

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN
PANEL ESPECIAL

NYRMARIE LÓPEZ
DÍAZ Y OTROS

Apelada

v.

HOSPITAL HIMA-SAN
PABLO DE HUMACAO Y
OTROS

Apelantes

KLAN201300077

KLAN201300086

APELACIÓN
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de Humacao

Caso Núm.
HSCI2005-01210

Sobre:
Impericia médico
hospitalaria

Panel integrado por su Presidenta la Jueza Cintrón Cintrón, la Jueza Nieves Figueroa y el Juez Steidel Figueroa.

Steidel Figueroa, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 29 de mayo de 2015.

Los doctores Israel González Cruz y Rafael Vicéns Rodríguez junto al Hospital HIMA-San Pablo de Humacao [en adelante, “el Hospital HIMA”], comparecieron ante este foro mediante recursos de apelación independientes para cuestionar una sentencia del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Humacao [en adelante, “el TPI”] que les impuso responsabilidad por los daños y perjuicios sufridos por Nyrmarie López Díaz, Efraín Robledo Rivera y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales que componen, tras la pérdida de un hijo cuyo nacimiento estos esperaban. Por tratarse de apelaciones en las que se cuestiona la misma sentencia, ambos recursos fueron consolidados. Tras evaluar la prueba testifical y documental que desfiló ante el TPI durante el juicio en su fondo, a la luz del derecho aplicable, **REVOCAMOS** la sentencia apelada en cuanto impuso responsabilidad al doctor González Cruz. **CONFIRMAMOS** la sentencia en aquella parte que impone responsabilidad al doctor Rafael Vicéns Rodríguez y al Hospital HIMA.

I.

Los apelados presentaron una demanda por daños y perjuicios¹ en contra de los doctores González Cruz y Vicéns Rodríguez, y del Hospital HIMA. Alegaron que estos eran solidariamente responsables por los daños sufridos por la pérdida de su hijo que estaba próximo a nacer. En específico, alegaron que el 1 de diciembre de 2004, cuando se encontraba en su octavo mes de embarazo, López Díaz sintió ciertas molestias en su vientre, las que describió como “hincadas”, razón por la cual acudió en horas de la noche a la sala de emergencias del Hospital HIMA en Humacao. Alegó que allí notificó al doctor González Cruz, médico generalista que se encontraba de turno en la sala de emergencias, así como al personal de enfermería que la atendió, que menos de un año antes se le había practicado una cesárea, que padecía diabetes gestacional y que su embarazo era de alto riesgo.

Según la demanda, aproximadamente a la 1:30 am del 2 de diciembre de 2004, mientras estaba en el hospital, López Díaz comenzó a sentir un “dolor desgarrante” que incrementaba, razón por la cual solicitó asistencia. Alegó que no recibió una respuesta médica adecuada. Además, según se adujo, sufrió un sangrado que no fue atendido adecuadamente por el personal del hospital ni por el doctor González Cruz. Más tarde, por recomendación médica fue trasladada al Centro Médico en Río Piedras. Allí fue informada de que se le practicaría una cesárea, ya que no se escuchaban los latidos fetales. Presuntamente la criatura ya había fallecido cuando López Díaz llegó al Centro Médico. Por los daños sufridos a consecuencia de estos hechos alegados, los demandantes reclamaron indemnización.

¹ La demanda fue enmendada el 10 de febrero de 2006 y más tarde el 24 de julio de 2007. La primera demanda enmendada fue presentada para identificar por el nombre correcto al único médico entonces demandado. Más tarde, los apelados presentaron una segunda demanda enmendada para incluir como codemandado al doctor González Cruz. *Apéndice del recurso*, en las págs. 1-5 y 20-25.

Luego de una serie de incidencias procesales, el 27 de febrero de 2008 el doctor González Cruz presentó una demanda contra tercero contra la compañía de seguros Sindicato de Aseguradores de Impericia Médica (SIMED). Alegó en cuanto a esta que los días 1 y 2 de diciembre de 2004 estaba vigente la cubierta de la póliza expedida por SIMED, pero que dicha aseguradora le negó cubierta por el fundamento de que no había recibido el pago correspondiente para renovar la póliza. Solicitó al tribunal que ordenara a dicha entidad sufragar los costos de representación legal en los que había incurrido en este pleito y que, en caso de que se le impusiera alguna responsabilidad, ordenara a SIMED a que asumiera la responsabilidad pactada bajo la póliza hasta el máximo de la cubierta, esta es, \$100,000 por incidente y \$300,000 como agregado anual.

Tras los incidentes usuales en este género de pleito, el juicio en su fondo se celebró durante un total de 19 días². Evaluada la prueba presentada en el juicio, el TPI emitió la sentencia apelada en la que concluyó que las actuaciones del doctor González Cruz “fueron deficientes y se apartaron de la regla de cuidado mínimo y la mejor práctica de la medicina”³, pues, entre otras cosas, “no cumplió con el estándar de tomar un historial adecuado de la paciente gineco-obstetra que recibía en la sala de emergencia”⁴.

Asimismo, respecto a este, el foro de primera instancia añadió:

Quedó demostrado por la prueba pericial que fue negligente al no cumplir el protocolo de sala de emergencias según instituido y que aunque refirió a la paciente a la sala de antepartos para que su bebé fuera monitoreado, no llamó al ginecólogo para avisarle que había una paciente del tercer trimestre admitida hasta que se enfrentó con una emergencia que no pudo ni supo manejar⁵.

² El juicio en su fondo se celebró los días 30 de agosto de 2010; 1, 2, 3, 7 y 8 de septiembre de 2010; 9 y 11 de febrero de 2011; 7, 8, 9, 10 y 11 de marzo de 2011 y continuó más tarde los días 5, 7, 10, 11, 13 y 14 de octubre de 2011.

³ *Sentencia apelada*, en la pág. 27.

⁴ *Íd.*

⁵ *Íd.*

En cuanto al doctor Vicéns Rodríguez el tribunal señaló que este se percató de que el monitor fetal colocado a López Díaz “no trazaba”, ante lo cual obvió utilizar otros monitores disponibles. También determinó que Vicéns Rodríguez no realizó un diagnóstico diferencial y que, dado el cuadro que presentaba la paciente, incurrió en negligencia al no realizar una cesárea de emergencia en el hospital HIMA y optar por trasladarla a Centro Médico. Al respecto, concluyó el foro primario en su sentencia que:

De sus admisiones, surgió además, que no ofreció tratamiento alguno a la demandante y que sus primeras y únicas gestiones médicas estuvieron dirigidas a trasladar a la demandante al Centro Médico tan pronto se enteró que ésta era una paciente de las Clínicas de Alto Riesgo del Centro Médico.

[...]

El doctor Vicéns al llegar se encuentra con una paciente de alto riesgo en su tercer trimestre con sangrado vaginal. Sin embargo, éste nunca realizó un diagnóstico diferencial de la causa del sangrado de la paciente y cómo ello afectaba o podía poner en riesgo al bebé⁶.

Por último, en cuanto a la responsabilidad del Hospital HIMA, el foro de primera instancia determinó que los esposos apelados probaron que personal de la institución hospitalaria no atendió adecuadamente a la señora López Díaz. Para llegar a esta determinación tomó en consideración la presunta ausencia de anotaciones de la enfermera de la sala de antepartos. Expresó sobre este aspecto que “[l]a ausencia de documentación de la enfermera corrobora el testimonio de la demandante de que no fue atendida por ningún personal y nadie le dio seguimiento al monitoreo fetal ni a sus síntomas”⁷. Añadió dicho foro que:

[E]ra absolutamente importante y hubiese sido determinante para la madre y el bebé que el doctor Vicéns al recibir la consulta hubiera contado con una documentación, o al menos información por parte de la enfermera, sobre cuándo comenzó el dolor desgarrante, el sangrado, su descripción y que se tuviera un buen trazado fetal para el diagnóstico diferencial de abrupcio de placenta. El personal del hospital fue negligente y dicha negligencia

⁶ *Sentencia apelada*, en la pág. 28.

