

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL X

JUANA RIVERA VARGAS
t/c/p JUANITA RIVERA
VARGAS; GLADYS
FIGUEROA RIVERA, su
esposo RUBÉN NIETO
RODRÍGUEZ; ANA
FIGUEROA RIVERA, su
esposo MILTON PÉREZ
BERMÚDEZ; JOSÉ NIETO
FIGUEROA; JENNIFER
NIETO FIGUEROA Y
RAMÓN E. PÉREZ
FIGUEROA

Apelantes

v.

DRA. LUZ J. BÁEZ
MÉNDEZ, su esposo JOHN
DOE y la SOCIEDAD DE
BIENES GANANCIALES y
otros

Apelados

KLAN202200748

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de
Mayagüez

Sobre:
Daños y Perjuicios
Mala Práctica
Médica

Caso Núm.:
ISCI201800624

Panel integrado por su presidente, el Juez Rodríguez Casillas, el Juez Adames Soto, la Juez Mateu Meléndez y el Juez Marrero Guerrero.

Rodríguez Casillas, juez ponente.

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 5 de mayo de 2023.

Comparece ante nos la Sra. Juana Rivera Vargas t/c/c Juanita Rivera Vargas (en adelante, señora Rivera Vargas o apelante) mediante el presente recurso de apelación para que revoquemos la Sentencia dictada el 7 de julio de 2022,¹ por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Mayagüez (en adelante, TPI). Allí, se declaró no ha lugar la acción civil en daños y perjuicios por impericia médica instada por la parte apelante.

¹ Notificada el mismo día.

Considerados los escritos de las partes, la documentación admitida como la prueba pericial desfilada durante el juicio en su fondo y la transcripción de la prueba oral, resolvemos confirmar la decisión apelada.

-I-

La causa de acción en el presente caso surge como resultado del fallecimiento del Sr. Ramón Figueroa Manzanares (en adelante, señor Figueroa Manzanares) el 13 de noviembre de 2017. Según se desprende de la segunda demanda enmendada,² presentada por su esposa, la señora Rivera Vargas; sus hijas, Gladys y Ana de apellidos Figueroa Rivera y otros familiares,³ le imputan negligencia a la Dra. Luz J. Báez Méndez (en adelante, Dra. Báez Méndez),⁴ al no brindar un tratamiento médico adecuado al causante cuando éste acudió a la Sala de Emergencias del Hospital Perea de Mayagüez tras haber sufrido una caída en su casa. Alegaron que la muerte del señor Figueroa Manzanares pudo haberse evitado si se le hubiese colocado un collar cervical para inmovilizarle la columna vertebral, dada su edad y el trauma multisistémico que sufrió tras la caída.⁵ Además, arguyeron que la Dra. Báez Méndez fue negligente al no realizar un historial completo ni adecuado sobre la queja principal, omitiendo el examen del cuello en un paciente con trauma en la cabeza. Asimismo, fue negligente al confiar en un estudio radiológico subóptimo que no reflejó la totalidad de la columna cervical, pasando por desapercibida la fractura de la C6 y C7; fractura que

² La Demanda original fue presentada el 27 de julio de 2018. El 25 de octubre de 2018 se presentó Demanda Enmendada y el 19 de junio de 2019 la Segunda Demanda Enmendada.

³ También comparecieron como codemandantes el Sr. Rubén Nieto Rodríguez y el Sr. Milton Pérez Bermúdez – yernos del causante; José Nieto Figueroa, Jennifer Nieto Figueroa y Ramón Pérez Figueroa – nietos del causante.

⁴ Se incluyó como codemandado al Hospital Perea, Inc. Sin embargo, el 24 de junio de 2019 el TPI dictó Sentencia Parcial acogiendo la *Moción de desistimiento voluntario parcial con perjuicio por transacción* incoada por la parte demandante. En consecuencia, se decretó el archivo, con perjuicio, de la causa de acción en cuanto al Hospital Perea. Véase, Apéndice 8 del recurso de apelación, pág. 86.

⁵ Por este único hecho, la parte demandante también le imputó responsabilidad al codemandado Mia Ambulance, Inc. Véase, Apéndice 6 del recurso de apelación, pág. 10.

alegan fue la causa próxima del fallecimiento del señor Figueroa Manzanares. Por estos hechos, los demandantes/aquí apelantes reclamaron una compensación monetaria por sus sufrimientos y angustias mentales.

La Dra. Báez Méndez contestó la demanda enmendada negando las imputaciones de negligencia en su contra.

Tras los incidentes procesales de rigor, el juicio se celebró el 23, 24 y 25 de febrero de 2022. Por la parte demandante/aquí apelante, testificó la señora Rivera Vargas y demás familiares codemandantes; así, como el perito, Dr. Edwin Miranda Aponte (en adelante, Dr. Miranda Aponte). Mientras que por la parte demandada/aquí apelada, declaró la Sra. Janitizi Medina Núñez, la Dra. Báez Méndez y el perito, Dr. Carlos A. Gómez Marcial (en adelante, Dr. Gómez Marcial). Ambas partes presentaron prueba documental.

Finalizado el juicio, el 7 de julio de 2022 el TPI dictó y notificó la Sentencia apelada desestimando la demanda en daños y perjuicios. En la referida Sentencia, se hicieron constar los siguientes hechos estipulados:

1. *Juana Rivera Vargas es mayor de edad y estuvo casada con el causante, Sr. Ramón Figueroa Manzanares.*
2. *Gladys Figueroa Rivera y Rubén Nieto Rodríguez, son mayores de edad, casados, ella hija de la demandante y del causante; él yerno de la demandante y del causante.*
3. *Ana Figueroa Rivera y Milton Pérez Bermúdez, son mayores de edad, casados, ella hija de la demandante y del causante; él yerno de la demandante y del causante.*
4. *José Nieto Figueroa es hijo de los codemandantes, Gladys Figueroa Rivera y Rubén Nieto Rodríguez y nieto de la demandante y del causante, y es mayor de edad, soltero, desempleado.*
5. *Jennifer Nieto Figueroa, es hija de los codemandantes Gladys Figueroa Rivera y Rubén Nieto Rodríguez y nieto de la demandante y del causante; es mayor de edad, soltera y empleada.*
6. *Ramón Pérez Figueroa es hijo de los codemandantes, Ana Figueroa Rivera y Milton Pérez Bermúdez y nieto de la demandante y del causante; es mayor de edad, soltero, desempleado.*
7. *La Dra. Luz J. Báez Méndez, es médico de profesión con licencia regular desde diciembre de 2003; soltera.*
8. *La Dra. Luz Báez Méndez tiene como aseguradora al Sindicato para la Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Médico-Hospitalaria (SIMED).*

9. *La codemandada, MIA Ambulance, Inc., es una corporación con fines de lucro organizada bajo las leyes de Puerto Rico que brinda servicios de transporte de pacientes en ambulancia. La dirección física y postal es Reparto Los Maestros, Número 7, Aguada; Puerto Rico.*
10. *A base del descubrimiento de prueba, la codemandada, MIA Ambulance, no tiene compañía aseguradora que cubra los daños aquí incluidos y solicitados.*
11. *El día 13 de noviembre de 2017, en horas entradas de la mañana, el Sr. Ramón Figueroa Manzanares (señor Figueroa Manzanares), sufrió una caída en su residencia.*
12. *A consecuencia de dicha caída se realizó una llamada al 911 y se presentó una ambulancia de MIA Ambulance, Inc. (MIA), aproximadamente a las 12:11 pm.*
13. *Los paramédicos que llegaron en la ambulancia de la codemandada, MIA, que eran empleados de dicha corporación, documentaron el historial de la queja principal como que tuvo una caída y se dio en la cabeza.*
14. *Al llegar los paramédicos a la casa, el señor Figueroa Manzanares se encontraba sentado y consciente.*
15. *Dichos paramédicos tomaron los signos vitales y documentaron el mecanismo de trauma como caída de sus pies.*
16. *Al examen físico realizado por dichos paramédicos, estos indicaron que se encontraba consciente, alerta, orientado, con pupilas iguales, con pulmones claros y ritmo regular del corazón. Fue trasladado por dichos paramédicos en la ambulancia a la Sala de Emergencias del Hospital Perea de Mayagüez.*
17. *Aproximadamente a la 1:29 pm, el señor Figueroa Manzanares, fue recibido en el Hospital Perea de Mayagüez, donde se documentó la queja principal por el enfermero de TRIAGE, como múltiples traumas.*
18. *Se documentó que el dolor fue de intensidad fuerte, escala 7-8/10, fijo, asociado a nauseas, agudo, constante y acalambante. Le afectaba el apetito, el caminar y tuvo limitación al movimiento musculo esquelético. El enfermero de TRIAGE no inmovilizó la columna.*
19. *Aproximadamente a la 1:30 pm, el señor Figueroa Manzanares fue evaluado por la Dra. Luz J. Báez Méndez (doctora Báez Méndez), quien recogió el historial de la queja principal como paciente masculino de 86 años que fue traído a la sala de emergencias por trauma en el hombro derecho y cabeza por caída en su hogar.*
20. *El dolor fue estimado en la intensidad severa, escala 9/10 y de carácter como puñalada.*
21. *En la revisión por sistemas, pertinente, se documentó trauma en la cabeza y en el hombro derecho.*
22. *Al examen físico pertinente se encontró dolor en la palpación del hombro izquierdo con limitación del rango de movimiento, pero sin déficits vasculares.*
23. *Aproximadamente a las 2:20 pm se redactaron las órdenes diagnósticas que fueron CT scan de la cabeza, radiografías de la columna cervical en proyecciones AP, lateral y con la boca abierta, radiografías de pecho, codo, hombro y muñeca derecha. Las órdenes terapéuticas fueron Demerol 25 mg IM. El objetivo del manejo clínico fue documentado como descartar condiciones que amenazaran la vida. Las órdenes se tomaron a las 3:57 pm.*
24. *Las radiografías del hombro y codo derechos fueron interpretadas por la radióloga, Dra. Ana Suárez Lozada (doctora Suárez Lozada), entre las 5:00 pm y 5:01 pm del 13 de noviembre de 2017, como osteopenia difusa y cambios degenerativos e inflamatorios articulares. La*

