergenciólogo, declaró que realizar un CT de pecho para diagnosticar un neumotórax no era la norma en la práctica de la medicina de emergencias. Añadió que el doctor Gómez no se retractó de su opinión pericial, sino que amplió su opinión, a base de la prueba directa que recibió durante el juicio. Indicó que la prueba testifical y pericial demostró que el tratamiento que se le otorgó al señor Alejandro fue adecuado para tratar el neumotórax cumpliendo, así, con la norma de cuidado requerida ante las circunstancias del caso. Por último, arguyó que la cantidad que el TPI concedió en daños era excesiva.

El Hospital, por su parte, presentó un *Alegato Suplementario del Codemandado Apelante, Hospital Ryder Memorial, Inc. (KLAN201700791)*. En este, se expresó únicamente en relación al señalamiento de error segundo, en cuanto a las calificaciones de los peritos. En esencia, alegó que el doctor Rodríguez era un médico generalista, que nunca practicó una toracotomía, mientras que el doctor Gómez, es un emergenciólogo que practicó un sinnúmero de estos procedimientos. Esbozó que el TPI debió adjudicarle mayor valor probatorio al testimonio del doctor Gómez. Dispuso que el TPI actuó irrazonable y arbitrariamente al concluir lo contrario.

Con el beneficio de la comparecencia de las partes, alegatos suplementarios, transcripción de la prueba oral y los autos originales, se resuelve.

II. Marco Legal

A. Apreciación de la Prueba

Como norma general, los foros apelativos no debemos intervenir con las determinaciones de hechos que hace un TPI, ni tampoco sustituir su criterio por el del juzgador. *Rivera Menéndez v. Action Services*, 185 DPR 431, 448 (2012). La razón jurídica tras esta normativa es clara, pues se trata de dar deferencia a un proceso que ha ocurrido principalmente ante los ojos del juzgador de instancia. Es ese juzgador quien observa y percibe el comportamiento de los testigos al momento de declarar y basándose en ello adjudica la credibilidad que le merecen sus testimonios. *SLG Rivera Carrasquillo v. AAA*, 177 DPR 345, 357 (2009). La declaración directa de un sólo testigo, de ser creída por el juzgador de hechos, es prueba suficiente de cualquier hecho. Regla 10(D) de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV. Corresponde al

tribunal sentenciador aquilatar la prueba testifical ofrecida y dirimir su credibilidad. *Trinidad v. Chade*, 153 DPR 280, 291 (2001).

A tenor de lo anterior, se le concede respeto a la adjudicación de credibilidad realizada por el juzgador primario de los hechos, dado que el foro apelativo cuenta solamente con récords mudos e inexpresivos. *Íd.* Por tal razón, las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral, no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas. Regla 42.2 de las Reglas de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2.

De ordinario, el pronunciamiento del TPI se sostendrá en toda su extensión por el tribunal apelativo en ausencia de prejuicio, parcialidad, error manifiesto o abuso de discreción. *Trans Oceanic Life Ins. v. Oracle Corp.*, 184 DPR 689 (2012).

Sin embargo, la norma de abstención y deferencia judicial no aplica en cuanto a la evaluación de prueba pericial y documental. En esos casos, los foros apelativos estamos en la misma posición que el foro recurrido. *Dye-Tex P.R., Inc., v. Royal Ins. Co., P.R.*, 150 DPR 658, 662-663 (2000). Los tribunales revisores tenemos amplia discreción en la apreciación de la prueba pericial, pudiendo adoptar nuestro propio criterio en la apreciación o evaluación de la misma y hasta descartarla aunque resulte técnicamente correcta. *Íd.*

Ahora bien, con relación a la admisión o exclusión de prueba pericial, es norma firme en nuestro ordenamiento jurídico que el juez de instancia tiene discreción amplia y sus determinaciones deben sostenerse, a menos que sean claramente erróneas. *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse*, 179 DPR 322 (2010). Así,

una vez el juez determina que un testigo está cualificado como perito o las partes estipulan su cualificación y se admite su testimonio, se puede presentar prueba sobre el valor probatorio del testimonio pericial para impugnar o sostener su credibilidad. *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse, supra.*

En estos casos, debemos evaluar si la determinación sobre el valor probatorio que le mereció el testimonio del perito al TPI, es cónsona con los parámetros que surgen de la Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 702, a saber: 1) las cualificaciones del perito; 2) la solidez de las bases de su testimonio; 3) la confiabilidad de la ciencia o técnica subyacente; y 4) la parcialidad del perito. *Dye-Tex de P.R., Inc. v. Royal Insurance Co., supra.*¹ Es decir, los tribunales revisores se regirán por los antedichos criterios a los fines de ponderar la admisibilidad y el valor probatorio del testimonio experto y el efecto del error, si alguno, conforme lo disponen las Reglas de Evidencia. Emmanuelli Jiménez, *La Nueva Regla 702, Un Cambio Fundamental en la Presentación de Prueba Pericial*, 44 Rev. Jur. U. Inter. P.R. 341, pág. 349 (2010).

B. Responsabilidad Extracontractual

El Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141, indica que: “[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”. Para imponer responsabilidad al amparo de dicho artículo, nuestro ordenamiento requiere la concurrencia de tres elementos: 1) que se establezca un daño sufrido; 2) que exista la

¹ Citando a E.L. Chiesa, *Práctica Procesal Puertorriqueña: Evidencia*, San Juan, Pubs. J.T.S., 1983, Vol. I, pág. 593.

relación causal entre el daño y la acción u omisión de un tercero; y 3) que dicho acto u omisión sea culposo o negligente. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 843 (2010).

La negligencia consiste en no precaver las consecuencias lógicas de una acción u omisión que cualquier persona prudente hubiese previsto bajo las mismas circunstancias. *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 164 (2006). La determinación de negligencia se basa en la consideración objetiva de lo que hubiese podido anticipar o prever, bajo las mismas circunstancias, un hombre prudente y razonable. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 132 (2004).

El elemento de previsibilidad está relacionado con el requisito de nexo causal. En nuestro ordenamiento jurídico extracontractual, gobierna la doctrina de la causalidad adecuada, la cual indica que no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796, 818-819 (2006).

Es decir, para que exista el deber de indemnizar, se requiere la existencia de un nexo causal entre el daño y el acto u omisión culposo o negligente. *Pacheco v. A.F.F.*, 112 DPR 296, 302 (1982). La acción u omisión tiene que ser idónea para producir el efecto operado, tiene que determinarlo normalmente. A fin de establecer esa vinculación de causa y efecto entre esos dos sucesos, tenemos que realizar un análisis retrospectivo de posibilidad. En vista de ello, no es suficiente que un hecho aparezca como condición de ese evento, si regularmente no trae aparejado ese resultado. *Estremera*

v. Inmobiliaria Rac, Inc., 109 DPR 852, 857 (1980).

C. Impericia Médica

En una acción en daños y perjuicios por impericia médica instada bajo el Art. 1802 del Código Civil, *supra*, el demandante tiene que demostrar, primero, cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; segundo, demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y tercero, probar que, en efecto, esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005). Entonces, ¿cuál ha de ser, pues, la norma de atención médica mínima exigible legalmente en casos de mala práctica en Puerto Rico? La respuesta es: aquella que, reconociendo los medios modernos de comunicación y de enseñanza, establece que el nivel o calidad de esa atención debe ser la que llena las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la profesión médica. *Oliveros v. Abreu*, 101 DPR 209, 227 (1973).