⁷ *Íd.*, en la pág. 36.

contribuyó y fue determinante en la producción de los daños ocasionados a la madre y su bebé⁸.

Tras considerar la prueba, el TPI condenó a los médicos codemandados y al Hospital HIMA a pagar solidariamente a los apelados \$100,000, más intereses legales desde la presentación de la demanda, gastos, costas y \$10,000 para honorarios de abogado por temeridad. Respecto a la demanda contra tercero presentada por el doctor González Cruz contra SIMED, el TPI determinó que aquel no pagó su póliza durante la vigencia de esta, razón por la cual, vencida la póliza, quedó desprovisto de cubierta. Ello motivó que declarara “No Ha Lugar” la demanda contra tercero. Esta determinación no fue cuestionada en apelación.

Tras esta sentencia, el doctor González Cruz acudió ante este foro mediante el recurso apelativo identificado con el código alfanumérico KLAN201300077. Planteó que el foro de primera instancia incurrió en los siguientes errores:

1. ERRÓ EL TRIBUNAL EN LA APRECIACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL Y DOCUMENTAL AL ENTENDER QUE LA CAUSA DE MUERTE FUE *ABRUPTIO PLACENTA[E]* Y EN SU DETERMINACIÓN DE LA HORA DE MUERTE, Y AL ACOGER COMO SUYA LA OPINIÓN ESPECULATIVA DEL DR. ALVARADO.

2. ERRÓ EL TRIBUNAL AL DETERMINAR QUE LAS ACTUACIONES DEL DR. GONZÁLEZ CONFIGURAN *MALPRACTICE* MÉDICO.

3. ERRÓ EL TRIBUNAL AL DETERMINAR QUE EL DR. GONZÁLEZ FUE NEGLIGENTE POR NO SEGUIR EL “PROTOCOLO” DEL HOSPITAL, DOCUMENTO INADMISIBLE EN CUANTO AL DR. GONZÁLEZ.

4. ERRÓ EL TRIBUNAL AL DETERMINAR RELACIÓN CAUSAL ENTRE ALGUNA ACTUACIÓN DEL DR. GONZÁLEZ Y LA MUERTE DEL FETO DE LA DEMANDANTE.

5. ERRÓ EL TRIBUNAL AL IMPONER RESPONSABILIDAD, PUES LA DEMANDANTE NO DERROTÓ LA PRESUNCIÓN DE CORRECCIÓN EN LAS ACTUACIONES DEL DR. GONZÁLEZ.

6. ERRÓ EL TRIBUNAL AL NO DISPONER LA PROPORCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE CADA CODEMANDADO.

También inconformes con el dictamen del foro de primera instancia, el doctor Vicéns Rodríguez y el Hospital HIMA acudieron ante este foro mediante otro recurso apelativo identificado con el

⁸ *Íd.*

código alfanumérico KLAN201300086. Adujeron que el TPI incurrió en los siguientes errores:

1. ERRÓ EL TRIBUNAL DE INSTANCIA AL AQUILATAR LA PRUEBA PERICIAL.

2. ERRÓ EL TRIBUNAL DE INSTANCIA AL DETERMINAR QUE HUBO NEXO CAUSAL ENTRE LA MUERTE DE LA CRIATURA Y LA NEGLIGENCIA IMPUTADA A HIMA Y A VICÉNS.

3. ERRÓ EL TRIBUNAL DE INSTANCIA AL DETERMINAR QUE NO MEDIÓ UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO DE LA PACIENTE A LAS CLÍNICAS DE ALTO RIESGO DEL CENTRO MÉDICO.

4. ERRÓ EL TRIBUNAL DE INSTANCIA AL DETERMINAR QUE HIMA Y VICÉNS FUERON TEMERARIOS.

Por su parte, los apelados solicitaron la desestimación del recurso apelativo del doctor Vicéns Rodríguez y del Hospital HIMA. Alegaron que estos incumplieron las disposiciones reglamentarias relacionadas al adecuado perfeccionamiento del recurso, porque no incluyeron en el apéndice los informes periciales, los expedientes médicos y la prueba estipulada, ni realizaron trámite alguno para elevar los autos originales o reproducir la prueba oral. Las alegadas omisiones fueron oportunamente subsanadas, por lo cual denegamos la solicitud desestimatoria. Con el beneficio de la comparecencia de las partes, atendemos los señalamientos de error formulados.

II.

Las acciones por impericia médica o profesional al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA §5141, requieren demostrar la existencia de un acto culposo o negligente, la ocurrencia de un daño y la relación causal entre la conducta culposa o negligente y el daño sufrido. *Tormos Arroyo v. D.I.P.*, 140 DPR 265, 271 (1996); *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*, 137 DPR 735, 753 (1994). Bajo las normas probatorias aplicables a los pleitos civiles, un demandante debe probar por preponderancia de la prueba que el daño sufrido se debió, con mayor probabilidad, a negligencia del demandado. La causalidad entre el daño sufrido y

el acto negligente no puede establecerse a base de una mera especulación o conjetura. *Martí Méndez v. Abreu Feshold*, 143 DPR 520, 526 (1997); *Castro Ortiz v. Municipio de Carolina*, 134 DPR 783, 793 (1993);

La parte demandante puede establecer un caso *prima facie* de impericia médica si aporta prueba sobre las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas, según corresponda; que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente, y que esa conducta produjo la lesión del paciente por la cual reclama. *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988). Ahora bien, a los médicos ampara una presunción de que al ejercer sus funciones han desplegado un grado de cuidado razonable y que trataron adecuadamente al paciente en el diagnóstico y tratamiento. *Ramos Robles v. García Vicario, ante; Ramos Orengo v. La Capital*, 88 DPR 315, 328 (1963). Por tal razón, corresponde a todo demandante establecer mediante prueba pericial que la actuación del demandado no cumple con las normas de cuidado médico aplicables. *Flores Ramírez v. Maldonado*, 138 DPR 722, 732 (1995); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 650 (1988); *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 821 (1987). Consecuentemente, se ha afirmado que la parte actora debe demostrar, “mediante prueba pericial —salvo que la falta de cuidado sea tan evidente como para sufrir negligencia, [...]— cuáles son los requisitos de cuidado y conocimiento científico requeridos por la profesión en el tratamiento de determinado tipo de paciente”. *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 386 (1988).

De igual modo, en nuestro ordenamiento se ha reconocido el derecho de un paciente “a decidir libremente qué debe hacerse con su cuerpo”. *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*, 137 DPR 735, 742 (1994). De este modo, un paciente tiene derecho a consentir

libremente y de manera informada a toda intervención quirúrgica. Esto no implica, sin embargo, “que los médicos estén obligados a dar a sus pacientes un curso completo de medicina, pero sí a suministrarles suficiente información sobre la naturaleza del tratamiento, los riesgos y las complicaciones implicados y los beneficios que se esperan”. *Id.* Al respecto, ha expresado el Tribunal Supremo que, “[e]n términos generales, el médico debe informar sobre el diagnóstico, la naturaleza de las alternativas de tratamiento, los riesgos y beneficios de éstos, y la prognosis en caso de que la condición diagnosticada no sea tratada”. *Íd.*, en la pág. 752. El deber de informar no se extiende a “los riesgos que sean remotos, que hayan ocurrido en pocas ocasiones o que sean meramente hipotéticos”. *Íd.*, en la pág. 753.