- radiografía de pecho fue interpretada a las 5:03 pm como osteopenia difusa y espondilosis de la columna torácica.*
25. *Del estudio que realizó la doctora Suárez Lozada, de la columna cervical, se desprende que: (a) hubo osteopenia difusa sin fracturas desde C1 a C4; (b) la columna cervical baja no se incluyó completamente en la proyección lateral; (c) su impresión fue de estudio limitado y osteopenia difusa.*
26. *A las 5:19 pm, la doctora Báez Méndez documentó en su nota de seguimiento y alta, que el CT scan de la cabeza fue negativo y hubo fractura del hombro derecho. También documentó que el doctor Pérez López le daría seguimiento el próximo 15 de noviembre de 2017 y el paciente salió del hospital en silla de ruedas.*
27. *La Hoja de Instrucciones que se le entregó al paciente indicó, entre otras cosas, que acudiera a la oficina del doctor Pérez López el miércoles 15 de noviembre de 2017 y tomara el medicamento Ultracet (analgésico) dos tabletas cada seis (6) horas.*
28. *La lectura oficial del CT scan de la cabeza fue realizada por el radiólogo Dr. Gilberto A. Franceschini el 14 de noviembre de 2017, a las 8:10 am como: enfermedad moderada de pequeños vasos, un cefalohematoma (chichón) temporoparietal izquierdo grande, sinusitis y se recomendó seguimiento con otro CT scan o MRI de la cabeza si fuera clínicamente indicado.*
29. *El señor Figueroa Manzanares falleció en su residencia el 13 de noviembre de 2017, aproximadamente a las 7:00 pm.*
30. *Se realizó un Informe de Autopsia, que fue liberado el 4 de mayo de 2018, donde se determinó la causa de muerte como trauma corporal.*
31. *Los hallazgos más sobresalientes de la autopsia fueron una hemorragia subaracnoidea en las áreas fronto-parieto-occipital derecha y en el aspecto posterior y superior de los lóbulos cerebrales. Hubo infiltrados hemorrágicos subdurales en las fosas inferiores de la base del cerebro. Los huesos de la base y de la bóveda del cráneo estuvieron intactos y libres de fracturas. Hubo una fractura entre el segmento cervical 6ta y 7ma con compresión del cordón espinal y hematoma subgaleal izquierdo del cráneo.⁶*

Con relación al causante Figueroa Manzanares, el foro primario entendió probados los siguientes hechos:

32. *Al ser evaluado por la doctora Báez Méndez, el paciente se encontraba consciente, alerta y orientado, con pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Éste le indicó que se había resbalado, caído al suelo y que su esposa lo ayudó a levantarse.*
33. *Tenía hinchazón del cuero cabelludo y los sistemas cardiovascular, abdominal y pulmonar estaban normales.*
34. *El diagnóstico de impresión fue de trauma menor en la cabeza y dolor en el hombro izquierdo.*
35. *El paciente presentaba dolor en el brazo y hombro derecho. No refirió dolor en la cabeza ni en el cuello. Del examen realizado por la doctora Báez, ésta observó que el paciente movía el cuello de lado a lado.*
36. *Al recibir los resultados del CT scan, la doctora Báez Méndez llamó a la doctora Suárez para corroborar que no había sangrado. El resultado de dicho CT scan fue negativo.*

⁶ Apéndice I del recurso de apelación, págs. 3-7.

37. Las radiografías de la columna cervical fueron interpretadas por la radióloga el 13 de noviembre de 2017, solo de proyecciones AP y lateral.
38. Al examinar las placas, la doctora Báez Méndez vio que estaba leída “subóptima”, pero el paciente estaba consciente, con Glasgow (GCS) de 15 (normal), por lo que decidió no repetirlo. El paciente seguía consciente y estable.
39. La radiografía de la columna no reflejó fracturas desde C1 hasta C4.
40. La condición neurológica del paciente era estable, el paciente siempre estuvo tranquilo.⁷
[...]
76. La única intervención de los paramédicos fue atenderlo en la residencia y, con la prontitud que pudieron, llevarlo a la sala de emergencia.
77. Los paramédicos no colocaron un collar cervical al paciente.
78. La doctora Báez tampoco colocó un collar cervical que, según la mejor práctica de la medicina, era recomendable.
79. Ésta interpretó incorrectamente la radiografía en cuanto a la fractura de hombro, pues la fractura fue en la muñeca (radio distal).
80. Debido a que la radiografía cervical era subóptima, era recomendable repetirla, pero la doctora Báez no ordenó una nueva radiografía.
81. En el informe médico forense, el patólogo establece la causa principal de la muerte, las causas coayudantes y las causas menores.
82. El sumario diagnóstico del informe forense de la autopsia realizada al señor Figueroa Manzanares revela lo siguiente:
1. Trauma corporal:
 - a. Hemorragia subaracnoidea.
 - b. Lóbulo cerebrales bilateralmente y focal.
 - c. Lóbulo parieto-occipital posterior derecho.
 - d. Un infiltrado subdural en fosas inferiores de la base del cráneo.
 2. Fractura con compresión de cordón espinal en segmentos de la columna vertebral cervical 6ta y 7ma.
 3. Hematoma subgaleal izquierdo del cráneo.
 4. Edema pulmonar bilateral.
 5. Cardiopatía isquémica:
 - a. Enfermedad aterosclerótica valvular y aórtica severa.
 6. Infartos lacunares ganglios basales bilaterales, remotos.
 7. Hipertrofia, próstata.
 8. Esteatosis, cambios por fibrosis, hígado.
 9. Esplenomegalia.
 10. Nefrosclerosis y quistes corticales simples renales bilaterales.
83. El informe forense concluye que la causa de muerte fue trauma corporal. La manera de muerte: accidente.⁸

En cuanto al Dr. Miranda Aponte, perito de la parte demandante/aquí apelante, el TPI realizó las siguientes

⁷ *Id.*, pág. 7.