Por otro lado, nuestra Curia reconoce al galeno discreción profesional amplia en su trabajo y ha determinado que no es responsable de impericia médica cuando se enfrenta a una situación, en la cual cabe duda educada y razonable sobre cuál debe ser el curso a seguir. Además, nuestro Foro Supremo estableció que, al evaluar una acción en daños por alegada impericia médica, se debe tener presente que a los médicos les cobija una presunción en cuanto a que han ejercido un grado razonable de cuidado y el tratamiento fue el adecuado. *López v. Dr. Canizares*, *supra*, págs. 135-136. Por lo tanto, el demandante debe derrotar tal presunción mediante preponderancia de prueba, demostrando que el

médico fue negligente y que dicha conducta negligente fue el factor que con mayor probabilidad causó los daños alegados. La negligencia del médico no se presume por el hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya tenido éxito. *Íd.*

La defensa de error de juicio en el diagnóstico aplica cuando: 1) existe una duda razonable sobre la condición o enfermedad del paciente; 2) las autoridades médicas reconocidas están divididas en cuanto a cuál debe ser el procedimiento de diagnóstico a seguirse; y 3) el diagnóstico se hace después de un esfuerzo concienzudo del médico para enterarse de los síntomas y de la condición del paciente. Por lo tanto, el médico tiene el deber de hacer un esfuerzo para enterarse de los síntomas y de la condición del paciente, agotando los medios de diagnóstico diferencial que el estado del conocimiento pone a disposición de la profesión médica. *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 551; H. Brau del Toro, *Los daños y perjuicios extracontractuales en Puerto Rico*, 2da ed., 1986, Vol. I, pág. 248. Un error de juicio honesto y razonable en el diagnóstico y tratamiento constituye una eximente de responsabilidad cuando las autoridades médicas están en desacuerdo sobre cuál es la cura adecuada. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 5 (1988).

Finalmente, nuestra Curia más Alta ha aclarado que "cuando se trata de evaluar las determinaciones sobre impericia médica que están fundamentadas en la prueba pericial y documental ofrecida, este Tribunal está en igual posición para evaluarlas y hacer sus propias conclusiones". *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 551.

D. Testimonio Pericial en casos e Impericia Médica

En nuestro ordenamiento evidenciario la cualificación pericial es una determinación exclusiva del juzgador de los hechos, conforme a la Regla 109(A) de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 109(A). Por otra parte, la Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 702, indica que [c]uando el conocimiento científico, técnico o especializado sea de ayuda para la juzgadora o el juzgador poder entender la prueba o determinar un hecho en controversia, una persona testigo capacitada como perita -conforme a la Regla 703- podrá testificar en forma de opiniones o de otra manera". Al respecto, el profesor Ernesto L. Chiesa expone que el testimonio de un perito es admisible cuando el:

... testigo tenga el conocimiento, destreza, experiencia, entrenamiento o educación formal en relación con la materia de modo que su testimonio sea de ayuda al juzgador. No se requiere grado académico ni publicaciones en el área particular de peritaje, aunque esto afecte el valor probatorio del testimonio pericial.... La jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que la especialidad del perito se dirige, no a la calificación, sino al valor probatorio del testimonio pericial.

Se dice que un médico puede testificar como perito sobre cualquier rama de la medicina. Pero se hace hincapié en que la especialidad pesa mucho al estimar el valor probatorio. E. Chiesa, *Reglas de Evidencia de Puerto Rico*, Publicaciones JTS, Inc., 2009, pág. 223. (Énfasis suplido).

Nuestra Curia Máxima ha señalado que si bien la carencia de determinada especialidad no afecta la cualificación del perito, esta si afecta el peso de la prueba pericial. *Díaz v. Pneumatics & Hydraulics*, 169 DPR 273, 295 (2006). Recalca el Tribunal Supremo que, aunque prevalece un enfoque interpretativo liberal y según este enfoque un generalista y un especialista cualifican ambos como peritos, el especialista está en posición mejor respecto al valor probatorio de su

opinión. Es decir, donde la mayor o menor competencia del perito cobra relevancia es en la apreciación del valor probatorio de su declaración. *Íd.*

A manera de ejemplo, nuestra Curia más Alta, en casos de impericia médica, le ha dado carácter decisivo al testimonio pericial, en cuanto a valor probatorio se refiere, a la especialidad del médico perito. Como cuestión de hecho, en *Vda. de Torres v. Womble*, 99 DPR 859 (1971), se avaló la determinación que realizó el tribunal sentenciador a los efectos de negarle crédito a las declaraciones de un perito médico por no ser un "especialista en el campo genito-urinario". En *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816 (1987) el, Foro Máximo declaró con lugar la demanda, principalmente, por el valor probatorio escaso que le mereció el testimonio del perito de la parte demandante. Dicha parte utilizó como perito un doctor en medicina deportiva que no tenía estudios especializados en oftalmología, ni en dermatología, mientras que la parte demanda presentó el testimonio de un oftalmólogo reconocido.

III. Discusión

KLAN201700774

La doctora Ramírez indica, en esencia, que el TPI erró al: 1) no relacionar los hechos según ocurrieron; 2) negarle credibilidad al testimonio del doctor Gómez; 3) imponerle responsabilidad por los daños que el señor Alejandro sufrió; y 4) fijar una cuantía en base a una casuística inadecuada.

KLAN201700791

El Hospital sostiene, en resumen, que el TPI erró al: 1) dictar sentencia en contravención a la prueba que desfiló en el juicio; 2) darle credibilidad al doctor

Rodríguez, perito no especializado en la materia medular del caso; 3) imponerle responsabilidad a la doctora Ramírez; y 4) conceder una cuantía de daños sin cumplir con la norma en *Santiago Montañez v. Fresenius Medical Care*, 195 DPR 476 (2016).

Ambos recursos se discutirán conjuntamente porque presentan señalamientos de errores prácticamente idénticos.

En cuanto al error segundo y tercero, la doctora Ramírez indica que el TPI erró al basar su determinación en el testimonio del doctor Rodríguez. Señala que el doctor Rodríguez era un perito inadecuado, pues: 1) no tenía experiencia en sala de emergencias; 2) no recibió entrenamientos ni certificaciones en área de cuidado crítico; y 3) siempre servía de perito, en casos de impericia médica, a favor de la parte demandante. Señala que, durante el juicio, el doctor Rodríguez admitió desconocer ciertos términos médicos y los distintos tipos de ambulancia. Admitió no haber podido interpretar varias anotaciones que surgían del récord de Ryder. Expone que la opinión del doctor Rodríguez no se sustentó con evidencia médico científica alguna.

Por el contrario, la doctora Ramírez aduce que la prueba pericial que presentó junto a Ryder fue más robusta y certera. Resalta que el doctor Gómez era emergenciólogo y era Director Médico en la sala de emergencias del Hospital Pavía, en Santurce. Además, señala que el doctor Gómez tenía una publicación sobre el proceso de toracotomía y en su carrera había practicado dicho procedimiento en ocasiones múltiples. Añade que el doctor Gómez no se retractó, en corte

abierta, de la opinión que prestó en su informe pericial. Esboza que, durante su testimonio, el doctor Gómez se sostuvo y amplió su opinión, conforme permite el ordenamiento evidenciario. Aduce que lo anterior no implica una contracción que desmerezca la credibilidad de su perito.

La doctora Ramírez alega que la prueba documental y testifical demostró que el tubo de pecho no fue lo que perforó las paredes estomacales. Esboza que la herniación que se diagnosticó en Centro Médico se debió al mismo evento traumático que provocó el neumotórax. Afirma que, antes de trasladar al señor Alejandro a Centro Médico, era necesario estabilizarle, mediante el proceso de toracotomía. Señala que dicho procedimiento se realizó conforme a la mejor práctica de la medicina. Recalca que la norma no es posponer un proceso de toracotomía para realizar un CT.