La inexistencia del consentimiento informado por parte de un paciente solo generará el deber de indemnizar si tiene relación causal con el daño por el que se reclama. De este modo, ante una reclamación fundada en la falta de consentimiento informado es necesario determinar si “la falta de información debida (llevó) al paciente a exponerse a los riesgos no divulgados”. *Íd.* en la pág. 760. Dicho de otro modo, es necesario demostrar la existencia del nexo causal entre la falta de consentimiento informado y los daños sufridos, para lo cual debe concluirse que de haber conocido los riesgos inherentes a un tratamiento el demandante no lo hubiera aceptado. En nuestra jurisdicción la doctrina de causalidad adecuada en armonía con la de previsibilidad dictan la pauta que los tribunales debemos seguir en esta indagación.

Asimismo, la base de la responsabilidad de los hospitales por los actos culposos o negligentes de sus empleados es el artículo 1803 del Código Civil de Puerto Rico preceptivo de que,

La obligación que impone la sec. 5141 de este título es exigible, **no sólo por los actos u omisiones propios, sino**

por los de aquellas personas de quienes se debe responder.

El padre y por muerte o incapacidad de éste, la madre, son responsables de los perjuicios causados por los hijos menores de edad que viven en su compañía.

Los tutores lo son de los perjuicios causados por los menores o incapacitados que están bajo su autoridad y habitan en su compañía.

Lo son igualmente los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones.

El Estado es responsable en este concepto en las mismas circunstancias y condiciones en que sería responsable un ciudadano particular.

Son, por último, responsables los maestros o directores de artes y oficios respecto a los perjuicios causados por sus alumnos o aprendices, mientras permanezcan bajo su custodia.

La responsabilidad de que trata esta sección cesará cuando las personas en ella mencionadas prueben que emplearon toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño.

Art. 1803 Cód. Civ. P.R., 31 L.P.R.A. sec. 5142 (énfasis suplido).

De esta manera, “[e]n cuanto a la responsabilidad civil hospitalaria, nuestro derecho vigente exige que los hospitales ejerzan el cuidado y las medidas previsoras que un hombre prudente y razonable desplegaría ante determinadas circunstancias”. *López v. Dr. Cañizares, supra*, en la pág. 135.

Por último, en materia de apreciación de prueba, como se sabe, los foros apelativos deben brindar deferencia a las determinaciones fácticas de los foros de instancia. Véase, *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 DPR 717, 740 (2007); *Rolón v. Charlie Car Rental, Inc.*, 148 DPR 420, 433 (1999). Esa norma de autolimitación se apoya en la convicción de que los juzgadores ante quien declara un testigo están en mejor posición para apreciar una declaración en toda su extensión, no solo en cuanto a lo que dice un testigo, sino también en cuanto a cómo lo dice. En fin, si la actuación del tribunal primario no está desprovista de base razonable, ni perjudica los derechos sustanciales de una parte, lo lógico es que prevalezca el criterio del juez de primera instancia, a

quien corresponde la dirección del proceso. *Sierra v. Tribunal Superior*, 81 DPR 554, 572 (1959).

Esta norma de autolimitación cede, sin embargo, cuando “un análisis integral de [la] prueba cause en nuestro ánimo una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que se estremezca nuestro sentido básico de justicia; correspondiéndole al apelante de manera principal señalar y demostrar la base para ello”. *Pueblo v. Cabán Torres*, 117 DPR 645, 648 (1986). Asimismo, los foros apelativos tenemos amplia discreción en la apreciación de la prueba pericial y documental presentada en el TPI. De este modo, al evaluar este género de prueba estamos en la misma posición que los foros de primera instancia, por lo que en cuanto a ella podemos adoptar nuestro propio criterio de apreciación. *Moreda v. Rosselli*, 150 DPR 473, 479 (2000). Por último, el valor probatorio de la prueba pericial depende de los siguientes factores: (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 P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 DPR 658 (2000).

III.

Examinemos los errores imputados al TPI. Inicialmente consideraremos los señalamientos de error que el doctor González plantea en su recurso apelativo. Luego consideremos los formulados por el doctor Vicéns y el Hospital HIMA.

A. Planteamientos del doctor González

Los señalamientos de error primero, segundo, tercero, cuarto y quinto de la apelación del doctor González están interrelacionados, por lo que los consideraremos de manera conjunta. Estos se centran en las bases de la determinación de imponer responsabilidad a dicho apelante por impericia médica.

Según la sentencia apelada, la imposición de responsabilidad al doctor González estuvo predicada en que este “no cumplió con el estándar de tomar un historial adecuado de la paciente gineco-obstetra que recibía en la sala de emergencia”, y que conforme a la prueba pericial “fue negligente al no cumplir [con] el protocolo de sala de emergencias según instituido y que aunque refirió a la paciente a la sala de antepartos para que su bebé fuera monitoreado, no llamó al ginecólogo para avisarle que había una paciente del tercer trimestre admitida hasta que se enfrentó con una emergencia”. Por último, concluyó que:

De la prueba documental surgió [...] que no es hasta que el doctor González fue llamado por la enfermera de sala de partos, que [e]ste realizó alguna intervención con la paciente luego de admitida. A pesar de ser el médico a cargo de la paciente entre las 11:20 de la noche y las 2:50 de la madrugada. No solo no le dio seguimiento a su condición, sino que tampoco llamó al especialista ginecólogo-obstetra para que evaluara y se encargara del cuidado de la madre y su bebé⁹.

Vemos pues, que la responsabilidad impuesta al Dr. González se circunscribe a las omisiones indicadas. Debemos determinar, primero, si en realidad ocurrieron tales omisiones y, segundo, de haber ocurrido, si están causalmente relacionadas con el desenlace que motivó este pleito.

1. La imposición de negligencia por razón de que el doctor González no tomó un historial adecuado a la paciente

En el interrogatorio directo López Díaz expresó que al llegar al Hospital HIMA en Humacao la atendió una enfermera. Luego la atendió el doctor González, quien le “hizo unas preguntas”¹⁰. Al aclarar qué preguntas le hicieron, indicó: “[é]l me preguntó que cuántas semanas tenía, **que si padecía de algo**, que si estaba tomando algún medicamento y por qué había ido”¹¹. También

⁹ *Sentencia apelada*, en la pág. 27.

¹⁰ *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en la pág. 83.

¹¹ *Íd.* (énfasis suplido).

declaró que el doctor González le hizo “muchas preguntas”¹². Durante el contrainterrogatorio declaró expresamente que el doctor González incluso le pidió su expediente médico¹³, contrario a lo que momentos antes había declarado¹⁴.

Por su parte, en su testimonio el doctor González declaró que al intervenir con la apelada le preguntó “su edad, [...] su estado gestacional, cuántos embarazos ha[bía] tenido, cuántos partos, abortos, bebés vivos”. También le preguntó “su última regla” y calculó la fecha de parto¹⁵. Específicamente declaró, además:

Le pregunto las enfermedades que tiene, le pregunto las condiciones médicas, le pregunto si padece o no de alguna alergia, medicamentos o comida, le pregunto si ha sido operada [...] por alguna condición, le pregunto los medicamentos que está utilizando, le pregunto su queja principal¹⁶.

Aun cuando declaró que según el expediente no indagó *cuándo* fueron los embarazos y partos previos, declaró que preguntó si los embarazos previos culminaron en cesáreas o en parto normal¹⁷.

Estas declaraciones, particularmente la declaración de López Díaz en términos de que se le preguntó “si padecía de algo”, son contrarias a la determinación de hechos de la sentencia apelada en términos de que el doctor González “no tomó un historial completo de la paciente **ni le preguntó sobre su historial médico pasado**”¹⁸. La conclusión de que incurrió en negligencia al presuntamente no formular preguntas a la demandante para

¹² *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 270. Destacamos también que en contrainterrogatorio declaró que no recordaba todo lo que le preguntó el doctor González. *Íd.*, en la pág. 269. Fue confrontada con una deposición en la que indicó que “el me preguntó todo, el doctor que me atendió me preguntó todo y me puso en una camilla y me chequeó”. *Id.*

¹³ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 331. La demandante declaró que acudió sola a la sala de emergencias. Llevó consigo copia de lo que inicialmente catalogó como copia de su expediente médico, pero que luego aclaró que era un grupo de resultados de laboratorios que le habían realizado y otros documentos similares, los cuales dejó en el auto en el que llegó al hospital, razón por la cual no los entregó al doctor González. *Íd.*, en la pág. 331-334.