⁸ *Id.*, págs. 11-12.

determinaciones de hechos:

41. *El Dr. Edwin Miranda Aponte, perito de la parte demandante, es doctor en medicina. Comenzó su carrera como médico en el año 1983. Estudió un Bachillerato en ciencias naturales, con concentración química y biología, en la Universidad de Puerto Rico. Luego estudio en Universidad Literaria en Valencia, donde obtuvo licenciatura en medicina y cirugía. Completó un internado flexible en el Hospital en Humacao de enero a diciembre de 1982. Practicó medicina desde 1983 hasta el 2018 ininterrumpidamente. Trabajó en el Hospital Universitario y fue instructor clínico hasta el 1994. Trabajó como médico de emergencia en el Hospital Auxilio Mutuo. Ocupó posiciones de dirección en el Centro Médico y tuvo contrato en Sala de Emergencia en ASEM. Trabajó, además, en el Hospital HIMA San Pablo, Caguas.*
42. *El Dr. Miranda Aponte tiene cursos para manejar traumatismo. Fue presidente del Comité Farmacia y Terapéutica. Realizó funciones asignadas por facultad médica y/o director médico. No fue miembro de Boards.*
43. *No tiene adiestramiento formal en medicina de emergencia. Obtuvo certificación como emergenciólogo otorgado por lo que era el Tribunal Examinador de Médicos, hoy Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica. Desde el año 2001 realiza peritajes médicos. No tiene licencia vigente para ejercer la medicina, pues expiró en el año 2019 y el Dr. Miranda Aponte no la renovó. Al presente, continúa realizando trabajo de peritaje. Rindió un informe pericial para la parte demandante, el cual fue admitido en evidencia.⁹*

El Dr. Gómez Marcial, declaró como perito de la parte demandada/aquí apelada. Sobre su testimonio, el TPI hizo las siguientes determinaciones de hechos:

44. *El Dr. Carlos Alberto Gómez Marcial es médico de profesión. Se graduó de medicina en la Universidad Central del Este en 1978. Luego trabajó como médico general dos años y luego hizo especialidad en medicina de emergencia en el Hospital Universitario, Centro Médico. En 1985 terminó la especialidad en sala de emergencia. También hizo un entrenamiento en medicina hiperbárica en San Antonio, Texas.*
45. *Ha trabajado en sala emergencia y la cámara hiperbárica desde 1985. Posee licencia número 6196 para ejercer la medicina en Puerto Rico y, además, posee licencia del Estado de Georgia y Michigan. Actualmente, está en goodstanding y está activamente trabajando. El Dr. Gómez Marcial es, además, Board Eligible para medicina de emergencia.*
46. *Ha estado en programa de emergencia en Recinto Ciencias Médicas, donde fungió como profesor por espacio de 4 a 5 años. Tiene licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico, Georgia y Michigan. Ha sido director de la Sala de Emergencia del Hospital Auxilio Mutuo, Hospital Pavía, Santurce. Actualmente dirige la sala de emergencia de Centro Médico en San Juan.*
47. *El Dr. Gómez Marcial rindió un informe pericial que fue presentado y admitido en evidencia. Este tribunal lo calificó como perito en medicina de emergencia.*

⁹ *Id.*, págs. 7-8.

48. *Para preparar su informe pericial, el Dr. Gómez Marcial examinó la demanda, una segunda solicitud de producción de documentos, e informe pericial del Dr. Edwin Miranda Aponte (perito de la demandante), el discharge summary del Hospital de Veteranos, el expediente médico del Sr. Ramón Figueroa (paciente) y el informe médico forense.*
49. *Del examen que hizo el Dr. Gómez Marcial del expediente médico del Hospital Perea, este destacó que el paciente tenía signos vitales normales, excepto por la presión sistólica aislada que era 191.*
50. *De acuerdo con su testimonio, el trauma sufrido por el paciente le provocó dolor en distintas partes del cuerpo, lo que, a su vez, hizo que aumentara la presión del paciente por lo que no procedía, en este caso, medicarlo y así evitar hipotensión.*
51. *En la evaluación por sistemas, el paciente se encontraba bien, sin síntomas, excepto por el trauma en la cabeza.*
52. *La forma de documentar de la Dra. Báez Méndez es la típica en sala de emergencia. Se trata de una evaluación symptom oriented que va dirigida a la queja principal del paciente; no se trata de una consulta de oficina.*
53. *El paciente no reflejaba déficit aparente en el examen neurológico.*
54. *En la escala Glasgow, la cual mide el nivel de consciencia, el paciente tenía un rasgo de 15. Dicha escala va de 3 a 15, donde 3 representa ninguna respuesta y 15 es normal.*
55. *A pesar de que el paciente se encontraba alerta, se tomó en cuenta la edad, que era el único criterio presente en el paciente para ordenar tomografía computarizada (CT scan) de la cabeza.*
56. *Previo al alta del hospital, el paciente se encontraba estable. Sus signos vitales eran: presión sanguínea 166/68, pulso 63, respiración 18 y temperatura 37.4 grados. Destacó el Dr. Gómez Marcial que la comunicación con el paciente y la baja en el nivel de estrés abona a que la presión mejore. El haberle suministrado medicamentos para la presión habría provocado hipotensión en el paciente, mareos y otros problemas.*
57. *La tomografía cerebral ordenada por la doctora Báez fue el estudio apropiado y no reveló hemorragia subaracnoidea (SAN) ni otro tipo de sangrado: intracerebral.*
58. *La hemorragia subaracnoidea (SAH) es el sangrado que se produce entre la meninge aracnoidea y la Piamadre. Este sangrado puede ser traumático o no.*
59. *El 75% de las hemorragias subaracnoidea se producen por la ruptura de una aneurisma o malformación arterio venosa como lo es el caso de hemorragias subaracnoideas espontáneas.*
60. *Los factores que mayormente contribuyen a tener una SAH son la hipertensión, fumar, cigarrillos, contraceptivos orales, embarazo, uso de cocaína y trauma de cabeza (ocurriendo en un 25-40% de individuos con trauma en la cabeza en grado de moderado a severo).*
61. *Las hemorragias subaracnoideas traumáticas se localizan usualmente sobre las convexidades cerebrales versus las no traumáticas que se localizan mayormente en el área basal del cerebro.*
62. *Los síntomas más comunes en SAH son: dolor de cabeza súbito y severo, náusea, vómitos, alteración de la consciencia, convulsiones y muerte.*
63. *Entre las complicaciones más comunes de la SAH está la isquemia cerebral, vaso espasmo, convulsiones y la muerte con compresión de las estructuras cerebrales.*
64. *El diagnóstico de la SAH se realiza con una tomografía computarizada (CT scan) sin contraste y/o punción lumbar. En el caso del señor Figueroa Manzanares, la Dra.*

- Báez Méndez ordenó un CT scan sin contraste. Ambos peritos coinciden en que la orden fue correcta.*
65. *En ocasiones, si el médico que atiende al paciente nota cambios como convulsión o cambios al hablar, tales como muecas o paralización indicativos de cambio neurológico, se realiza un CT scan para identificar una posible hemorragia.*
66. *El tratamiento. podría ser médico o quirúrgico, dependiendo de la causa. De haber un neurocirujano disponible, el paciente podría ser sometido a cirugía para tratar de detener el sangrado.*
67. *La lectura del CT cerebral se realizó a las 5:06 pm y no había justificación clínica para repetir otro CT u otro estudio cerebral a las 6:00 pm, previo a que el señor Figueroa Manzanares fuera dado de alta.*
68. *A pesar de no haberse identificado la fractura de C6 y C7, en opinión del perito Dr. Gómez Marcial, es sumamente improbable que ésta hubiera producido la muerte súbita, pues dicha fractura debería haber estado presente desde el momento del trauma o antes, sin causar ningún déficit neurológico.*
69. *La vértebra C6 produce flexión del codo y, en este caso, el paciente estaba moviendo sus brazos, de modo que la compresión del cordón espinal era mínima que no alteró la movilidad de los brazos del paciente.*
70. *Para que haya una lesión seria que afecte el sistema respiratorio o cardíaco tiene que haber inestabilidad en las vértebras C6 y C7. No surge dicho hallazgo de la patología realizada al paciente.*
71. *El hecho de tener sensación de calambre puede darse por la neuropatía diabética que ya padecía el paciente, señor Figueroa Manzanares.*
72. *Las náuseas y falta de apetito que el señor Figueroa Manzanares le refirió al enfermero de TRIAGE, no fue reportado por el paciente a la Dra. Báez Méndez. En opinión del perito, Dr. Gómez Marcial, la Dra. Báez Méndez trató el dolor en general que refirió el señor Figueroa Manzanares.*
73. *La dificultad al caminar y el dolor en general fue como resultado del trauma sufrido por el señor Manzanares.*
74. *El único hallazgo nuevo y causante de muerte súbita y edema pulmonar de súbito sería la SAH y otros sangrados asociados en el cerebro, los cuales no fueron evidentes en el CT de cerebro leído a las 5:06 pm. Esos hallazgos fueron post mortem.*
75. *El 30% de los pacientes que sufren de SAH muere súbitamente. El restante 70% no muere súbitamente, pero ello no quiere decir que habrán de sobrevivir, sino que la muerte se puede producir en el transcurso de varias horas.*
- [...]
84. *La muerte súbita del paciente a las 7:00 pm hubiera ocurrido igualmente en sala de emergencia y no se hubiera podido hacer nada al respecto, dada la naturaleza súbita, la severidad y la ausencia de medios para poder revertir el efecto de esta.*
85. *La opinión del perito Dr. Gómez Marcial, el señor Figueroa falleció por muerte súbita (sudden death) por una condición que no existía al ser dado de alta.*
86. *Se trató de un sangrado súbito como: SAH (hemorragia subaracnoidea), hemorragia de ambos lóbulos cerebrales y focal, sangrado en el lóbulo parieto occipital posterior derecho, infiltrado subdural en fosas inferiores de la base del cráneo, lo que produjo un edema pulmonar bilateral (acumulación de líquido en los pulmones).*
87. *Aun cuando hubiese permanecido bajo observación en sala de emergencia, en espera de estudio y/o especialista,*

el resultado habría sido el mismo. Al señor Figueroa le hubiera sobrevenido la muerte súbita, pues no había indicación alguna para realizarle otro CT scan o MRI.