Ryder señala que añade por referencia a su recurso todos los argumentos y discusión del derecho, según la doctora Ramírez los expuso. Añadió que, a base de la preparación y experiencia del doctor Gómez, el TPI debió adjudicarle mayor valor probatorio a su testimonio. Los Apelantes tienen razón.

Este Tribunal examinó con detenimiento el expediente apelativo, los informes periciales, los récords médicos, la transcripción de la prueba oral y los autos originales del caso. Luego de evaluar la prueba documental y pericial detenidamente –para lo cual estamos en igual condición que el TPI– este Tribunal estima que la doctora Ramírez no actuó negligentemente en el tratamiento del señor Alejandro. De igual forma,

concluye que Ryder no tiene responsabilidad alguna por los daños que el señor Alejandro alegó sufrir. Veamos.

El TPI determinó que se impugnó el testimonio del doctor Gómez, pues este se retractó de la opinión que planteó en su *Informe Médico Pericial*. Dispuso que no se logró impugnar el testimonio del doctor Rodríguez, puesto que este se basó en el expediente médico. Primero, ambos galenos –tanto el doctor Rodríguez, como el doctor Gómez– están capacitados para fungir como peritos en el caso de autos, según la Regla 703 de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 703. No obstante, según se indicó en la Sec. II (D), la carencia de determinada especialidad afecta el peso de la prueba pericial, aunque no afecte la cualificación del perito. Aun cuando en Puerto Rico prevalece un enfoque liberal al momento de la calificación de un perito, lo cierto es que, en casos de impericia médica, se ha concedido mayor valor probatorio a la prueba presentada a través de un especialista.

En el caso que este Tribunal examina, el testimonio e *Informe Médico Parcial* del doctor Gómez tiene mayor valor probatorio que las declaraciones e Informe Parcial que preparó el doctor Rodríguez. Esto se debe a que el primero es un especialista-emergenciólogo, mientras que el segundo es un médico generalista. Lo anterior se comprueba con el hecho de que el doctor Rodríguez desconocía ciertos términos médicos que surgían del Récord Médico del Hospital Ryder (Récord de Ryder)², ignoraba el tipo de ambulancia que transportó al señor Alejandro a Centro Médico y no había tomado

² Prueba Documental Autos Originales del TPI.

certificaciones y entrenamientos relativos al tratamiento y cuidado en sala de emergencia, entre otros.

Contrario a lo que consigna el TPI y alega el matrimonio, el doctor Gómez no se retractó de la opinión que vertió en su *Informe Médico Pericial*. En este, el doctor Gómez concluyó, entre otras, que "debido a la hernia diafragmática y protrusión del estómago a la cavidad torácica se perfora accidentalmente el estómago".³ (Énfasis suplido). Por otra parte, el doctor Gómez indicó, durante el juicio, que el diafragma se laceró por razón de la caída y, durante el traslado a Centro Médico, tuvo que lastimarse más, pasando el contenido gástrico hacia la cavidad torácica. Estos argumentos, aparentemente contradictorios, no son suficientes para restarle valor probatorio al testimonio y al *Informe Médico Pericial* del doctor Gómez. El doctor Gómez, en esencia, planteó más de una explicación sobre las causas próximas de la laceración. Nuestro ordenamiento evidenciario lo permite, según la Regla 704 de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 704.⁴

Además, en su *Sentencia*, el TPI declaró con lugar la demanda. Determinó que los Apelantes respondían solidariamente por los daños que el señor Alejandro sufrió. Basa su determinación en factores múltiples, a saber:

1. La doctora Ramírez incurrió en impericia médica al negar el traslado del señor Alejandro a otro hospital que pudiese brindarle el servicio de CT.

³ Apéndice Apelación, pág. 233; Prueba Documental Autos Originales del TPI.

⁴ Regla 704:

Las opiniones o inferencias de una persona como testigo pericial pueden estar basadas en hechos o datos percibidos por ella o dentro de su conocimiento personal o informados a ella antes de o durante el juicio o vista. [...]

La señora Rivera testificó que tan pronto llegaron a Ryder les indicaron que no tenían disponible los servicios de CT.⁵ Explicó que habló con una doctora antes de que bajaran al señor Alejandro de la camilla.⁶ Declaró que le indicó al personal del Ryder que "si no había los medios para poderle realizar las pruebas necesarias que se necesitaban que porque no [se] iba[n] del hospital".⁷

Expresó que:

R Nos dijeron que...

P ¿Qué ella le dijo?

R Que no se le podía realizar una prueba necesaria y entonces, pues, nosotros le dijimos que nos lo queríamos llevar. Y nos dijeron que no, que no se podía hacer de hospital a hospital, tiene que ser de hospital al Centro Médico. Yo le dije que había otros hospitales aquí en Humacao que se podían realizar esas pruebas y nos dijeron que no, que no se podía, que solamente pues iba a hacer una radiografía y que con eso pues tal vez se podía resolver.⁸

La señora Rivera dispuso que decidieron quedarse en el Ryder, ya que les informaron que con una radiografía a lo mejor, se podría llegar a un diagnóstico.⁹ La señora Alejandro reafirmó que tan pronto llegaron a Ryder se les comunicó que no había máquina de CT.¹⁰ Testificó que solicitó, entonces, "moverlo a otro hospital para hacerle el CT, aunque regresara de nuevo al Ryder y nos dijeron que no, que tan pronto llegaba al Ryder era directamente a Centro Médico".¹¹

La doctora Ramírez declaró que el señor Alejandro llegó a Ryder con un "non-rebreather mask". Explicó que

⁵ Transcripción de la Prueba Oral, pág. 343.

⁶ *Íd.*, pág. 346.

⁷ *Íd.*, pág. 345.

⁸ *Íd.*, pág. 346.

⁹ *Íd.*, págs.347-348.

¹⁰ *Íd.*, pág. 363.

¹¹ *Íd.*, pág. 364.

el "non-rebreather mask" era una "mascarilla que suple al paciente una cantidad de oxígeno, que puede ser hasta un cien por ciento (100%), que nos garantiza a nosotros que el paciente está siendo ventilado. Recibiendo esa cantidad de oxígeno".¹² Expresó que realizó un examen físico del señor Alejandro:

R Sí. Este, según las guías de "trauma life support", verdad, nosotros nos dejamos llevar por lo que se llamas (sic.) las siglas "A.B.C.D.", que eso es que uno debe de comenzar evaluando la vía aérea, lo que es "A", que es "airway". Donde puede identificar que el paciente no tiene ningún, a lo mejor, trauma facial o algún..., algo que esté bloqueando su respiración, eh, y que eso entonces, esté afectando. Luego voy a la parte "B", que es "breathing", que es donde yo examino como está la respiración del paciente. Eh, vuelvo, entonces, voy a la parte "C"... Todo eso se hace de una forma continua y rápida. "C", donde puedo evaluar como está la circulación del paciente, su pulso, su presión y puedo entonces determinar si algo está comprometiendo su vía circulatoria. Y "D", se le conoce "D" de "disability", es donde yo puedo examinar su estado mental.¹³

Explicó que, a simple vista, se podía detectar que el señor Alejandro tenía dificultad respiratoria.¹⁴ En cuanto a la oxigenación, expresó que la "non-rebreather mask" estaba oxigenando a un noventa y siete por ciento (97%) por oximetría de pulso, que una vez trató de retirársela para en realidad ver cuánto estaba oxigenando a ambiente, disminuyó la saturación. Afirmó que ello indicaba que había algo comprometiendo la respiración del señor Alejandro.¹⁵ Indicó que halló que el señor Alejandro estaba "respirando con dolor y cuando respira siente dolor y que sus respiraciones están

¹² *Íd.*, pág. 491.