¹⁴ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 323.

¹⁵ *Íd.*, en la pág. 372.

¹⁶ *Íd.*

¹⁷ *Íd.*, en la pág. 374.

¹⁸ *Sentencia apelada, Determinación de hechos número 24*, en la pág. 10, (énfasis suplido).

obtener un cuadro clínico completo no se apoya en la prueba aportada.

Notamos también que el doctor Víctor Rodríguez, perito del doctor González, cualificado como perito en “emergenciología”¹⁹, específicamente declaró sobre las preguntas que debe hacerse a una paciente embarazada en sala de emergencias. Dijo al respecto que:

En una sala de emergencias cuando llega una paciente hay que preguntarle la edad del paciente, cuál es la queja del paciente, inmediatamente cuántas barrigas ha tenido, cuántos embara..., preñez, [...] cuántos ha parido, cuántos ha abortado, cuándo es su última regla, para cuándo está puesta, quién es su ginecólogo, también²⁰.

La declaración del perito en “emergenciología” sobre la indagación que debe hacer un médico que atiende a una paciente embarazada en la sala de emergencias es consecuente con lo que la prueba revela que indagó el doctor González cuando atendió a López Díaz.

Podría argumentarse, sin embargo, que el TPI llegó a la conclusión de que el doctor González no tomó un historial médico adecuado por razón de que en sus intervenciones no anotó en el expediente que la demandante padecía de diabetes gestacional. La demandante declaró que comunicó esa información al doctor González²¹. Este, en cambio, declaró que no fue así. El asunto, por lo tanto, se limitaría a una determinación de credibilidad. Sin embargo, de la sentencia apelada no surge que el foro primario haya dirimido ese conflicto de prueba. Al menos no surge determinación de hechos al respecto, ni se destacó ese asunto como parte del razonamiento que llevó a la determinación de que el doctor González incurrió en impericia médica. Nosotros tampoco dilucidaremos esa controversia de credibilidad desde este estrado

¹⁹ *Transcripción, 10 de octubre de 2011*, en la pág. 412.

²⁰ *Íd.*, en la pág. 430.

²¹ *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en la pág. 195; *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 265.

apelativo. Independientemente de ello, lo cierto es que contrario a lo resuelto por el TPI, el doctor González formuló preguntas concretas a la demandante dirigidas a contar con un cuadro clínico adecuado.

2. La conclusión de que el doctor González incurrió en negligencia por razón de que no cumplió con el protocolo de sala de emergencias aplicable

Sobre el tema del protocolo de sala de emergencias y su relevancia para determinar si el doctor González fue negligente, la parte apelante plantea que dicho protocolo fue estipulado por las partes, *excepto por la representación legal del doctor González*. Consecuentemente, plantea que ante el hecho de que dicho documento no fue debidamente autenticado y admitido como prueba de la parte demandante, no puede ser usado como prueba sustantiva contra el doctor González.

El expediente revela que algunas de las partes estipularon la admisibilidad y contenido de dicho protocolo, *con excepción del doctor González*. La transcripción de la prueba revela que el juez que presidió los procedimientos en el foro de primera instancia expresamente lo admitió de manera limitada, *solo en cuanto a las partes que lo estipularon*²². En este escenario, dicho protocolo, cuya admisibilidad no fue estipulada por la representación legal del doctor González y que tampoco fue formalmente admitido como prueba en cuanto a la parte que lo objetó, es base inapropiada

²² En la vista del 9 de febrero de 2011, la representación legal de la parte demandante manifestó con relación a este documento lo siguiente:

Lcda. Brenda Berríos

P Mire Juez, nosotros vamos a ofrecer..., nosotros vamos a pedir que [el] documento se marque, si el Tribunal entiende que no lo va a marcar, nosotros le vamos a pedir al Tribunal que al amparo de la Regla 107 lo admita con la admisibilidad limitada contra las partes ..., las otras partes excepto la parte que lo había objetado, que era el doctor González.

...

Honorable Juez:

P ¿No hay objeción? Pues, se admite en ese sentido limitada a las partes que lo estipularon, continúe.

Transcripción, 9 de febrero de 2011, en la pág. 115.

para imponer responsabilidad a este por presuntamente no cumplir con lo indicado en tal documento.

De hecho, la transcripción de la prueba revela que los doctores González y Vicéns no reconocieron el protocolo en cuestión cuando se les mostró y que ninguna otra persona lo autenticó como condición para que fuera admisible en cuanto al doctor González. Este sí declaró conocer que existía un protocolo para sala de emergencias²³, pero declaró que nunca lo vio por escrito pues ninguna persona se lo entregó²⁴. En ausencia de que se admitiera formalmente dicho documento contra el doctor González era necesario que los apelados presentaran prueba sobre el estándar de cuidado médico debido a una paciente que llega a una sala de emergencias con los síntomas que reflejaba López Díaz.

3. La conclusión de que el doctor González fue negligente por razón de que “aunque refirió a la paciente a la sala de antepartos para que su bebé fuera monitoreado, no llamó al ginecólogo para avisarle que había una paciente del tercer trimestre admitida hasta que se enfrentó con una emergencia”.

Determinar si el doctor González incurrió en impericia médica por no consultar a un ginecólogo obstetra tan pronto atendió a López Díaz en sala de emergencias supone considerar el cuadro de hechos enfrentado y lo que recomienda la práctica médica según los modernos medios de comunicación y de enseñanza. Como se sabe, al evaluar la prueba pericial los foros apelativos estamos en similar posición que los foros de primera instancia, razón por la cual, podemos reexaminar dicha prueba sin sujeción a la norma que nos obliga a dar deferencia a las determinaciones de hechos del foro primario. Acorde con el criterio de evaluación aplicable desde este estrado apelativo, somos de opinión que la conclusión a la que llegó el TPI no es la más

²³ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 348.

²⁴ *Íd.*, en la pág. 350.

racional y justiciera a la luz de la prueba presentada. Veamos por qué.

La prueba admitida revela que López Díaz llegó a sala de emergencias por razón de que tenía dolor pélvico²⁵. También manifestó que desde la mañana de ese día experimentaba ardor al orinar²⁶. Al llegar al hospital la condición de la demandante se consideró como “prioridad urgente”²⁷. La entrevistó una enfermera (*triage*) a las 11:00 de la noche. Así, la paciente llegó a las 10:48 pm y a las 11:00 pm la atendió una enfermera de *triage*²⁸. La enfermera le tomó los signos vitales, la presión y la temperatura²⁹.

En el hospital la atendió el doctor González quien era el único médico de turno en sala de emergencias³⁰. Le hizo un examen vaginal, uno abdominal y otro pélvico³¹. Descubrió que el “fondo uterino tenía treinta y cuatro (34) centímetros, [...] los latidos fetales se descubrieron en el cuadrante inferior izquierdo [...]”. “[E]n el examen pélvico [...] el cuello estaba cerrado, [...] había pobre borramiento, el bebé estaba flotando y sus membranas estaba intactas”³². En ese momento, aun cuando no anotó en el expediente la frecuencia de los latidos de la criatura, sí los

²⁵ *Íd.*, en la pág. 358.

²⁶ *Íd.*, en las págs. 264 y 439.

²⁷ *Íd.*, en la pág. 376.

²⁸ *Íd.*, en la pág. 262.

²⁹ *Íd.*, en la pág. 267.

³⁰ *Íd.*, en la pág. 424.

³¹ *Íd.*, en la pág. 382.