88. La muerte súbita infortunada del señor Figueroa cae dentro del 30% de los pacientes que fallecen con SAH, indistintamente de su manejo.¹⁰

En cuanto a los presuntos daños sufridos por la parte demandante el TPI emitió las siguientes determinaciones de hechos:

89. Don Ramón Figueroa Manzanares fue descrito por su viuda, hijas, yernos y nietos aquí demandantes como una persona muy familiar, unido a todos en la familia. Don Ramón los trataba bien y una vez al mes los invitaba a cenar y pagaba los gastos. Además, cubrió los gastos de varios viajes que realizaron en familia: tres cruceros, un viaje a Santo Domingo y un viaje a Disney.

90. Tras la muerte del señor Figueroa, la señora Juanita Rivera (viuda), pasa los días en su residencia, sin embargo, pernocta en las noches de forma alterna en la casa de sus hijas y nieta, pues no desean que ésta permanezca sola en el hogar por su edad. Ha seguido unida a sus hijas y nietos. No ha solicitado ayuda de psicólogos ni psiquiatras y no hay evidencia médica de daños físicos o emocionales por la pérdida de su esposo.¹¹

A tono con la prueba, el TPI llegó a las siguientes conclusiones respecto a la responsabilidad de la Dra. Báez Méndez por la muerte del señor Figueroa Manzanares:

*[e]l Dr. Gómez, perito de la demandada, declaró que, de acuerdo con la mejor práctica de la medicina, era recomendable haber colocado un collar cervical. Para determinar cuál fue la causa del daño, el demandante tiene que probar que la omisión del demandado fue la que con mayor probabilidad ocasionó el perjuicio reclamado. **Sin embargo, la opinión del Dr. Gómez, la que nos mereció mayor valor probatorio, concluyó que el no haber colocado el collar cervical, nada tuvo que ver con la muerte del paciente. Es decir, haber colocado el collar no habría evitado la muerte del paciente, por lo tanto, concluimos que no existe nexo causal entre el hecho de no haber colocado el collar y la muerte del paciente.***

[...]

***En opinión del perito Dr. Gómez Marcial, no había justificación clínica alguna para repetir otro CT scan u otro estudio cerebral previo a que el paciente, señor Figueroa Manzanares, fuera dado de alta.** En cuanto a la forma de documentar de la Dra. Báez Méndez, el perito declaró que era la forma típica de documentar en la Sala de Emergencia. Explicó que la evaluación documentada es una "symptom oriented". No se trata de una consulta de oficina, sino que va dirigida a la queja principal del paciente. Sostuvo que el paciente presentó un examen físico alerta y orientado. Del examen de ojos, nariz, orejas, pupilas, no surgieron hallazgos neurológicos. Los pulmones estaban claros a la auscultación, el tórax no presentaba deformidad, la espalda estaba recta. Tenía inflamación en el cuero cabelludo causado*

¹⁰ *Id.*, págs. 8-13.

¹¹ *Id.*, pág. 13.

por el “chichón” evidente. **Puntualizó el perito que el paciente no presentó déficit aparente en el examen neurológico, no obstante, tomando el criterio de la edad la orden para la tomografía computarizada (CT scan) fue la adecuada.**

La Dra. Báez Méndez, ciertamente, no detectó fractura en la C6 y C7, pues no se visualizaban en la radiografía y tampoco ordenó repetirla. **Aun así, el perito opinó que dichas fracturas no tenían desplazamiento y eran estables. Opinó, además, que para que haya una lesión tan seria que afecte el sistema respiratorio o cardíaco, tiene que haber inestabilidad en esas cervicales, lo que no surge de la patología realizada al señor Figueroa Manzanares.** Esto controvierte la opinión del perito de la parte demandante, quien atribuye la causa de la muerte a la compresión de la médula cervical.

Según surge del informe forense, el señor Figueroa Manzanares murió a causa trauma corporal, que le provocó una hemorragia subaracnoidea, lóbulo cerebrales bilateralmente y focal, lóbulo parieto-occipital posterior derecho y un infiltrado subdural en fosas inferiores de la base del cráneo. Ninguno de estos hallazgos fue detectado en el CT scan de la cabeza que le fue realizado al señor Figueroa Manzanares. **Dichos hallazgos fueron post mortem, es decir, durante la autopsia.** El sangrado cerebral fue el único hallazgo nuevo, no hubo cambio en las vértebras.¹²

Al tomar en consideración sus determinaciones de hechos, así como la credibilidad que le merecieron los testigos y el peso que le adjudicó a la prueba, el TPI concluyó que el señor Figueroa Manzanares falleció de muerte súbita por una condición que no existía al ser dado de alta y que no era susceptible de diagnosticarla en ese momento, pues ninguno de los síntomas estaba presente. Por tanto, aun cuando la Dra. Báez Méndez no inmovilizó el cuello del causante, documentó incorrectamente la fractura del hombro cuando se trataba de una fractura en la muñeca y, no ordenó una nueva radiografía de la columna, dichas omisiones no fueron la causa próxima de la muerte del señor Figueroa Manzanares. Así, ante la ausencia de un nexo causal entre el tratamiento médico de emergencia brindado por la Dra. Báez Méndez y la muerte del señor Figueroa Manzanares, la doctora no responde por los alegados daños. Por último, sobre las angustias y daños mentales

¹² *Id.*, págs. 19 y 21. Énfasis suplido.

presuntamente sufridos por la esposa y demás familiares codemandantes, el TPI concluyó que éstos no lograron demostrar cómo su salud, bienestar y felicidad quedó realmente afectada. En vista de lo anterior, desestimó la demanda con perjuicio.¹³

La parte demandante solicitó reconsideración del dictamen, lo cual fue declarado no ha lugar mediante Resolución de 22 de agosto de 2022; notificada al día siguiente.

Aún en desacuerdo, dicha parte presentó el recurso de apelación que nos ocupa imputándole al TPI la comisión de los siguientes errores:

Erró el TPI en la apreciación y evaluación de la prueba al no imponer responsabilidad a la Dra. Báez en el diagnóstico y tratamiento médico brindado al paciente (causante), aun surgiendo de los testimonios, de las admisiones y de la prueba que este fue negligente al:

- 1. No concluir que la Dra. Báez incurrió en negligencia al desatender y no tratar los síntomas incluidos por el enfermero de TRIAGE, aun ésta admitiéndolo.*
- 2. No concluir que los demandados incurrieron en negligencia al no ubicar un collar cervical a un paciente con multitrauma aun cuando la mejor práctica de la medicina así lo exige.*
- 3. No concluir que la Dra. Báez incurrió en negligencia ya que, aun teniendo sospechas de una fractura cervical, no tocó o palpó el cuello y así lo exige la mejor práctica de la medicina.*
- 4. No concluir que la Dra. Báez incurrió en negligencia al no esperar por las lecturas de las órdenes radiológicas que ella misma ordenó.*
- 5. No concluir que la Dra. Báez incurrió en negligencia al interpretar equivocadamente las imágenes radiológicas y dar de alta al paciente con un diagnóstico equivocado.*
- 6. No concluir que la Dra. Báez incurrió en negligencia al no concluir en el récord médico los resultados de las radiografías y las que incluyó estaban equivocadas al igual que el resultado segundo de la prueba Glasgow y otros asuntos.*
- 7. [No] concluir que la Dra. Báez debió repetir las órdenes de las radiografías cervicales por estar sub-óptimas o incompletas.*
- 8. No concluir que la Dra. Báez no descartó su sospecha de las fracturas cervicales y la mejor práctica de la medicina así lo exige.*
- 9. No concluir que la muerte súbita debido a SAH cae dentro del 30% indistintamente su manejo, descartando que un 70% sobreviven.*

Erró el TPI en la apreciación de la prueba al concluir que no existe nexos causal.

¹³ Asimismo, desestimó la causa de acción en contra del codemandado Mia Ambulance, Inc.

Habiendo comparecido la parte apelada en oposición el 17 de marzo de 2023 y, con el beneficio de la transcripción de la prueba oral, procedemos a resolver.

-II-

Resumidos los hechos que originan la presente controversia, examinemos el derecho aplicable.