¹³ *Íd.*, pág. 493.

¹⁴ *Íd.*, pág. 495.

¹⁵ *Íd.*, pág. 496.

siendo, aunque continuas, eh, livianas, porque el paciente cuando respira le da dolor y entonces mantiene sus respiraciones cortas". Esbozó que, en ese momento, el señor Alejandro estaba presentando dificultad respiratoria, lo que se conocía también como un "shortness of breath", o respiraciones acortadas y dolorosas.¹⁶

A base del cuadro clínico antes descrito, se puede concluir que el señor Alejandro estaba en una condición crítica. Ello, pues, estaba respirando por la asistencia de una mascarilla. Surge del Récord de Ryder, y según declaró la doctora Ramírez, que el señor Alejandro tenía una saturación de 97%, por razón del "non-rebreather mask". No obstante, también surge del Récord de Ryder que el señor Alejandro tenía un "80% at RA". El doctor Rodríguez testificó que ello significaba que el señor Alejandro solo estaba utilizando un 80% de sus capacidades respiratorias.¹⁷ El doctor Rodríguez explicó que si el señor Alejandro estuviese saturando oxígeno al 80% estaría comenzado a estar hipóxico.¹⁸ Por otra parte, el doctor Gómez expresó que cuando se le quitó el "non-rebreather mask", bajó súbitamente a 80 % la saturación de oxígeno, lo que significaba que el señor Alejandro no estaba respirando apropiadamente.¹⁹

Es decir, este Tribunal estima que cuando el señor Alejandro llegó a Ryder, se encontraba en un estado de emergencia. Tenía la respiración comprometida. Por ende, era necesario estabilizar tal condición antes de trasladarlo a cualquier hospital a realizarse estudios

¹⁶ *Íd.*, págs. 504-505.

¹⁷ *Íd.*, pág. 209.

¹⁸ *Íd.*, pág. 212.

¹⁹ *Íd.*, pág. 641.

adicionales, como un CT. Así lo comprobó el testimonio del doctor Rodríguez, así como el del doctor Gómez. En esencia, el doctor Rodríguez reconoció que:

P Y a tenor con ese examen físico es que usted, como le indicó al Honorable Tribunal ayer, está de acuerdo que este paciente tenía un problema respiratorio.

R Eso es correcto, un problema respiratorio.

P Y como consecuencia de ese problema ventilatorio era razonable pensar en un neumotórax.

R Bueno, podría pensarse, lo que... ¿puedo terminar?

P Esa es la pregunta.

R Sí... No, esto, que sí, que se podía pensar en eso.

P Bien. Y usted reconoce que eso es una condición de emergencia.

R De emergencia, correcto.

P Una condición de emergencia, porque si no se trata se puede complicar.

R Definitivamente.

P Y puede afectar hasta la vida del paciente.

R Puede incurrir hasta en un infarto del miocardio y morir.²⁰ (Énfasis suplido).

Al ser contrainterrogado, el doctor Rodríguez, también, aclaró que:

P y usted entendía, como dijo ayer durante el día, de que este paciente tan pronto llegó allí se debió haber transferido a otro Hospital.

R No, eso no es lo que yo dije. Yo dije que se debió haber transferido tan pronto llegó allí si no había, si no había -como aparentemente no había- los servicios de CT. Y si no hay neumólogo, y si no hay cirugía ¿cuál es la idea de no haberlo - como decimos los médicos-[...], o sea, referirle enseguida, no al Centro Médico, a Caguas que es mucho más cerca.

²⁰ *Íd.*, pág. 237.

P O sea, que, doctor, no tocarlo y referirlo inmediatamente.

R Eso no es lo que yo he dicho, licenciado, perdóneme.

P Esa es la pregunta que yo le estoy formulando, doctor.

R Ah, pues yo... el paciente hay que examinarlo y estabilizarlo, pero tiene que... ¿Cómo usted va a referir un paciente...? Y en el referido, ¿qué va a poner?, ¿lo envió sin examinarlo? No. El paciente hay que examinarlo, llegar a una conclusión, aunque no sea definitiva y estabilizarlo si es posible y entonces es que se procede a referirlo, aunque no haga el procedimiento.

[...]

P O sea, que lo importante es estabilizar al paciente.

R Definitivamente.²¹ (Énfasis suplido).

Por otra parte, la doctora Ramírez declaró que:

P El distinguido compañero le preguntó, si con el conocimiento de que no había la máquina de CT disponible para los estudios, para descartar esas cosas que el trauma pudo haber ocasionado, más allá de lo que usted observó en las radiografías que se le hicieron, se podía trasladar el paciente sin la intervención de la inserción del tubo, y usted le contestó que no.

R Que no.

P ¿Por qué no se podía hacer eso?

R Porque lo que estaba amenazando en el momento su vida, era el neumotórax, y eso se supone que se resuelva en el momento que se identifica el problema.²² (Énfasis suplido).

El doctor Gómez expresó que:

P ¿Se le preguntó sobre que cuando llega a ASEM se identifica una saturación de un setenta por ciento (70%)?

R Correcto.

P ¿Qué explicación tiene usted para eso?

²¹ Íd., pág. 264.

²² Íd., págs. 601-602.

R Eh, la hernia ha desplazado más todavía el pulmón y hay menos espacio para que ese pulmón se haya expandido y aun cuando tiene el tubo de pecho puesto, no se ha podido re-expandir. Por eso es que los pacientes antes de transferirse en estas condiciones, hay que estabilizarlos. Y por eso la importancia, y eso lo dice el Colegio Americano de Cirugía, bien claramente, usted va a transferir un paciente con un neumotórax, usted se asegura de que es paciente llegue vivo y lo mejor posible al otro lado. Si no llega a tener ese tubo de pecho este señor, se hubiera no solamente fastidiado con la eventración, sino que no hubiera habido capacidad ninguna para sacar el aire de la cavidad torácica. Y entonces, lo que es un neumotórax simple, si, es un neumotórax simple, pero el neumotórax simple con el tiempo se va convirtiendo en a tensión. Y si vamos a esperar que haya neumotórax a tensión, las cosas se cogen tempranamente para evitar que ocurran mayores desgracias. Evitar el neumotórax a tensión, se pone..., si tiene más de un veinte por ciento (20%), se le pasa el tubo de pecho para evitar que eso siga y entonces tenemos una complicación que se llama "ne[u]motórax a tensión". Que no es una complicación, el neumotórax de mayor grado.²³ (Énfasis suplido).

Los tres facultativos coincidieron en que el neumotórax que se le diagnosticó al señor Alejandro constituía una condición de emergencia pues, sin atenderse, podía ocasionar hasta la muerte del señor Alejandro. Los galenos estuvieron de acuerdo, además, en que antes de autorizar cualquier traslado, procedía estabilizar al señor Alejandro. Este Tribunal estima que la doctora Ramírez actuó de forma diligente al no trasladar al señor Alejandro inmediatamente. La doctora, correctamente, examinó al señor Alejandro, diagnosticó que sufrió un trauma que comprometió su capacidad respiratoria y, conforme a sus hallazgos, realizó el procedimiento necesario para estabilizarlo. Después de todo, la prioridad debe ser siempre la de

²³ Íd., págs. 763-764.

salvar la vida del paciente. La doctora Ramírez actuó conforme a esto y cumplió con su deber.

2. El no haberse practicado el estudio de CT impidió que se detectara la herniación que provocó el desplazamiento del estómago hacia la cavidad torácica.
3. La doctora Ramírez fue negligente al brindarle tratamiento al señor Alejandro. Entendió que al colocar el tubo de pecho, enajenada de la presencia de herniaciones gástricas o diafragmáticas, la doctora Ramírez perforó las paredes del estómago del señor Alejandro.