³² *Íd.*, en la pág. 383. En sus determinaciones de hechos, el TPI indicó respecto a la intervención del doctor González que este:

le hizo un examen vaginal. Documentó en el récord haber escuchado latidos fetales pero no indicó expresión numérica alguna sobre dichos latidos fetales. Sobre su impresión del examen pélvico documentó que el fondo uterino tenía 34 cm, que escuchó latidos fetales en el cuadrante izquierdo inferior, que el cuello pélvico estaba cerrado, pobre, sin borramiento, flotante y que las membranas estaban intactas.

14. El doctor González hizo una impresión diagnóstica de infección de orina y le ordenó a las 12:35 de la madrugada, luego del examen pélvico, que fuera llevada a la sala de antepartos y se conectara a un monitor fetal para monitorear latidos fetales. Ordenó, además, laboratorios de orina y que le colocaran líquidos intravenosos o suero. [...].

Sentencia apelada, en la pág. 7. Véase además, *Exhibit I por estipulación*.

escuchó³³. No descubrió que la paciente tuviera contracciones³⁴. A la luz de la dolencia manifestada por la demandante y su evaluación de la paciente llegó a la impresión diagnóstica de que el dolor pélvico estaba asociado a una infección del tracto urinario. López Díaz reconoció que el doctor López le comunicó esa impresión³⁵.

Según el doctor González, hizo un diagnóstico diferencial en el contexto del examen que efectuó y de las respuestas que le dio la paciente. En ese momento no consideró la posibilidad de un parto prematuro y específicamente descartó que la condición estuviera asociada al embarazo. Ordenó entonces que se le realizara una prueba de orina y se llevara a monitoreo fetal³⁶. El envío de la paciente a monitoreo fetal ocurrió a las 12:35 am. Ordenó el monitoreo fetal para descartar cualquier relación de la dolencia con el embarazo. Sin embargo, su impresión diagnóstica era que padecía de infección del tracto urinario.

Sobre el estado de la criatura declaró que contó los latidos, aunque no los anotó. Expresamente declaró que no encontró nada anormal con la criatura³⁷ y que esta se estaba moviendo normalmente³⁸. Una enfermera llevó a López Díaz en silla de ruedas al segundo piso a la sala de anteparto, a donde llegó a las 12:40 am³⁹. Al llegar le colocaron correas para monitorear los latidos fetales⁴⁰.

Más tarde ese mismo día, el doctor González fue llamado a la sala de anteparto por razón de que la paciente sufrió un fuerte dolor que no había experimentado antes⁴¹. Acudió allí a las 2:50

³³ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 384.

³⁴ *Íd.*, en la pág. 393.

³⁵ *Íd.*, en la pág. 271.

³⁶ *Íd.*, en la pág. 385.

³⁷ *Íd.*, en la pág. 397

³⁸ *Íd.*, en la pág. 394.

³⁹ *Íd.*, en la pág. 275

⁴⁰ *Íd.*, en las págs. 276-277.

⁴¹ *Íd.*, en las págs. 439; *Transcripción, 3 de septiembre de 2010*, en la pág. 561.

am, ocasión en que la paciente se encontraba en el baño⁴². Mientras ella estaba en el baño, el doctor González le preguntó cómo se encontraba, a lo que ella respondió “estoy bien”⁴³. Declaró López Díaz que sintió el dolor entre 1:30 y 2:00 de la madrugada⁴⁴. El doctor González declaró, por su parte, que cuando llegó a la sala de anteparto ya el dolor intenso que motivó que lo llamaran había cesado. La paciente también tenía sangrado vaginal. El doctor González conoció este síntoma cuando lo llamó una enfermera a raíz de la nueva situación⁴⁵. La atendió entonces a las 2:50 AM⁴⁶. A la luz de las manifestaciones de López Díaz en ese momento, entendió que el sangrado era inducido cuando ella pujaba. Consideró entonces que la demandante estaba en labor de parto prematura. Llegó a esta impresión diagnóstica a raíz de la nueva situación de la paciente.

Al atenderla en esta ocasión, el doctor González la examinó vaginalmente, intentó ver el trazado fetal que había ordenado realizar, pero ante la dificultad de poder verlo claramente, por razón de que un período de tiempo el monitor fetal no trazó los latidos fetales, intentó obtener un buen foco para poder obtenerlos⁴⁷. De su evaluación concluyó que el bebé estaba muy bien⁴⁸. Declaró que encontró latidos normales⁴⁹ y que López Díaz también escuchó los latidos del bebé⁵⁰. Después de esta evaluación hizo una consulta al obstetra ginecólogo de turno⁵¹, gestión que informó a López Díaz. Anotó en el expediente que el monitor fetal

⁴² *Íd.*, en la pág. 455.

⁴³ *Íd.*, en las págs. 454 y 455.

⁴⁴ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 299.

⁴⁵ *Íd.*, en la pág. 426.

⁴⁶ *Íd.*

⁴⁷ *Íd.*, en la pág. 461.

⁴⁸ *Íd.*, en las págs. 462 y 501.

⁴⁹ *Transcripción, 3 de septiembre de 2010*, en las págs. 564-565.

⁵⁰ *Íd.*, en las págs. 590-591. Al declarar, la demandante manifestó que no escuchó los latidos de su bebé en ese momento. No obstante, esa declaración fue impugnada por una deposición que le fue tomada en la que expresamente indicó que tras salir del baño ella “estaba callada” y no se quejaba, “y entonces ellos me empezaron a buscar al bebé, pero que el bebé estaba vivo”. *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en la pág. 227-228.

⁵¹ *Íd.*, en la pág. 571.

no estaba trazando⁵², y conversó por teléfono con el Doctor Vicéns para transmitirle los datos de la paciente⁵³. El doctor Vicéns llegó aproximadamente a las 3:15 am.

Antes de la segunda intervención del doctor González con López Díaz, esta estuvo en la sala de anteparto desde las 12:40 am hasta las 2:50 am. Todo el tiempo en que estuvo en la sala de anteparto hasta el momento en que acudió al baño tuvo las correas y el monitor fetal puesto⁵⁴.

Declaró el doctor González sin ser contradicho que en algún momento luego de la 1:00 AM, instruyó a una enfermera de sala de emergencias a que indagara el estado de López Díaz. Al momento de esa llamada la apelada estaba en la sala de anteparto en monitoreo fetal esperando los resultados de los laboratorios requeridos. No se le comunicó en esa ocasión que la paciente hubiera sufrido algún cambio en su estado⁵⁵.

Sobre la responsabilidad del doctor González, el informe pericial de la parte apelada concluyó que:

La Sra. López se presentó a sala de emergencia del Hospital HIMA-San Pablo de Humacao con sangrado vaginal en el Tercer trimestre. La importancia de una posible intervención de emergencia requería que fuera trasladada de inmediato a la sala de partos donde pudieran atender su condición y monitorear el estado de su embarazo. Aun así, la paciente estuvo [una] cantidad de tiempo irrazonable en la sala de emergencia, lo que se desvía de la mejor práctica de la medicina.

En la sala de emergencia es evaluada por el Dr. Israel González Cruz, cuya única acción es enviarla a sala de partos para ser evaluada por parto prematuro sin considerar el evento del sangrado vaginal presentado por la paciente. El Dr. González no consultó directamente al obstetra de la paciente (o al Dr. Vicéns que le cubría), de manera que no presentó al especialista el cuadro clínico de la paciente y la dejó al cuidado del personal de enfermería de la sala de partos⁵⁶.

Asimismo, al declarar, el doctor Alvarado, perito de la parte manifestó que el doctor González fue negligente al no documentar

⁵² *Íd.*, en la pág. 573.

⁵³ *Íd.*, en las págs. 576-577.

⁵⁴ *Transcripción, 2 de septiembre de 2010*, en la pág. 279.

⁵⁵ *Transcripción, 3 de septiembre de 2010*, en la pág. 589.