A. Responsabilidad civil extracontractual.

El Art. 1802 del Código Civil dispone que “[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.¹⁴ Para que surja una acción al amparo del Art. 1802 resulta fundamental que la parte demandante presente evidencia que establezca: (1) *la existencia de un daño real;* (2) *el nexo causal entre el daño y la acción u omisión del demandado;* y (3) *el acto u omisión cual tiene que ser culposo o negligente.*¹⁵

La culpa o negligencia ha sido definida por el Tribunal Supremo de Puerto Rico como “*la falta del debido cuidado que consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o de la omisión de un acto, que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias.*”¹⁶ Sin embargo, este deber de anticipar y prever los daños no se extiende a todo peligro imaginable, sino a aquél que llevaría a una persona prudente a anticiparlo.¹⁷ Pues, la norma es que el riesgo que debe preverse debe estar basado en probabilidades y no en meras posibilidades.¹⁸ Es decir, la anticipación y previsibilidad de daños exigible es aquella que se puede esperar del ser humano promedio. No obstante, el daño no hay que prevenirlo de la manera exacta en que ocurrió, es suficiente

¹⁴ 31 LPRR sec. 5141. Ley vigente al momento de los hechos ocurridos en el presente caso.

¹⁵ *Cruz Flores et als. v. Hospital Ryder Memorial, Inc.*, 2022 TSPR 112, 210 DPR ____ (2022).

¹⁶ *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 151 (2006); *Toro Aponte v. E.L.A.*, 142 DPR 464 (1997); *Ramos v. Carlo*, 85 DPR 353 (1962).

¹⁷ *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 309 (1990).

¹⁸ *Cruz Flores et als. v. Hospital Ryder Memorial, Inc.*, *supra*.

con que el daño sea una consecuencia natural y probable del acto u omisión negligente.¹⁹

Por otra parte, la omisión que genera responsabilidad civil es aquella conducta que constituye el quebrantamiento de un deber de cuidado impuesto o reconocido por ley, cuando de haberse realizado el acto omitido se hubiera evitado el daño.²⁰ En otras palabras, “*ante una reclamación fundada en responsabilidad por omisión, la pregunta de umbral es si existía el deber jurídico de actuar de parte del alegado causante del daño*”.²¹

Además de la existencia de un daño y la acción u omisión negligente, *es necesario que se presente evidencia que pruebe el **nexo causal** entre el daño y el acto culposo o negligente.* En reiteradas ocasiones, se ha establecido que solo se han de resarcir aquellos agravios que surgen como consecuencia del hecho que los ocasionó.²² A tales efectos, en nuestro ordenamiento jurídico se acogió la doctrina de la causa adecuada. La misma postula que “*[n]o es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general*”.²³

B. Responsabilidad por impericia médica.

En una acción de daños y perjuicios por impericia médica instada al amparo del Art. 1802 del Código Civil, *supra*, la parte demandante tiene que probar: *1) cuáles son las normas mínimas de conocimiento y de cuidado médico aplicables a los médicos generalistas o especialistas; 2) que el demandado no cumplió con esas normas en el tratamiento del paciente; y, 3) que ello fue la causa de la lesión sufrida por este último.*²⁴ Lo anterior implica

¹⁹ *Tormos Arroyo v. Departamento de Instrucción*, 140 DPR 265, 276 (1996).

²⁰ *Soc. Gananciales v. González Padín*, 117 DPR 94, 106 (1986).

²¹ *Arroyo López v. E.L.A.*, 126 DPR 682, 686-87 (1990).

²² *Estremera v. Inmobiliaria Rac. Inc.*, 109 DPR 852, 856 (1980).

²³ *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 844 (2010).

²⁴ *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005).

que, para que el demandante prospere en su causa de acción, no está obligado a demostrar una única y exacta causa del daño, sino que basta con demostrar mediante preponderancia de la prueba que la acción negligente del médico 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*.²⁵

En cuanto a la norma mínima de cuidado exigible, se requiere que el médico brinde a sus pacientes aquella atención médica que, a la luz de los modernos medios de comunicación y de enseñanza y, conforme al estado de conocimiento de la ciencia y de la práctica prevaleciente en la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica.²⁶

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha establecido como norma que en los casos de impericia médica profesional existe una *presunción de corrección en el tratamiento brindado por el médico*.²⁷ Por tanto, el demandante **debe** derrotar tal presunción mediante preponderancia de prueba, ***demonstrando que el médico fue negligente y que dicha conducta negligente fue el factor que con mayor probabilidad causó los daños alegados***.²⁸ Tengamos en cuenta que *la negligencia del médico no se presume por el mero hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya sido exitoso*.²⁹ Tampoco se considera suficiente, alegar una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento del médico con su responsabilidad profesional.³⁰ ***La relación de causalidad no se puede establecer a base de una mera especulación o conjetura***.³¹

²⁵ *Blas v. Hosp. Guadalupe*, 146 DPR 267, 322 (1998).

²⁶ *Arrieta v. De la Vega*, *supra*, pág. 549.

²⁷ *Id.*

²⁸ *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 134-135 (2004). Énfasis suplido.

²⁹ *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 650 (1988).

³⁰ *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, 135.

³¹ *Id.* Énfasis suplido.

Además, al momento de evaluar una acción en daños por alegada impericia médica debemos recordar que el médico posee discreción para formular un juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico, a tenor con las circunstancias personales del paciente.³² De manera que, el médico está exento de responsabilidad civil si el tratamiento brindado a su paciente, aun cuando erróneo, está enmarcado dentro de los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica.³³ El error de juicio honesto e informado cometido por un médico en el tratamiento de su paciente tampoco constituye fuente de responsabilidad.³⁴

C. Presunción de corrección de las sentencias de los foros judiciales.

Al revisar una determinación de un tribunal de menor jerarquía, los tribunales revisores tenemos la tarea principal de auscultar si se aplicó correctamente el derecho a los hechos particulares del caso.³⁵ Como regla general, los foros apelativos no debemos intervenir con las determinaciones de hechos de los tribunales de primera instancia, su apreciación sobre la credibilidad de los testigos y el valor probatorio conferido a la prueba presentada en sala, pues solo contamos con “*réconds mudos e inexpresivos*”.³⁶ Lo anterior, se fundamenta en la premisa de que el foro primario es quien tiene la oportunidad de escuchar a los testigos declarar y apreciar su “*demeanor*”.³⁷

Sin embargo, la norma de deferencia antes esbozada encuentra su excepción y cede cuando la parte promovente demuestra que:

[h]ubo un craso abuso de discreción o que el tribunal actuó con

³² *Id.*, pág. 134.

³³ *Id.*

³⁴ *Id.*

³⁵ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770 (2013).

³⁶ *Id.*, págs. 770-771; *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, 177 DPR 345, 356 (2009).

³⁷ *Colón v. Lotería*, 167 DPR 625, 659 (2006).

*prejuicio y parcialidad, o que se equivocó en la interpretación o aplicación de cualquier norma procesal o de derecho sustantivo, y que nuestra intervención en esa etapa evitará un perjuicio sustancial.*³⁸

Por discreción se entiende el “*tener poder para decidir en una forma u otra, esto es, para escoger entre uno o varios cursos de acción*”.³⁹ No obstante, “*el adecuado ejercicio de la discreción está inexorable e indefectiblemente atado al concepto de la razonabilidad*”.⁴⁰ A esos efectos, el Tribunal Supremo ha enumerado situaciones que constituyen un abuso de discreción:

*[c]uando el juez, en la decisión que emite, no toma en cuenta e ignora, sin fundamento para ello, un hecho material importante que no podía ser pasado por alto; cuando por el contrario el juez, sin justificación y fundamento alguno para ello, le concede gran peso y valor a un hecho irrelevante e inmaterial y basa su decisión exclusivamente en el mismo; o cuando, no obstante considerar y tomar en cuenta todos los hechos materiales e importantes y descartar los irrelevantes, el juez livianamente sopesa y calibra los mismos.*⁴¹

En cambio, si la actuación del tribunal sentenciador no está desprovista de base razonable ni perjudica los derechos sustanciales de una parte, debe prevalecer el criterio del juez de instancia a quien corresponde la dirección del proceso.⁴² En ese sentido, las conclusiones de derecho son revisables en su totalidad por los tribunales apelativos.⁴³

Ahora bien, la norma de deferencia antes esbozada no es de aplicación a la evaluación de la prueba pericial y documental. En lo que respecta a las conclusiones de hecho basadas en prueba pericial o documental, los foros revisores nos encontramos en igual posición que los tribunales sentenciadores para apreciarla y adoptar nuestro propio criterio.⁴⁴ Incluso, podemos descartarla aunque sea técnicamente correcta.⁴⁵

³⁸ *Trans-Oceanic Life Ins. v. Oracle Corp.*, 184 DPR 689, 709 (2012).