El matrimonio sostiene que el tubo de pecho que insertó la doctora Ramírez ocasionó la laceración de las paredes del estómago. Alega que, de haberse realizado un CT, la doctora Ramírez se hubiera percatado que el señor Alejandro tenía una hernia gástrica.

El doctor Rodríguez testificó que, según el récord del Hospital, el señor Alejandro llegó a las 12:25 p.m. del 1 de marzo de 2011.²⁴ Expresó que las quejas principales del señor Alejandro eran dolor de pecho y dificultad respiratoria.²⁵ Explicó que del Récord de Ryder surgía que se llevó a cabo una evaluación general donde se estipularon varias cosas, a saber: "que [el señor Alejandro] tiene dificultad respiratoria, que los sonidos de respiración están disminuidos, que tiene dolor en el cuello, la cabeza, laceración en el brazo izquierdo, creo que en el codo izquierdo".²⁶

La doctora Ramírez testificó que, como parte del examen físico, auscultó al señor Alejandro para determinar si había o no sonidos ventilatorios. Indicó que encontró que los sonidos estaban disminuidos, en el

²⁴ *Íd.*, pág. 47.

²⁵ *Íd.*

²⁶ *Íd.*, pág. 48.

lado izquierdo del pulmón.²⁷ Además, estableció que "el abdomen está suave, depresible (sic.) y sin dolor, "non tendered".²⁸ El Récord de Ryder revela también, en el *Physician History & Physical Examination*, que en los encasillados referentes al abdomen, la doctora Ramírez marcó lo siguiente: *soft, not tender y bowel sounds*.²⁹

El doctor Rodríguez declaró que entendía que la doctora Ramírez diagnosticó el neumotórax mediante la radiografía que realizó. Explicó que no había duda que podía ser un neumotórax por: 1) el tipo de caída; 2) el tipo de síntomas que presentó el señor Alejandro; y 3) la placa que se le mandó a hacer del pecho.³⁰ Al ser conainterrogado, el doctor Rodríguez declaró que:

P ¿Concurre usted con la Academia de Cirujanos de Estados Unidos, Comité de Trauma, de que para llevar a cabo la inserción de un tubo de pecho ante un neumotórax no es necesario un CT?

R Claramente que no es necesario, le diría que es de gran ayuda. Pero inclusive, lo puede hacer por sospecha como se hacía antes. Pero esos tiempos han cambiado grandemente.

P Inclusive, lo puede hacer sin radiografía.

R Eso fue lo que acabo de decir. Pero esos tiempos cambiaron.

P O sea, que llevarlo a cabo sin radiografía o sin CT no constituye una desviación de un procedimiento médico en sala de emergencias.

R Lo constituye si usted tiene las facilidades.

P Ah, o sea, que si tengo las facilidades estoy obligado a utilizarlo, es lo que usted está diciendo.

R Pues claramente que sí, porque esa es la buena práctica de la medicina. Si tiene

²⁷ *Íd.*, pág. 507.

²⁸ *Íd.*, pág. 510.

²⁹ Por otra parte, la doctora Ramírez no marcó la opción de *no hernias presente*. Véase Prueba Documental Autos Originales del TPI.

³⁰ Transcripción de la Prueba Oral, págs. 66-67.

las facilidades y no lo hace se está arriesgando a un montón de cosas.³¹

En cuanto a la necesidad de realizar un CT Scan, el doctor Gómez declaró que no era necesario realizar un CT de pecho para diagnosticar un neumotórax y proceder con la toracotomía. Dispuso que el neumotórax se diagnosticaba clínicamente. Esbozó que el cúmulo de data que presentó el señor Alejandro --la dificultad respiratoria, la hipoxia, la taquicardia-- respondía a que se llevara a cabo la inserción del tubo de pecho.³²

La doctora Ramírez realizó dos placas de pecho, una antes y una después del procedimiento de toracotomía. La señora Alejandro explicó que al señor Alejandro le realizaron una radiografía sencilla. Indicó que la doctora Ramírez les informó que era "bien raro" que el neumotórax se hubiera reflejado en la placa que se realizó. Recontó que la doctora Ramírez le explicó que al señor Alejandro habría que colocarle un tubo de pecho porque su pulmón había colapsado.³³ La doctora Ramírez afirmó que, mediante la radiografía de pecho, pudo corroborar que, en efecto, el señor Alejandro tenía un neumotórax.³⁴ Añadió la doctora Ramírez que:

P Okey. ¿Y qué...? ¿Conforme a la observación que usted hace de esa radiografía de pecho, qué tipo de neumotórax era el que presentaba este paciente?

R Él tenía un neumotórax grande.

P ¿Y qué significa para usted ese hallazgo?

R Pues, que hay un acumulo de aire que está, eh, ocupando toda esa cavidad o mayor o prácticamente toda el área de la cavidad, que esta, eh, propiciando a que el pulmón esté colapsado y no pueda expandirse para hacer su función, verdad, que es de ventilar y que puede traer

³¹ *Íd.*, págs. 262-263.

³² *Íd.*, págs. 640-643.

³³ *Íd.*, págs. 364-365.

³⁴ *Íd.*, pág. 515.

complicaciones como seguir desplazando todos los órganos vitales hacia el área contrario, eh, entre otros, verdad, eh, bazo grande, eh, el otro pulmón, hasta la capacidad del corazón para hacer su trabajo de bombeo y esto puede conllevar a que el paciente se deteriore, verdad, porque sigue comprimiendo todos los grandes bazo y los órganos contrarios y el paciente puede tener un arresto cardiorrespiratorio y morir.³⁵

De nuevo, según surge de la prueba testifical y pericial, no es necesario realizar un CT para diagnosticar la presencia del neumotórax. Era suficiente con estudiar la sintomatología que presentaba el señor Alejandro. La doctora Ramírez sospechó, de acuerdo al cuadro fáctico que presentó el señor Alejandro, que tenía un pulmón colapsado y realizó una placa de pecho que corroboró tal presunción.

El doctor Rodríguez entendió que la doctora Ramírez nunca sospechó de la presencia de hernias gástricas o diafragmáticas. Estimó que, para confirmar la presencia de herniación, era necesario realizar un CT, estudio que no estaba disponible en Ryder. Afirmó que los CT's en Centro Médico confirmaron las hernias. Añadió que, cuando se realizó la cirugía en Centro Médico, se confirmó la perforación del estómago. Agregó que "la placa de pecho post-procedimiento (sic.) en el Ryder tampoco hubiese reflejado las hernias, porque si no las reflejó en la primera placa que se tomó, pues no lo hubiese reflejado en la segunda. La primera placa lo que reflejó fue el neumotórax".³⁶ Al ser contrainterrogado, el doctor Rodríguez intimó que, con toda probabilidad, la doctora Ramírez nunca pensó en las hernias, pues nunca

³⁵ *Íd.*, pág. 516-517. Al ser contrainterrogada, la doctora Ramírez admitió que del Récord de Ryder no se desprende el tamaño del neumotórax. *Íd.*, pág. 571.