⁵⁶ *Apéndice de la prueba documental*, en la pág. 399 (énfasis suplido).

los latidos de la criatura⁵⁷, no formular un diagnóstico diferencial⁵⁸, no documentar el historial ginecólogo-obstétrico⁵⁹, no anotar la velocidad en que debía administrarse un suero que ordenó dar a la paciente⁶⁰, y no cumplir con los protocolos aplicables para sala de emergencias⁶¹. Reconoció, en cambio, que se determinó que la paciente requería atención urgente y que se instruyeron exámenes para descartar una infección del tracto urinario⁶².

Quedó incontrovertido que al acudir a la sala de emergencias López Díaz no sufría sangrado vaginal. Según la propia paciente lo declaró, en la mañana del día de su ingreso al Hospital había sentido unas punzadas que describió como si le estuvieran “espetando un alfiler en el ombligo”⁶³. Estas punzadas luego desaparecieron. Más tarde, en la noche, volvió a sentirlas, razón por la cual acudió a sala de emergencias en el Hospital HIMA. En ese momento no estaba sangrando. El sangrado ocurrió aproximadamente a las 2:50 de la madrugada. Por tal razón, las conclusiones del informe pericial del doctor Alvarado son base inadecuada para concluir que el doctor González incurrió en impericia médica.

Por su parte, el perito de la parte apelante declaró que el cuadro clínico que tuvo el doctor González a la llegada de López Díaz a la sala de emergencias no revelaba los síntomas de “*abruptio placentae*” o separación de la placenta, condición que suponía un sangrado que la paciente no tenía en ese momento⁶⁴. Concluyó que a su llegada a sala de emergencias la condición de la paciente era compatible con una “cistitis” o infección del tracto urinario, lo que

⁵⁷ Transcripción, 11 de febrero de 2011, en la pág. 79,

⁵⁸ *Íd.*, en la pág. 125,

⁵⁹ *Íd.*, en las págs. 128-130.

⁶⁰ *Íd.*, en la pág. 131,

⁶¹ *Íd.*, en la pág. 159.

⁶² *Íd.*, en las págs. 124-125.

⁶³ Transcripción, 1 de septiembre de 2010, en la pág. 67.

⁶⁴ Transcripción, 7 de octubre de 2011, en las págs. 305-307.

concuerta con la impresión diagnóstica del doctor González. Entre otras cosas el perito de este declaró que “el dolor de ella era en el abdomen en el cuadrante inferior izquierdo que es donde le molestaba y su placenta era alta y posterior”⁶⁵. Expresamente declaró que “[n]o hay forma que una placenta alta y posterior pueda causar dolor en esa área”⁶⁶. Asimismo, destacó que la paciente no tenía la contracción tetánica, característica de la condición conocida como *abruptio placentae*. De igual manera, indicó que a las 2:50 am surgió un elemento no visto antes, en referencia al sangrado vaginal, pero que ello tampoco revelaba una situación de separación de placenta⁶⁷. Concluyó también que la ausencia de un monitoreo fetal completo no influyó en la muerte de la criatura⁶⁸, y que la ausencia de algunas anotaciones en el expediente médico no tuvo relación causal con lo ocurrido⁶⁹. Específicamente declaró que no era necesario realizar un sonograma⁷⁰, y concluyó que la criatura estaba viva cuando el doctor Vicéns intervino con la paciente e incluso cuando más tarde llegó a Centro Médico⁷¹. Estimó que la muerte del bebé ocurrió después de las 8:00 de la mañana, cuando López Díaz ya se encontraba en Centro Médico⁷². A su juicio la causa de la muerte del bebé fue *dehiscencia uterina materna* o rotura uterina. Fue categórico al declarar que la muerte del bebé no tuvo que ver con la intervención realizada por el doctor González en la sala de emergencias del hospital HIMA.

Como se dijo, nos parece que la parte demandada aquí apelante expuso adecuadamente las normas de atención médica aplicables a la situación de hechos enfrentada por el doctor

⁶⁵ *Íd.*, en la pág. 306.

⁶⁶ *Íd.*, en la pág. 306.

⁶⁷ *Íd.*, en la pág. 312.

⁶⁸ *Íd.*, en la pág. 375.

⁶⁹ *Íd.*, en la pág. 376.

⁷⁰ *Íd.*, en la pág. 315.

⁷¹ *Íd.*, en la pág. 378.

⁷² *Íd.*, en la pág. 454.

González y por qué la conducta de este fue consecuente con ellas. La impresión diagnóstica a la que llegó el doctor González al examinar inicialmente a la paciente encuentra apoyo en la prueba pericial aportada. Sin duda, el doctor González no documentó algunos datos en las dos ocasiones en que intervino con la demandante. Sin embargo, sí documentó los hallazgos más relevantes del cuadro clínico que reflejaba la paciente. La prueba no revela que estas omisiones están causalmente relacionadas con la muerte de la criatura.

Relevante es también el hecho de que previo al día en que la demandante visitó la sala de emergencias del HIMA se le había diagnosticado infección del tracto urinario, razón por la cual se le había recetado medicamentos, de los cuales, al momento de acudir al HIMA al día siguiente solo había consumido una dosis⁷³. Más aún, los laboratorios ordenados por el doctor González en sala de emergencia sugerían que cuando López Díaz fue atendida padecía de infección del tracto urinario⁷⁴.

Los hallazgos del doctor González al intervenir con la paciente, según constan en el expediente médico, revelan que en su primera evaluación de la paciente no encontró base para pensar que estaba de parto prematuro. Las membranas amnióticas estaban intactas, la cabeza del bebé no estaba ubicada en posición de alumbramiento y el cuello uterino estaba cerrado. Con estos hallazgos y las dolencias experimentadas por la paciente, la impresión diagnóstica del doctor González era médicamente razonable. En la segunda evaluación hubo otros hallazgos. En particular encontró actividad uterina, cinco contracciones por minuto, un centímetro de dilatación con sangrado, razón por la cual formuló la consulta al ginecólogo de turno.

⁷³ *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en la págs. 209-210.

⁷⁴ *Véase, Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en la pág. 147.

4. La causa y hora de la muerte fetal, y el valor probatorio del testimonio del perito de la parte apelada

Por último, el doctor González plantea en su recurso apelativo que el TPI erró al concluir que la causa de la muerte fue *abruptio placentae* y al determinar que la muerte fetal ocurrió antes de la llegada de López Díaz al Centro Médico. Aun cuando la sentencia apelada no concluye expresamente cuál fue la causa de la muerte fetal, varias determinaciones de hechos de la sentencia del TPI parecen partir de la premisa de que este evento fue fruto del desprendimiento de la placenta o *abruptio placentae*. Así, por ejemplo, el TPI indicó en su sentencia que:

25. El doctor González realizó un examen pélvico a una embarazada que tenía sangra[do] vaginal. Las autoridades médicas (nota al calce omitida) establecen que la presencia de un sangrado vaginal en esa etapa puede ser indicativo de placenta previa, *abruptio placenta[e]*, embarazo molar “molar pregnancy”, trauma o parto. Dichas autoridades han establecido, además, que con dichos síntomas y tales posibles complicaciones se debe retardar o evitar realizar exámenes pélvicos hasta realizarse un sonograma o examen de ultrasonido para descartar placenta previa, *abruptio placenta[e]* o alguna otra complicación.

[...].

35. [El doctor Vicéns] [i]ndicó que con un examen pélvico no se puede hacer diagnóstico de *abruptio placenta[e]* y admitió, además, que el sangrado vaginal en el tercer trimestre se encuentra entre los síntomas a ser considerados para hacer un diagnóstico diferencial de *abruptio placenta[e]* [...].

36. Expresó que no ordenó realizar un sonograma para descartar el *abruptio placenta[e]* y tampoco hizo dicho diagnóstico clínico. Admitió que descartó *abruptio placenta[e]* solo con el examen físico practicado⁷⁵.