³⁹ *García v. Asociación*, 165 DPR 311, 321 (2005).

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ramírez v. Policía de P.R.*, 158 DPR 320, 340-341 (2002).

⁴² *SLG Zapata-Rivera v. J.F. Montalvo*, 189 DPR 414, 434-435 (2013); *Sierra v. Tribunal Superior*, 81 DPR 554, 572 (1959).

⁴³ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, *supra*, pág. 770.

⁴⁴ *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 777 (2011); *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 551 (2005).

⁴⁵ *Ibid.*

D. Apreciación y estándar de la prueba en casos civiles.

Según la normativa antes expuesta, los tribunales apelativos, de ordinario, aceptan “*como correctas las determinaciones de hechos de los tribunales de instancia, al igual que su apreciación sobre la credibilidad de los testigos y el valor probatorio de la prueba presentada en sala*”.⁴⁶ A pesar de ello, en ocasiones, la deferencia al arbitrio del juzgador de los hechos no es absoluta.⁴⁷ De manera, que:

*[a]unque alguna prueba sostenga las determinaciones de hechos del tribunal, si de un análisis de la totalidad de la evidencia este Tribunal queda convencido de que se cometió un error, como cuando las conclusiones están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la evidencia recibida, las consideraremos claramente erróneas.*⁴⁸

En cuanto a las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho, la Regla 42.2 de Procedimiento Civil apunta que:

*[l]as determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos.*⁴⁹

Dicho de otro modo, las determinaciones de hechos basadas en la credibilidad conferida por el juzgador a los testigos que declaren ante sí merecen gran deferencia.⁵⁰ Por tanto, nuestra intervención con la evaluación de la prueba testifical procede únicamente cuando un análisis integral de la misma “*nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia*”.⁵¹ De ahí, que nuestro reglamento establece que cuando una parte señale algún error relacionado con la suficiencia de la prueba testifical o la apreciación errónea de la misma, deberá someter una transcripción, exposición estipulada o

⁴⁶ *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, *supra*, pág. 771.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Id.*, pág. 772.

⁴⁹ 32 LPRA Ap. V, R. 42.2. Énfasis nuestro.

⁵⁰ *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, *supra*, pág. 356.

⁵¹ *Rivera Menéndez v. Action Service*, 185 DPR 431, 444 (2012).

narrativa de la prueba.⁵²

En cuanto a la evaluación y suficiencia de la prueba, la Regla 110 de Evidencia establece los principios que el juzgador deberá evaluar a la hora de determinar cuáles hechos quedaron establecidos.⁵³ En lo que nos concierne, la mencionada regla preceptúa que:

- (A) *El peso de la prueba recae sobre la parte que resultaría vencida de no presentarse evidencia por alguna de las partes.*
- (B) *La obligación de presentar evidencia primeramente recae sobre la parte que sostiene la afirmativa en el asunto en controversia.*
- (C) *Para establecer un hecho, no se exige aquel grado de prueba que, excluyendo posibilidad de error, produzca absoluta certeza.*
- (D) *La evidencia directa de una persona testigo que merezca entero crédito es prueba suficiente de cualquier hecho[.]*
- (E) *[...]*
- (F) *En los casos civiles, la decisión de la juzgadora o el juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba a base de criterios de probabilidad[.]*⁵⁴

En otras palabras, le corresponde al tribunal determinar si la prueba desfilada es suficiente para establecer la veracidad de los hechos alegados.⁵⁵ Así las cosas, no basta con formular meras alegaciones o teorías, pues estas no constituyen prueba.⁵⁶

Respecto al valor probatorio que le otorgarán los tribunales a los testimonios periciales, la Regla 702 de Evidencia señala que:

- [e]l valor probatorio del testimonio dependerá, entre otros, de:*
- (A) *si el testimonio está basado en hecho o información suficiente;*
 - (B) *si el testimonio es el producto de principios y métodos confiables;*
 - (C) *si la persona testigo aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso;*
 - (D) *si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica;*
 - (E) *las calificaciones o credenciales de la persona testigo, y*
 - (F) *la parcialidad de la persona testigo.*⁵⁷

⁵² Regla 19 (A) del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 19 (A). Véanse, además, Reglas 19 (B), 20, 76 (A) y (E).

⁵³ 32 LPRA, Ap. VI, R. 110.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Belk v. Martínez*, 146 DPR 215, 231 (1998).

⁵⁶ *U.P.R. v. Hernández*, 184 DPR 1001, 1013 (2012); *Pereira Suárez v. Jta. Dir. Cond.*, 182 DPR 485, 510 (2011).

⁵⁷ 32 LPRA, Ap. VI, R. 702.

La citada regla establece una serie de factores que inciden sobre el valor probatorio del testimonio pericial, cuyo fin último es ayudar al juzgador a entender determinada prueba o hecho en controversia.⁵⁸ De modo, que: *“el juzgador de hechos no está obligado a aceptar las conclusiones de un perito. Por lo tanto, si luego de aquilatar el testimonio pericial, el juzgador concluye que no merece credibilidad, este tiene la facultad de rechazarlo”*.⁵⁹

Añade a lo anterior que es norma firmemente establecida en nuestro ordenamiento jurídico que al evaluar las determinaciones de hechos que un tribunal inferior hiciera sobre causas como la de título centradas en *negligencia por impericia médica*, fundamentadas, a su vez, en la prueba pericial y documental ofrecida, este tribunal está en igual posición de evaluarlas y hacer sus propias conclusiones.⁶⁰ A esos efectos, se reconoce que *“la mayor o menor competencia del perito sea irrelevante para apreciar su valor probatorio”*.⁶¹ Sin embargo, su especialización en un área determinada es decisiva en lo que respecta al valor probatorio que el juzgador de los hechos le adjudicará a su testimonio.⁶² Es por ello que la falta de especialidad incide sobre el peso de la prueba, más no en la cualificación de un testigo como perito.⁶³ *“En síntesis, aunque un generalista y un especialista cualifiquen ambos como peritos bajo la Regla 53 de Evidencia, supra, el especialista está en mejor posición respecto al valor probatorio de su opinión, pero ello no es factor determinante para la evaluación del testimonio pericial”*.⁶⁴

-III-

A la luz de la normativa antes expuesta, procedemos a evaluar

⁵⁸ E. Rivera García, *El valor del testimonio pericial en los procesos judiciales*, 47 Rev. Jur. U. Inter. P.R. 87, 99-100 (2013).

⁵⁹ *Id.*, pág. 101.

⁶⁰ *Rodríguez Cancel vs. A.E.E.*, 116 DPR 443 (1985).

⁶¹ *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 DPR 658, 663-664 (2000).

⁶² E.L. Chiesa, *Tratado de Derecho Probatorio*, Publicaciones J.T.S., Tomo I, 1998, pág. 594.

⁶³ *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, *supra*, pág. 664.

⁶⁴ *Id.*, pág. 665.

los errores señalados en el recurso ante nuestra consideración.

En síntesis, los señalamientos de error planteados por la parte apelante van dirigidos a cuestionar la apreciación de la prueba que realizó el TPI, relacionada a los elementos que configurarían en este caso una causa de acción de daños y perjuicios por impericia médica en contra de la Dra. Báez Méndez. Concretamente, afirma que el tribunal de instancia incidió al concluir que la Dra. Báez Méndez no incurrió en negligencia al no detectar durante su evaluación y tratamiento la fractura en las cervicales C6 y C7 sufridas por el causante debido a la caída. Según la parte apelante, tal fractura fue la causa principal del fallecimiento del señor Figueroa Manzanares. En ese sentido, dicha parte advierte que la Dra. Báez Méndez obró contrario a la mejor práctica de la medicina al: **(1)** no considerar la evaluación de los síntomas realizada por el enfermero de *triage*; **(2)** no ordenar que le pusieran un collar cervical al causante cuando éste representaba multitraumas; **(3)** no realizar examen alguno en el área del cuello aun teniendo sospechas sobre posibles fracturas cervicales; **(4)** interpretar incorrectamente la lecturas de los estudios radiológicos que se le hicieron al causante; y, **(5)** no repetir el estudio radiográfico sobre las cervicales a pesar de que el mismo estuvo incompleto. Por tanto, es la posición de dicha parte que al TPI omitir tales actuaciones negligentes, también incidió al concluir que no existe relación causal entre el tratamiento médico brindado por la Dra. Báez Méndez y el fallecimiento del señor Figueroa Manzanares. No le asiste la razón a la parte apelante. Veamos.