³⁶ *Íd.*, pág. 102.

se reflejaron en las placas que realizó. Entendió que "como no se hizo CT pues no hay certificación de que ella las notara y mucho menos de que pensara en ellas".³⁷

Por otra parte, durante su contrainterrogatorio, la doctora Ramírez testificó que, en ningún momento, sospechó que el señor Alejandro tuviese alguna hernia. Admitió que, si hubiera realizado el CT, con toda probabilidad, la hernia se hubiera reflejado.³⁸ La doctora Ramírez reconoció, además, que la segunda placa confirmó que el tubo se colocó correctamente y que "llegó a donde tenía que llegar, verdad, que era la cavidad torácica".³⁹

El doctor Gómez testificó, en cuanto a la sintomatología del señor Alejandro cuando llegó a Ryder, que:

R [...] Y lo interesante es que lo que se escucha en este caso son los sonidos ventilatorios distantes, o sea, muy poquitos. O sea, que obviamente, el pulmón estaba afectado. Pero más aún, cuando uno va al abdomen, dice que estaba suave y depreciable, no doloroso, con sonidos peristálticos presentes. O sea, que lo que me trae luego de que yo evalúo todo el récord, es que el estómago sigue estando en su sitio, de que no había una propulsión de ese estómago hacia la cavidad torácica, porque no se escucha peristalsis en la cavidad torácica. Y que definitivamente, en la condición que está este señor, más aun si lo voy a transferir, eh, hay que aplicarle un tubo de pecho, que es lo único que va a salvaguardar el que ese neumotórax no siga expandiendo y yo pueda llevar un paciente que se pueda trabajar, a un centro donde lo van a trabajar.⁴⁰ (Énfasis suplido).

El doctor Rodríguez expresó que en Centro Médico se comprobó, mediante CT, que "había una hernia gástrica y

³⁷ *Íd.*, pág. 137.

³⁸ *Íd.*, pág. 590.

³⁹ *Íd.*, pág. 524.

⁴⁰ *Íd.*, pág. 645.

una diafragmática, y que la inserción del tubo que se hizo en Ryder estaba perforando el estómago, y que se veía porque habían dejado puesto el tubo que supuestamente iba a hacer la toracocentesis, y que ese tubo estaba perforando el estómago, y por eso se produjo más tarde el hemoneumotórax porque aparentemente también lesionó las paredes de la pleura[...]"⁴¹ El doctor Rodríguez insistió en que, si se hubiera realizado el CT en Ryder, la herniación se hubiera detectado.⁴²

Sin embargo, el doctor Gómez afirma que, aun si se hubiera realizado el CT en Ryder, este, con toda probabilidad, no hubiera reflejado la presencia de herniación. En específico, dispuso que:

P Y usted indicó, cuando le preguntaron, si ese CT se hace en el Ryder, verdad que vamos a encontrar la área diafragmática, la hernia gástrica, y usted contestó que no, que no podía decir que eso se iba a hallar aquí. ¿Por qué?

R Por lo que le estoy diciendo, no hay unos sonidos gástricos en la cavidad torácica, eh, y yo no creo que en ese momento esa hernia existía. Sí, existía posiblemente la ruptura del diafragma. Pero la hernia como tal, no puedo asegurar... Y la pregunta es que si yo puedo confirmar, no puedo confirmarlo y menos cuando no hay unos hallazgos de sonidos gástricos dentro de la cámara..., eh, dentro del tórax.⁴³ (Énfasis suplido).

El doctor Gómez añadió que surgía del *Récord Médico del Hospital Centro Médico* (Récord de Centro Médico)⁴⁴ que no fue hasta que se realizó el historial y el examen físico, que se sospechó de una hernia diafragmática con eventración. Declaró que fue en Centro Médico donde se escucharon los sonidos de peristalsis en la cavidad

⁴¹ *Íd.*, pág. 84.

⁴² *Íd.*, pág. 94.

⁴³ *Íd.*, pág. 765.

⁴⁴ Apéndice Oposición Apelación, págs. 1-231; Prueba Documental Autos Originales del TPI.

torácica.⁴⁵ Reafirmó que “[l]a sospecha de ese diagnóstico se le atribuye a la auscultación del pulmón, donde se escuchan los sonidos del sistema digestivo, que eso no debe estar ahí, debe estar en el abdomen”.⁴⁶

Explicó que:

R Eh, déjeme leerlo en inglés, dice “left chest tube with skin to places with a thoracic cavity [abutting]⁴⁷ the superior surfaces of the hernia stomach”. Dice que el tubo del pecho está adosado, adosado, eso es una de las grandes dudas que tengo, dice que está adosado, no introducido en la cavidad gástrica. Y eso es una de las dudas, porque yo no puedo confirmar muchas cosas. Porque aquí no dice que está penetrando la cavidad gástrica, dice que está al lado de la cavidad gástrica, número uno. Número dos, cuando la doctora le hace el examen físico en Humacao, el paciente tiene un abdomen totalmente negativo. Tiene una auscultación que no se oyen los sonidos..., o se oyen disminuidos los sonidos ventilatorios. Sin embargo, cuando está en Centro Médico, a las auscultación de los pulmones, ya hay peristalsis. Los sonidos gástricos se escuchan en el pulmón. Y el abdomen está, eh, durito.

JUEZ: ¿Está qué?

TESTIGO: Duro. Agudo, eso quiere decir que hay algo malo en ese abdomen. Y por eso es que le digo, Su Señoría, que los procesos son lentos. Quizás cuando la doctora vio el paciente en Humacao, el diafragma..., porque esto es como un globo, hay una... El

⁴⁵ Transcripción de la Prueba Oral, pág. 768.

⁴⁶ *Íd.*, pág. 769.

⁴⁷ El doctor Gómez explicó que:

JUEZ: Antes de que siga. Hay una frase que yo quiero que me explique y la mencionó usted “a boating”. ¿Qué es quiere decir esa frase?

TESTIGO: “A boating” en contiguo. Una cosa es perforar...

JUEZ: ¿“Boating” es un verbo?

TESTIGO: Sí. Me permite su carterita, joven. Esto es perforar. Esto es “a boating”. Adosado, al lado. Y yo no veo que ese CT Scan diga que está perforado el estómago. Eso fue un hallazgo... De hecho, ni siquiera está en el informe pre-operatorio, es un hallazgo intra-operatorio. En la página dieciséis (16), licenciado Rivera, le digo porque mi teoría de que tengo unas dudas razonables. Si usted se fija el examen físico que se hace en Centro Médico... *Íd.*, págs. 755-756.

diafragma nada más que es un músculo de cada lado, que aguanta el contenido del abdomen. Pasan los grandes bazos y el esófago. Y cuando hay una compresión, como fue la caída del caballero, pueden romperse. Pero es como esto. Pero es un chispito. Y el diafragma es lo que mueve los pulmones. Sube y baja, sube y baja, sube y baja. Y ese movimiento puede seguir rompiendo el diafragma. Y entonces, es que hay una eventración del contenido gástrico. Por eso es que yo no le puedo confirmar, si no oigo sonidos gástricos en el tórax, y ese fue el hallazgo de la doctora en Humacao, que esta eventración se había realizado. Si lo puedo confirmar que se había realizado cuando llega a Centro Médico, porque el médico de Centro Médico, de sala de emergencia, indica que en el pulmón, en la cavidad torácica, lo que escucha son sonidos del estómago, de peristalsis. Entonces, ahí la cavidad gástrica está desplazando..., no solamente el aire, está desplazando el pulmón, sino que la cavidad gástrica también. Y por eso es mi gran duda, de donde fue que ocurrió la penetración de este tubo. Porque si no había contenido gástrico en la cavidad torácica, ese tubo se pudo haber manipulado en cualquier momento, posicionando al paciente, o en...⁴⁸ (Énfasis suplido).