De igual manera, en las conclusiones de derecho relacionadas al doctor González, el TPI expresó que la “prueba estableció que los síntomas de la paciente según presentados al doctor Vicéns eran suficientes para que éste considerara un diagnóstico diferencial de *abruptio placenta[e]* (nota al calce omitida), el cual constituía una posible causa de muerte para el

⁷⁵ Sentencia apelada, en las págs. 10-13.

bebé y un posible riesgo de muerte para la madre si no era atendido de inmediato con una cesárea de emergencia”⁷⁶.

El informe de autopsia concluyó que la causa de la muerte fue “intrauterine fetal distress and hipoxia, **most likely consequence of maternal uterine dehiscence**”⁷⁷. La dehiscencia es un proceso en el cual se abre el músculo uterino por una cicatriz de una cesárea anterior⁷⁸. A igual conclusión llegó la perito del doctor González, doctora Yocasta Brugal, al concluir lo siguiente:

Tanto el obstetra que llevó la cesárea, como el examen físico en el Instituto de Ciencias Forenses, la autopsia practicada por la Dra. Marie Rivera (5 días después de la muerte) nos refieren un cadáver con maceración leve lo que significa que la muerte se produjo de 5 a 6 horas antes de la cesárea, la patóloga describe el piel sin cambios significativos. Lo que iría con el cuadro clínico que presentó la madre con alteración del pulso, la respiración e hipotensión y la falta de latidos fetales. Los hallazgos más significativos de la autopsia revelan hemorragia pulmonar, escamas fetales excesivas focales, hemorragia intersticial de los riñones y marcada congestión del cerebro, **estos hallazgos como muy bien apunta la Dra. Rivera son consistente[s] con sufrimiento fetal e hipoxia, probablemente como consecuencia de la dehiscencia uterina**⁷⁹.

Como se dijo, el TPI formuló determinaciones de hechos que destacan qué debieron hacer los médicos demandados para descartar un diagnóstico de desprendimiento de placenta. Estas expresiones crean la fuerte impresión que el TPI adoptó la conclusión de que esa fue la causa de la muerte.

Asimismo, en cuanto a la hora de la muerte debemos destacar que el TPI no determinó una hora precisa en la que ocurrió. Sin embargo, sí concluyó que hubo muerte fetal antes de que López Díaz llegara al Centro Médico. Así, expresamente indicó en su sentencia que:

61. La prueba documental que se desprende del [expediente] del Centro Médico indica que el bebé llegó sin latidos fetales. Aunque en la hoja de Sala de Emergencias del Centro Médico se marcó una X en el encasillado de

⁷⁶ *Sentencia apelada*, en la pág. 29.

⁷⁷ *Apéndice de la prueba documental*, en la pág. 308 (énfasis suplido).

⁷⁸ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en la pág. 44.

⁷⁹ *Apéndice de la prueba documental*, en la pág. 415 (énfasis suplido).

latidos fetales, lo cierto es que no se reportaron los latidos y que en otra hoja del [expediente] surge que a las 6:00 de la mañana el doctor diagnóstica IUFD (intrauterine fetal demise) (nota al calce omitida) y ordena un sonograma para corroborarlo. A las 6:00 de la mañana el plan de acción reporta TPO (termination of pregnancy). La propia demandante declaró, también, que la información a su llegada al Centro Médico que su bebé estaba muerto. Igual información le proveyeron a su esposo Efraín Robledo. Testificó que a su llegada a Centro Médico en Sala de Emergencias le comenzaron a buscar los latidos del bebé y nos los encontraron. Luego, llegó otro médico que también intentó encontrar los latidos fetales pero no los encontró y le informó que el bebé estaba muerto⁸⁰.

Más adelante, el TPI reiteró que “[l]a prueba documental del [expediente] del Centro Médico claramente indica que el bebé llegó sin latidos fetales o con muerte fetal intrauterina”⁸¹. La paciente llegó a Centro Médico aproximadamente a las 6:00 am.

La hora exacta de la muerte es un aspecto relevante para determinar la responsabilidad de los codemandados, pues permite evaluar la razonabilidad de la determinación de trasladar a la paciente a Centro Médico y qué médicos estaban al cuidado de la paciente en los momentos más críticos para la criatura. Notamos que la conclusión del TPI al respecto estuvo basada en el hecho de que el expediente médico del Centro Médico estableció como plan de acción la terminación del embarazo. Concluyó dicho foro que tal determinación se tomó a las 6:00 am.

Lo cierto es que la hoja de ingreso del Centro Médico parece contener información contradictoria, pues en uno de sus apartados indica que se percibieron latidos fetales regulares a esa hora, pero también se indica como una de las complicaciones “IUFD”, siglas de *intrauterine fetal demise*. La duda parece disiparse por otro documento del expediente⁸², en el que se indica en una nota del 2 de diciembre de 2004, realizada a las 6:00 am como diagnóstico “IUFD @ 33 $\frac{3}{4}$ w”, en referencia a “*intrauterine fetal demise at 33 $\frac{3}{4}$ weeks*”. Ello es consecuente con las declaraciones de López

⁸⁰ *Sentencia apelada*, en las págs. 19-20.

⁸¹ *Sentencia apelada*, en la pág. 39.

⁸² *Apéndice de la prueba documental*, en la pág. 125.

Díaz. Al respecto, declaró que cuando llegó al Centro Médico un médico intentó encontrar durante algún tiempo los latidos del feto⁸³. Declaró que se consultó a otro médico para dar con los latidos del corazón y que ella no los escuchó⁸⁴. También es consecuente con la declaración del doctor Vicéns respecto a que al llamar a Centro Médico aproximadamente a las 7:30 am se le dijo que no escuchaban los latidos del corazón.

La determinación fáctica del TPI en cuanto a la hora de la muerte fetal encuentra apoyo en la prueba vertida en el juicio. Ello, sin embargo, no nos parece determinante para imponer responsabilidad al doctor González. Conforme a la discusión precedente, este no se apartó de la mejor práctica de la medicina. Llegó a una impresión diagnóstica adecuada a la luz del cuadro clínico que tenía la demandante. Le proveyó tratamiento adecuado a la luz de esa impresión diagnóstica y cuando las circunstancias variaron llamó al ginecólogo obstetra de turno. Conforme a lo expuesto se cometieron los errores primero al quinto imputados al foro primario. Consecuentemente debemos revocar la sentencia apelada en cuanto impuso responsabilidad civil al doctor González. Esta determinación hace innecesario analizar el sexto señalamiento de error.

B. Planteamientos del Hospital HIMA y del doctor Vicéns en su escrito de apelación

En sus primeros tres señalamientos de error los apelantes Hospital HIMA y doctor Vicéns Rodríguez cuestionan la conclusión de imponerles responsabilidad por la muerte de la criatura que esperaban los apelados. El cuarto señalamiento de error requiere que examinemos si fueron temerarios al litigar.

⁸³ *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en las págs. 36-37 y 40-41.

⁸⁴ La declaración respecto a lo que le dijeron los médicos sobre los latidos del corazón de la criatura a su llegada a Centro Médico fue objetada por los abogados de la parte demandante. El foro de instancia acogió favorablemente la objeción. *Transcripción, 1 de septiembre de 2010*, en la pág. 40.