En primer orden, surge del testimonio de la Dra. Báez Méndez que al momento de evaluar al causante tomó en cuenta la evaluación inicial que hizo el enfermero de *triage* y, por tanto, los síntomas reportados.⁶⁵ No obstante, le correspondía a ella realizar

⁶⁵ Transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág. 56.

su propia evaluación y corroborar las anotaciones del *triage*.⁶⁶ Así lo hizo. La Dra. Báez Méndez aseguró que entrevistó al señor Figueroa Manzanares quien se mostró en todo momento tranquilo, cooperador, activo y alerta en tiempo, espacio y lugar. Advirtió el chichón que tenía el paciente en su frente, al lado izquierdo. Sin embargo, a preguntas suyas, el paciente aseguró que no le dolía la cabeza, sino que su dolor estribaba en el brazo derecho.⁶⁷ La doctora reportó el dolor como uno punzante,⁶⁸ con una puntuación de 9, en una escala de 1 al 10.⁶⁹ Contrario a lo reportado por el enfermero de *triage*, el señor Figueroa Manzanares no se quejó de náuseas ni mareos. Además, la doctora revisó su espalda, ojos y oídos sin reportar síntomas. El paciente tampoco reportó síntomas o dolor en el cuello - siempre estuvo en movimiento. Así, la Dra. Báez Méndez recopiló toda la información que entendió necesaria para completar el historial médico y determinar el tratamiento a seguir.⁷⁰

Cónsono con lo anterior, el Dr. Miranda Aponte —perito de la parte apelante— reconoció que en la práctica es posible que la información recopilada por el doctor (en este caso, la Dra. Báez Méndez) en su entrevista con el paciente (en este caso, el causante) fuese distinta a la informada al enfermero de *triage*.⁷¹

Añádase que el perito de la parte apelada, Dr. Gómez Marcial declaró que la forma en que la Dra. Báez Méndez documentó la información es cónsona con la mejor práctica de la medicina, principalmente en el área de emergencias. Según el Dr. Gómez Marcial, en sala de emergencias se documenta basado en los síntomas y signos – “*symptom oriented*”.⁷² Explicó que “[n]o es una consulta en una oficina que uno puede estar una hora o dos horas

⁶⁶ *Id.*, pág. 58.

⁶⁷ *Id.*, págs. 41-42.

⁶⁸ *Id.*, pág. 56.

⁶⁹ *Id.*, pág. 58.

⁷⁰ Véase, Apéndice 14 del recurso de apelación, págs. 151-153.

⁷¹ Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, pág. 156.

⁷² Transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág.180.

*evaluando al paciente. Va directamente a los síntomas o a las condiciones que trajo el paciente y hacia eso se dirige para poder atender, no solo al paciente sino a otros pacientes”.*⁷³ Conforme a ello, no se tiene que descartar cada síntoma o cada signo que el paciente presenta.⁷⁴ Así pues, en el presente caso el Dr. Gómez Marcial declaró que la Dra. Báez Méndez trató el dolor en general, incluyendo los síntomas de dolor reportados en el *triage*.⁷⁵ Además, ambos peritos —el Dr. Gómez Marcial como el Dr. Miranda Aponte— coincidieron en que las radiografías ordenadas por la Dra. Báez Méndez fueron cónsonas con la sintomatología del causante.⁷⁶

Por lo que no es correcta la apreciación de la parte apelante en cuanto a que la Dra. Báez Méndez no consideró los síntomas recogidos por el enfermero de *triage* al momento de evaluar y tratar al causante.

En segundo orden, contrario a lo argüido por la parte apelante, el TPI sí hizo expresiones en su dictamen sobre la negligencia de la Dra. Báez Méndez con respecto al collar cervical. Dicho foro apuntó que la apelada obró contrario a la mejor práctica de la medicina al no ordenar que le pusieran un collar cervical al señor Figueroa Manzanares, puesto que representaba traumas múltiples. Ello ciertamente es cónsono con lo declarado por ambos peritos.⁷⁷

No obstante, —y tal como resolvió el TPI— el haberle colocado el collar cervical al paciente no hubiera evitado su muerte. Por tanto, adelantamos que el foro apelado razonó correctamente al concluir que no existe nexo causal entre el hecho de no haberle colocado el collar cervical y el fallecimiento del señor Figueroa Manzanares.

En tercer orden, —y con relación a la examinación del cuello

⁷³ *Id.*, pág.181.

⁷⁴ *Id.*, pág. 245.

⁷⁵ *Id.*, págs. 245-246.

⁷⁶ Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, págs. 68 y 172.

⁷⁷ Transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág. 224.

por posible fractura cervical— la Dra. Báez Méndez reiteró que en todo momento el señor Figueroa Manzanares únicamente se quejó de dolor en el brazo derecho.⁷⁸ Negó en varias ocasiones que le doliera el cuello. Además, la doctora declaró que durante la evaluación física el causante movió su cuello con normalidad – de derecha a izquierda mientras le revisaba los oídos⁷⁹; igualmente se volteaba a mirar a su esposa en todo momento durante la entrevista. Aseguró que el señor Figueroa Manzanares mantuvo su cuello en movimiento todo el tiempo.⁸⁰ Aun así, por tratarse de un paciente de edad avanzada edad y con multitraumas, a la doctora le preocupaba que tuviera una fractura cervical, específicamente en la C1. Es por ello que ordenó radiografías de las cervicales. El resultado de estas en cuanto a la C1, fue que no tenía fractura.⁸¹

Ahora bien, ¿por qué no palpó el cuello del paciente?, la Dra. Báez Méndez explicó que *“si hay un trauma no se deberían palpar. Eh...por más suave, verdad, no se debería de palpar el cuello que se sospechara un trauma. Y además, él no tenía dolor. [...] él movía todo y él no refirió dolor en ningún momento del cuello. Tenía un movimiento completo”*.⁸² Lo anterior es cónsono con lo testificado por el Dr. Gómez Marcial, quien declaró que está sujeta a la discreción del médico el palpar o no palpar el cuello cuando se sospecha de una fractura. El hacerlo podría empeorar la lesión. La decisión depende del estado físico y los síntomas que represente el paciente.⁸³ Así, ante las circunstancias particulares que rodearon el estado físico del señor Figueroa Manzanares, la Dra. Báez Méndez decidió en el ejercicio de su discreción y formulación de juicio, no palpar el cuello del causante.

⁷⁸ *Id.*, págs. 42 y 47.

⁷⁹ *Id.*, pág. 47.

⁸⁰ *Id.*, pág. 61.

⁸¹ *Id.*, págs. 52, 156.

⁸² *Id.*, págs. 153 y 158

⁸³ *Id.*, págs. 239 y 241.

En cuarto orden, aun cuando pudiera establecerse que la Dra. Báez Méndez cometió errores en la interpretación de las radiografías por no esperar la lectura oficial de las mismas realizadas por un profesional de la materia, no podemos categóricamente concluir que ello constituyó una negligencia de su parte en el tratamiento ofrecido al señor Figueroa Manzanares.

No existe controversia en cuanto a que la Dra. Báez Méndez realizó las lecturas de las radiografías, sin esperar por las lecturas oficiales.⁸⁴ Ahora bien, su testimonio es cónsono con el testimonio del Dr. Gómez Marcial quien declaró que es una práctica común establecida que los doctores de sala de emergencias realicen las lecturas de las placas cuando no hay radiólogos disponibles; ello se conoce como *“wet reading”*. Según dicho perito *“[e]l “wet reading” lo hace el médico de sala de emergencia solamente porque el radiólogo no está disponible. Y entonces, está la lectura oficial del radiólogo. O sea, que se puede hacer de las dos formas”*.⁸⁵

Dicho esto, en cuanto a la radiografía del brazo derecho, ciertamente la Dra. Báez Méndez reportó equivocadamente una fractura en el hombro, cuando la fractura era en la muñeca. No por ello le es atribuible la muerte del señor Figueroa Manzanares. En cualquier caso, la doctora le puso un cabestrillo que cubría todo el brazo y lo refirió a un ortopeda.

Mientras que sobre el CT de la cabeza, la Dra. Báez Méndez declaró que conversó por teléfono con la Dra. Suárez para corroborar que las imágenes no mostraban sangrado ni una lesión.⁸⁶ Es por ello que reportó como “negativo” el CT. El Dr. Gómez Marcial coincidió con la lectura de la doctora. Explicó que aun cuando la lectura oficial del CT reveló enfermedad de vasos pequeños, sinusitis y un

⁸⁴ *Id.*, pág. 155.

⁸⁵ *Id.*, págs. 228-229 y 259.