Según la prueba que este Tribunal examinó, surgió que la doctora Ramírez no sospechó, ni tenía porque hacerlo, que había una herniación diafragmática o gástrica. El trauma y queja principal del señor Alejandro fue, en todo momento, el dolor de pecho y la dificultad respiratoria. Además, cuando la doctora Ramírez realizó el examen físico, indicó que el abdomen del señor Alejandro estaba sin dolor y "non tendered". Asimismo, lo consignó en el Récord de Ryder. La doctora Ramírez, mediante un CT, pudiera haber detectado la herniación. Este Tribunal no puede emitir tal

⁴⁸ Íd., págs. 751-753; Véase, además, el Récord de Centro Médico.

conclusión. No obstante, bajo el cuadro fáctico/clínico que la doctora Ramírez tenía ante sí, no podía pensar que el señor Alejandro, además del neumotórax, también tenía una hernia gástrica o diafragmática. Es decir, a juzgar por la prueba, el señor Alejandro no presentó -- en momento alguno-- en el Ryder, algún síntoma indicativo de herniación. Por ende, la falta del hecho de que no era necesario realizar un CT para diagnosticar el neumotórax (queja principal), sumado al factor de que no había sonidos gástricos en la cavidad torácica, mueven a este Tribunal a concluir que la doctora Ramírez no actuó negligentemente al no practicar el estudio de CT, máxime: 1) cuando le era imposible; y 2) no era previsible, de acuerdo a los síntomas del señor Alejandro, que este estudio fuera indispensable para confirmar algún diagnóstico o salvarle la vida.

En cuanto a la colocación del tubo de pecho, la doctora Ramírez testificó que realizó una placa de pecho, con una máquina portátil, luego de culminar el proceso de toracotomía.⁴⁹ Testificó que:

P ¿Y a tenor con la intervención que usted tiene con este paciente y la situación de emergencia que usted atiende, cuál fue el resultado de esa intervención suya con respecto a esa emergencia?

R Que el neumotórax era..., que era un neumotórax, o sea, que no era un hemotórax, que lo que se estaba ocupando en la cavidad torácica era aire, en este caso, no sangre al momento. Que se confirmó cuando se puso el tubo de pecho y lo que estaba saliendo por el tubo. Que sus vitales continuaban siendo estable[s]. Que no había sangrado evidente, verdad, no fue una herida de bala ni fue una laceración profunda. Y que el paciente después del procedimiento, mejoró y se estabilizó.⁵⁰

⁴⁹ Transcripción de la Prueba Oral, pág. 524.

⁵⁰ *Íd.*, págs. 541-542.

Por otra parte, en cuanto a la perforación al estómago, el doctor Rodríguez declaró que lo más lógico era pensar que la doctora Ramírez fue quien la ocasionó.⁵¹ En su *Informe Pericial*⁵² consignó que “[d]ebido a que estas hernias no se tomaron en consideración, las paredes del estómago fueron perforadas al insertar el tubo para el procedimiento y no se percataron”.⁵³

El doctor Gómez expresó en su *Informe Médico Pericial* que “[t]odo procedimiento en sí tiene unos riesgos inherentes como en este caso, que debido a la hernia diafragmática y protrusión del estómago a la cavidad torácica se perfora accidentalmente el estómago sin mayor consecuencia que la de repararlo sin secuela alguna y dicha cirugía había que llevarla a cabo para reparar el diafragma, lesión primaria y a consecuencia del trauma”.⁵⁴ En cuanto a esta aseveración, explicó que lo que quería decir era que un procedimiento como la toracotomía podía lesionar un órgano. En este caso, indicó que el estómago fue el órgano que se hirió. Afirmó que en Centro Médico fue donde se identificó la lesión al estómago. Recalcó que no se identificó ni siquiera en el CT inicial en Centro Médico, sino en la sala de operaciones.⁵⁵

En cuanto a los hallazgos de Centro Médico, el doctor Gómez enunció que el Récord de Centro Médico disponía que:

R “Left chest tube, found perforating
 stomach would with gastric content

⁵¹ *Íd.*, pág. 143.

⁵² Apéndice Oposición Apelación, págs. 232-234; Prueba Documental Autos Originales del TPI.

⁵³ Apéndice Oposición Apelación, pág.233; Prueba Documental Autos Originales del TPI.

⁵⁴ Apéndice Apelación, pág. 61; Autos Originales del TPI.

⁵⁵ Transcripción de la Prueba Oral, pág. 678.

graining per tube and grossly within chest cavity". Dice "que hay un tubo de pecho, que se encuentra un tubo de pecho que está perforando el estómago dentro de la cavidad, eh, está dentro de la cavidad gástrica y que está drenando contenido de la cavidad gástrica y que se encuentra en el pecho.

P Okey. ¿Y todavía usted insiste que el tubo fue bien colocado? ¿Aun con estos hallazgos que yo le estoy mostrando ahora, si o no?

R ¿Qué si fue bien colocado?

P Sí.

R Bueno, esta...

P No, le pregunto, con los hallazgos que encontré aquí.

R Sí, fue bien colocado.

P ¡Ah! Fue bien colocado. ¿Pero está perforando el estómago?

R Eso es una de las complicaciones.⁵⁶

En cuanto a la laceración, el doctor Gómez declaró que:

TESTIGO: Que en el hemitórax (sic.) izquierdo, no hay sonido ventilatorio. Okey. Sin embargo, dice "but fluid sound".

JUEZ: "Fluid sound".

TESTIGO: Pero sonidos de líquido, que son del sistema digestivo. Eso dista mucho del hallazgo inicial de la doctora [Ramírez] en el Ryder. Por eso es que yo le digo que se rajó el diafragma. Y con el movimiento del diafragma se fue rajando más. Hasta que el contenido gástrico que está aguantado por diafragma, el diafragma es un domo, es un domo, un techo, que aguante el..., separa el contenido gástrico del torácico. Aquí están los pulmones. Aquí está el estómago, páncreas, hígado, bazo, intestino grueso, intestino delgado. Si eso se lacera, yo le dije "rajar", la palabra correcta es lacerar, eso se puede seguir abriendo, porque es un músculo, solamente es un músculo. Y ese

⁵⁶ *Íd.*, pág. 693.

músculo lo que hace es que permite, por las presiones intra-torácicas negativas, que el diafragma haga esto. Permite que el movimiento del pulmón se expanda y se cierre. Expanda y contraiga, expanda y contraiga.⁵⁷

El doctor Gómez añadió que no dudaba que el diafragma se hubiera lacerado por la compresión del golpe. Reafirmó que era imposible detectar la herniación en Ryder, pues no se hubiera escuchado una disminución de los sonidos respiratorios y si se hubieran oído sonidos de líquido en la cavidad. Estimó que, durante el traslado a Centro Médico, ese diafragma tuvo que lacerarse más, pasando el contenido gástrico hacia la cavidad torácica.⁵⁸

Conforme a la prueba testifical y pericial que obra en el expediente judicial, este Tribunal concluye que el señor Alejandro no presentaba síntomas de herniación gástrica o diafragmática cuando la doctora Ramírez insertó el tubo de pecho en Ryder. La doctora Ramírez confirmó, mediante la segunda placa, que el tubo se insertó correctamente. Además, para la doctora Ramírez la herniación no era previsible, pues el señor Alejandro no tenía un abdomen rígido y tampoco se detectaron sonidos de líquidos gástricos en el pulmón, según se discutió anteriormente. En fin, la doctora Ramírez no fue negligente al insertar el tubo de pecho.

Por último, surge de la evidencia que obra en el expediente apelativo que uno de los hallazgos post-quirúrgicos en Centro Médico fue un pedazo de guante en la cavidad torácica del señor Alejandro.⁵⁹ El

⁵⁷ *Íd.*, págs. 760-761.

⁵⁸ *Íd.*, pág. 762.