⁸⁶ *Id.*, pág. 51.

cefalohematoma en el área temporoparietal izquierda, es decir, un chichón, el CT es negativo porque no tiene sangrado intracerebral o fractura craneal. Ello es así porque lo que se busca con un CT en un paciente con trauma en el cráneo – como en el presente caso, es descartar un sangrado o lesiones intracerebrales.⁸⁷ Además, ambos peritos coincidieron en que los vasos encontrados son cambios degenerativos comunes en las personas de edad avanzada como el causante.⁸⁸ Es decir, los vasos revelados en el CT no se relacionan con la caída o trauma en la cabeza que pudiera haber tenido el señor Figueroa Manzanares el día en que falleció. Mientras que el cefalohematoma o chichón era una lesión que ya se conocía por estar a plena vista, por lo que no era necesario hacer un CT para ello, según reconoció el Dr. Miranda Aponte —perito de la parte apelante—.⁸⁹ Por tanto, el CT no reveló ningún tipo de sangrado como bien concluyó la Dra. Báez Méndez; dato confirmado por la lectura oficial del radiólogo,⁹⁰ así como por el testimonio de ambos peritos.⁹¹ Por lo que es razonable concluir que la Dra. Báez Méndez no fue negligente en la lectura del CT del señor Figueroa Manzanares.

En quinto orden —con relación a las placas cervicales— no existe controversia en que las mismas fueron subóptimas porque la parte inferior de la columna vertebral del causante no pudo ser proyectada. Es decir, las radiografías cervicales no reflejaron las cervicales C5 a la C7 y, por tanto, no se pudo advertir sobre la fractura en las cervicales C6 y C7 previo al fallecimiento del señor Figueroa Manzanares. Por tanto, la Dra. Báez Méndez ciertamente obró contrario a la mejor práctica de la medicina al no repetir las

⁸⁷ *Id.*, págs. 260-261.

⁸⁸ Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, pág. 70 y transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág. 202.

⁸⁹ Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, pág. 159.

⁹⁰ Apéndice 14 del recurso de apelación, pág. 154.

⁹¹ Transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág. 202. Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, pág. 70.

radiografías de las cervicales; y así lo hizo constar el TPI en su análisis.

Por tanto, en virtud de lo anterior resolvemos que el TPI no incidió en la apreciación de la prueba tal como argumentó la parte apelante. Es decir, las determinaciones de hechos y el análisis realizado por el foro primario sobre el tratamiento ofrecido por la Dra. Báez Méndez al causante, encuentran apoyo en la prueba testifical y documental desfilada en el juicio.

En sexto orden, resuelto lo anterior, atendemos el planteamiento de la parte apelante sobre el nexo causal entre la presunta conducta negligente de la Dra. Báez Méndez y el fallecimiento del señor Figueroa Manzanares. En específico, el perito de dicha parte —Dr. Miranda Aponte— insiste en que la fractura en las cervicales C6 y C7 fueron la causa próxima de la muerte, debido a una compresión en la médula cervical que pudo haber provocado un fallo cardiorrespiratorio y muerte indirecta.⁹² Por lo que probada la negligencia de la doctora en cuanto a que no le colocó un collar cervical, ni repitió la radiografía de las cervicales C5 a la C7, ésta responde por su muerte.

Por su parte, el Dr. Gómez Marcial sostiene que la fractura cervical es una causa coadyuvante; siendo la principal causa de la muerte del señor Figueroa Manzanares el desarrollo de una hemorragia subaracnoidea en el cráneo como consecuencia del trauma corporal sufrido.

Ahora bien, el TPI por su parte, le adjudicó mayor credibilidad al testimonio del perito de la parte apelada – Dr. Gómez Marcial. En consecuencia, resolvió que aun cuando la Dra. Báez Méndez pudo haber cometido errores en su formación de juicio y, por ende, en el tratamiento brindado en emergencias, sus actuaciones no fueron la

⁹² Transcripción de la prueba oral de 24 de febrero de 2022, pág. 143.

causa próxima de la muerte súbita del señor Figueroa Manzanares. Coincidimos con la apreciación del TPI.

Examinada la prueba pericial y documental al respecto, señalamos en primer orden que el “sumario diagnóstico” en el informe forense recoge lo siguiente:

1. Trauma corporal:

- a. Hemorragia subaracnoidea.**
 - b. Lóbulo[s] cerebrales bilateralmente y focal.**
 - c. Lóbulo parieto-occipital posterior derecho.**
 - d. Un infiltrado subdural en fosas inferiores de la base del cráneo.**
2. *Fractura con compresión de cordón espinal en segmentos de la columna vertebral cervical 6ta y 7ma.*
 3. *Hematoma subgaleal izquierdo del cráneo.*
 4. *Edema pulmonar bilateral.*

[...] ⁹³

A base de lo anterior y al análisis externo e interno del cadáver del señor Figueroa Manzanares, el Instituto de Ciencias Forenses certificó como causa de la muerte: **trauma corporal** por accidente.⁹⁴ Entiéndase, por tanto, que la causa principal de la muerte del señor Figueroa Manzanares fue la hemorragia subaracnoidea focal en el área parieto-occipital derecha como consecuencia del trauma corporal sufrido. Así que, es razonable concluir que tanto la fractura de la C6 y C7 como el chichón y demás causas desglosadas en el sumario, constituyen causas coadyuvantes.

Sin embargo, el perito de la parte apelante omitió reconocer la causa principal de la muerte – trauma corporal - y, decidió abundar únicamente sobre la causa coadyuvante - la fractura de las cervicales. Según su interpretación, el sumario de diagnóstico no se desglosó en el orden correcto.

Mientras que el Dr. Gómez Marcial controvirtió la afirmación de que la fractura fue la causa de la muerte. Explicó que los nervios que salen de la C6 y C7 se relacionan con la flexión del codo y en este caso, el señor Figueroa Manzanares no perdió movilidad en sus

⁹³ Apéndice 15 del recurso de apelación, págs. 184-185.

⁹⁴ *Id.*, pág. 185.

brazos. Además, para que una fractura en la C6 y la C7 afecte cualquier componente respiratorio o cardíaco, en los nervios que activan esos sistemas tiene que haber una subluxación o una inestabilidad. En este caso, las fracturas son estables porque no tienen ningún desplazamiento o dislocación. Por otra parte, se presume que estas fracturas las tenía el señor Figueroa Manzanares desde el momento de su caída en horas de la mañana. Por lo que el único cambio que ocurrió en la patología del causante —no fue la fractura— sino el sangrado intracerebral. Es decir, el señor Figueroa Manzanares pasó de no reflejar sangrado alguno en el CT que se le hizo en sala de emergencias, a reflejar en la autopsia un sangrado intracerebral.⁹⁵

Además, dicho perito declaró que “[c]onociendo la fisiopatología de los hematomas subdurales y de las hemorragias subaracnoideas, que sabemos que lo que hace es que presiona y en este caso están en la base del cerebro, presiona el tallo cerebral, que es donde está el centro de la respiración. Okay. Y de dónde sale el nervio vago. Hay que entender que esa presión que hay ahí evitó que el señor pudiera seguir respirando o que tuviera una circulación adecuada. Se va en edema agudo del pulmón, de súbito, y fallece”.⁹⁶

Así, es su opinión pericial que el señor Figueroa Manzanares murió de los traumatismos craneoencefálicos por dos hemorragias que tuvo que le produjeron una compresión del tallo cerebral, concomitante a eso, un fallo respiratorio agudo, produciendo una muerte súbita. Sobre esto último el Dr. Gómez Marcial explicó que aquellos pacientes que sufren de una hemorragia subaracnoidea fallecen. Mientras que el 30% de estos fallece súbitamente, el 70% fallece en varias horas o días. En el presente caso el señor Figueroa

⁹⁵ Transcripción de la prueba oral de 25 de febrero de 2022, pág. 204.

⁹⁶ *Id.*, págs. 203-204.

Manzanares cayó dentro del 30%, falleciendo repentinamente.⁹⁷ *“El hecho de que tenga edema agudo del pulmón significa que fue una muerte súbita. Dejó de trabajar el corazón de momento y al no trabajar el corazón se acumularon los líquidos en los pulmones. Eso es muerte súbita”*.⁹⁸

Así, en virtud de lo antes expuesto y cónsono con los principios de derecho antes esbozados, resolvemos que el TPI no cometió los errores señalados por la parte apelante. Dicho foro no incidió al expresarse sobre la inexistencia de un nexo causal entre las actuaciones u omisiones de la Dra. Báez Méndez en su tratamiento médico y la muerte súbita del señor Figueroa Manzanares. Por tanto, procede correctamente la desestimación de la demanda de epígrafe.

-IV-

Por los fundamentos antes expuestos, confirmamos 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

⁹⁷ *Id.*, pág. 263.

⁹⁸ *Id.*, págs. 263-264.