⁵⁹ Apéndice Oposición Apelación, pág. 197, Prueba Documental Autos Originales del TPI.

doctor Rodríguez declaró que el *Informe de Cirugía* en Centro Médico no especificaba de dónde provenía ese guante. Opinó que fue en Ryder donde único se intervino en esa área interna.⁶⁰ Expresó que dejar este cuerpo extraño en la cavidad era algo inconcebible. Indicó que la única explicación que podía dar era que esto sucedió porque había poca experiencia para hacer el procedimiento, o porque se hizo con mucha prisa.⁶¹ Así lo consignó, además, en su *Informe Pericial*. Por otra parte, al ser contrainterrogado, el doctor Gómez testificó que el pedazo de guante podía ser secundario a la toracotomía.⁶²

En efecto, como norma general, dejar un pedazo de guante o cualquier cuerpo extraño luego de realizar un proceso quirúrgico es constitutivo de un acto negligente. Sin embargo, para que se configure una causa de acción por impericia médica es indispensable que haya, además de negligencia, una causa adecuada entre los actos constitutivos de daños y el perjuicio que se alega sufrir. En este caso, no existe un nexo causal entre el pedazo de guante y la laceración al estómago que sufrió el señor Alejandro. Por ende, bajo las circunstancias particulares del caso, el pedazo de guante en la cavidad torácica no es constitutivo de una causa de acción bajo el Art. 1802, *supra*.

4. Fue inexcusable la demora en la tramitación del traslado a Centro Médico. El TPI entendió que conseguir una ambulancia con el equipo necesario no podía tomar tanto tiempo como el que los Apelantes pretendían establecer.

En cuanto al tiempo que tardó en coordinarse el traslado de Ryder a Centro Médico, el doctor Rodríguez

⁶⁰ Transcripción de la Prueba Oral, págs. 146-147.

⁶¹ *Íd.*, págs. 84-85.

⁶² *Íd.*, pág. 737.

indicó que la toracotomía culminó a las 2:10 p.m., aproximadamente, y no fue hasta las 5:00 p.m. que la ambulancia llegó a Ryder para trasladar al señor Alejandro. Recalcó que la coordinación del traslado tomó alrededor de tres horas.⁶³

La doctora Ramírez explicó que llamó a Centro Médico a las 3:00 p.m. para presentar el caso del señor Alejandro.⁶⁴ Explicó que habló con "striller" o secretario en la sala de emergencia de Centro Médico. Expresó que le dio a esta persona los datos importantes y el historial médico del señor Alejandro. Indicó que habló, además, con la doctora Barrios, a quien le contó sobre lo que sucedió con el señor Alejandro, el tratamiento que recibió en el Ryder, y la razón por la cual se solicita el traslado. Testificó que la doctora Barrios aceptó el caso.⁶⁵ Explicó que este era el protocolo a seguir, según se estableció en las guías de emergencia. Dispuso que había que seguir este protocolo de llamadas, pues tenía que: 1) alertar a la sala de emergencia del otro hospital sobre la condición del paciente; y 2) cerciorarse que el equipo y el personal necesario estuviesen disponibles.⁶⁶

Luego de confirmar la disponibilidad en Centro Médico, la doctora Ramírez expresó que se comunicó con el personal de Ryder para que se coordinara el transporte con las ambulancias. Esbozó que solicitó transporte en una ambulancia de cuidado crítico.⁶⁷ Indicó que se

⁶³ *Íd.*, pág. 75.

⁶⁴ *Íd.*, pág. 527.

⁶⁵ *Íd.*, pág. 529.

⁶⁶ *Íd.*, págs. 530-531.

⁶⁷ *Íd.*, pág. 531. La doctora Ramírez explicó que:

P ¿Qué es eso de una ambulancia de cuidado crítico?

R Una ambulancia de cuidado critico es una ambulancia que tiene todo el equipo necesario para asistir al paciente en el transporte. Ya sea

contrataron con Frenchy's, quienes tenían una ambulación tipo tres, de cuidado crítico.⁶⁸ Articuló que completó la hoja de traslado a las 4:00 p.m.⁶⁹ Expresó que la ambulancia llegó alrededor de las 5:00 p.m. a Ryder.⁷⁰

Este Tribunal concluye que la tramitación del traslado a Centro Medico no se demoró irrazonablemente. La doctora Ramírez recontó los trámites que realizó para coordinar la transportación del señor Alejandro en una ambulancia tipo tres, la más adecuada para trasladarlo, conforme a su condición. Además, se aseguró que Centro Médico tuviera lo necesario para atender al señor Alejandro. Todo lo anterior le tomó a la doctora Ramírez alrededor de una hora. Indicó que comenzó el proceso de llamadas a las 3:00 p.m., luego de hacer las anotaciones post-toracotomía, y terminó de completar la hoja de traslado a las 4:00 p.m. No obstante, la ambulancia llegó a las 5:00 p.m. Es irrazonable atribuirle a la doctora Ramírez cualquier demora que tuvo la ambulancia; máxime, cuando ella cumplió a cabalidad con asegurar que el señor Alejandro recibiera el mejor tratamiento durante su traslado.

5. No desfiló prueba sobre la negligencia del personal hospitalario. No obstante, el TPI determinó que Ryder respondía solidariamente, según *Fraguada v. Hospital Auxilio Mutuo*, 186 DPR 365 (2012), ya que al señor Alejandro se le atendió a través de la sala de emergencias.

su monitor cardiaco, su oxígeno, eh, tiene..., los paramédicos capacitados verdad, porque ellos reciben unos entrenamientos verdad para tratar este tipo de condiciones. Eh, tiene su camilla, tiene su equipo, [...] que restringen al paciente para cualquier movimiento para el transporte, verdad, porque el paciente va con un tubo de pecho que debemos evitar que eso se mueva o se le salga durante el transporte. *Íd.*, págs. 531-532.

⁶⁸ *Íd.*, pág. 532.

⁶⁹ *Íd.*, pág. 540.

⁷⁰ *Íd.*, pág. 535.

Este Tribunal no identificó prueba alguna que demuestre negligencia por parte de Ryder. Además, según este Tribunal determinó, tampoco se constituyó una causa de acción por impericia médica en contra de la doctora Ramírez. Por ende, ni Ryder, ni la doctora Ramírez, responden por los daños que el señor Alejandro sufrió.

En fin, luego de evaluar la prueba testifical y documental este Tribunal concluye que el matrimonio falló en probar que la doctora Ramírez lo trató de forma negligente. Según se discutió en la Sec. II (C), para que se configure una causa de acción por impericia médica se tiene que: 1) demostrar cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables; 2) establecer que el médico incumplió con estas normas; y 3) probar que, en efecto, ello ocasionó la lesión.

En este caso se demostró que la doctora Ramírez realizó un examen físico adecuado, diagnosticó correctamente el neumotórax, confirmó su diagnóstico con una primera placa, realizó una toracotomía conforme la mejor práctica de la medicina y confirmó que el tubo de pecho se insertó correctamente con una segunda placa. En cuanto a la herniación, se concluye que el señor Alejandro, mientras estuvo en el Ryder, no presentó síntoma alguno de una hernia gástrica o diafragmática, puesto que su abdomen no estaba rígido y tampoco se detectaron sonidos de jugos gástricos en los pulmones. Por ende, la doctora Ramírez, con el equipo que tenía disponible en Ryder y ante el cuadro completo sintomatológico que presentó el señor Alejandro, no tenía razón para sospechar de tal condición. En nuestro ordenamiento jurídico existe una presunción en cuanto a que los galenos han ejercido un grado razonable de

cuidado y cuanto a que el tratamiento que ofrecen es el adecuado. Esta presunción no se rebatió. Las complicaciones que sufrió el señor Alejandro son lamentables, mas no atribuibles al tratamiento que la doctora Ramírez le brindó.

Conforme a la discusión anterior, es innecesario entrar a discutir los errores primero y cuarto.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos, se revoca la *Sentencia* del TPI.

Notifíquese.

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

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