En cuanto al doctor Vicéns Rodríguez la sentencia apelada concluyó que incurrió en impericia médica porque no sustituyó el monitor fetal que tenía la demandante al descubrir que no trazaba adecuadamente los latidos fetales; no ofreció tratamiento a la demandante y más bien optó por hacer las gestiones necesarias para trasladarla a Centro Médico cuando se enteró de que era paciente de las Clínicas de Alto Riesgo de dicha entidad; no realizó un diagnóstico diferencial para determinar la causa del sangrado vaginal de la paciente y si esta padecía de desprendimiento de placenta “la cual constituía una posible causa de muerte para el bebé y un posible riesgo de muerte para la madre si no era atendido de inmediato con una cesárea de emergencia”⁸⁵; no realizó un esfuerzo concienzudo para conocer los síntomas de la paciente; y determinó trasladar a la demandante sin que esta estuviera estable y sin explicarle los riesgos del traslado, razón por la cual concluyó que no obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

En su testimonio el doctor Vicéns declaró que vio por vez primera a la demandante entre las 2:45 y 3:00 am en la unidad de anteparto del HIMA⁸⁶. Acudió al hospital tras recibir una llamada de una enfermera quien le indicó que había llegado al hospital una paciente del doctor Rubén Guadalupe, a quien el doctor Vicéns cubría esa noche⁸⁷. Dijo no recordar el nombre de la enfermera que lo llamó⁸⁸. Indicó que la enfermera le dijo que la paciente tenía dolor y sangrado⁸⁹. Aclaró que en esa llamada primero habló con la enfermera y luego conversó con el doctor González quien le “explicó

⁸⁵ *Sentencia apelada*, en la pág. 29.

⁸⁶ *Transcripción de la vista del 8 de septiembre de 2010*, en la pág. 93.

⁸⁷ *Íd.*, en la pág. 94.

⁸⁸ *Íd.*

⁸⁹ *Íd.*, en la pág. 96.

el cuadro otra vez⁹⁰. Declaró que el doctor González le informó que:

estaba evaluando una paciente en la sala de anteparto del doctor Rubén Guadalupe que había llegado al Hospital por la sala de emergencias y que en ese momento tenía sangramiento, eh, dolor y que no escuchaba los latidos del corazón del bebé⁹¹.

Entonces el doctor Vicéns acudió al hospital. Estuvo allí hasta aproximadamente las 6:00 am⁹². Conversó con una enfermera quien lo llevó con la paciente⁹³. Allí examinó el expediente de esta y la nota del doctor González respecto a la condición que la aquejaba (hoja de consulta), la cual, según declaró, decía:

la razón de la consulta es una señora de 24 años, segundo embarazo, un solo parto, pero no tiene ningún bebé vivo, que lleva de parto prematuro aproximadamente cuatro horas, puedo entender su última menstruación fue el 12 de abril del año 2004 con expectativa de alumbramiento el 5 de noviembre⁹⁴ del 2005. Es decir, un embarazo de 33 y 2 semanas, eh, de embarazo, con dolor vaginal, sangramiento. Bondad de evaluar, gracias⁹⁵.

Expresó el doctor Vicéns que en el área de las enfermeras en donde ubica la sala de anteparto no existe un monitor central que capture las imágenes de los monitores fetales en operación, ni había camas con monitores fetales instalados, ni monitores con sistemas de alarma⁹⁶.

Declaró que preguntó a López Díaz qué le ocurría y ella le contestó que tenía “mucho dolor en el abdomen y est[aba] sangrando”⁹⁷. Su impresión médica también fue que la paciente sufría dolor, pues ello era “aparente”⁹⁸. Sin embargo, describió que se veía tranquila⁹⁹. Luego la examinó. Le hizo un examen abdominal y le pidió autorización para hacerle un examen pélvico,

⁹⁰ *Íd.*, en la pág. 210.

⁹¹ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en la pág. 140.

⁹² *Transcripción, 8 de septiembre de 2010*, en la pág. 98.

⁹³ *Íd.*, en la pág. 99.

⁹⁴ Debió decir enero, no noviembre. No obstante, transcribimos la cita tal y cual consta en la transcripción de la prueba oral.

⁹⁵ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en las págs. 140-141.

⁹⁶ *Transcripción, 8 de septiembre de 2010*, en las págs. 109-111.

⁹⁷ *Íd.*, en la pág. 120.

⁹⁸ *Íd.*

⁹⁹ *Íd.*, en la pág. 121.

el cual hizo¹⁰⁰. El examen pélvico confirmó el sangrado¹⁰¹. Indicó desconocer desde qué hora la demandante estaba en el hospital, dato que, sin embargo, surgía del expediente médico. Tampoco sabía desde qué momento tenía dolor abdominal¹⁰². Más tarde ese día se enteró la hora a la que había llegado¹⁰³. Declaró que estuvo con la paciente unos 10 o 15 minutos, período en el cual pidió copia del expediente prenatal de la demandante, quien le dijo que estaba en el automóvil. Entonces el doctor Vicéns invitó al codemandante Robledo a que se acercara y le pidió que buscara el expediente médico¹⁰⁴. Indicó que mientras el señor Robledo buscaba el expediente, se mantuvo al lado de López Díaz formulándole preguntas sobre su cuidado y su embarazo¹⁰⁵. Reconoció que pudo haber estado parte del tiempo sin formular preguntas a la paciente¹⁰⁶.

Indicó el doctor Vicéns que al ver el expediente, el cual describió como una compilación de documentos¹⁰⁷, constató que la paciente se trataba en el Centro Médico en las Clínicas de Alto Riesgo¹⁰⁸. Indicó que observó tres sonogramas que había en el expediente, el último de dos o tres meses antes. No había copia de uno reciente¹⁰⁹. No constató nada anormal en los documentos que observó¹¹⁰, pero advirtió que la paciente padecía de diabetes durante el embarazo¹¹¹. Declaró que “la información que obtuvo para hacer [sus] decisiones y [formular sus] criterios, fue a partir de la información que obtuv[o] de la señora López y de la

¹⁰⁰ *Íd.*, en las págs. 121-122.

¹⁰¹ *Íd.*, en la pág. 204.

¹⁰² *Íd.*, en la pág. 122.

¹⁰³ *Íd.*, en la pág. 171.

¹⁰⁴ *Íd.*, en la pág. 125.

¹⁰⁵ *Íd.*, en la pág. 131.

¹⁰⁶ *Íd.*, en la pág. 132.

¹⁰⁷ *Íd.*, en la pág. 134.

¹⁰⁸ *Íd.*, en la pág. 133.

¹⁰⁹ *Íd.*, en la pág. 134.

¹¹⁰ *Íd.*, en la pág. 135.

¹¹¹ *Íd.*

información de aquel expediente”¹¹². Luego inició sus gestiones para trasladar a la paciente al Centro Médico¹¹³.

También declaró que evaluó el estado del bebé¹¹⁴. Describió su intervención como una en la que por tratarse de una emergencia se realizaban varias cosas simultáneamente¹¹⁵. Al respecto, indicó que observó el trazado de los latidos fetales de los últimos 10 o 15 minutos que le mostró la enfermera¹¹⁶, e indicó que contaba con el expediente de la paciente del hospital HIMA¹¹⁷, y “en particular la nota del doctor González”¹¹⁸. Respecto al cuidado que debía brindar declaró que:

Yo tengo que identificar el estado de ella, [...] cuantificar, me habían dicho que había sangramiento, cuantificar el sangramiento, establecer el estado del bebé, ver si está de parto, ver si está de parto. Todas esas preguntas tengo que contestármelas antes de hacer una decisión clínica con ella¹¹⁹.

Indicó, además, que del trazado de los latidos fetales identificó que la madre estaba teniendo algunas contracciones¹²⁰. Declaró que documentó los latidos del bebé a partir de un examen que hizo con un estetoscopio¹²¹, al que recurrió porque el trazado fetal que se observaba en la pantalla del monitor era irregular¹²². Respecto a sus impresiones del trazado fetal que examinó declaró: “[c]on este pedazo que ví, [...] vi bastante, [...] actividad del bebé con aceleraciones. Aquí hay una, una actividad y una aceleración. Vi que en general el trazado muestra buena variabilidad del corazoncito del bebé, y vi varias contracciones uterinas”¹²³. Expresó que el estado del bebé de su análisis era adecuado¹²⁴.

¹¹² *Íd.*, en la pág. 136.

¹¹³ *Íd.*, en la pág. 138.

¹¹⁴ *Íd.*, en la pág. 141.

¹¹⁵ *Íd.*, en la pág. 139.

¹¹⁶ *Íd.*, en la pág. 146.

¹¹⁷ *Íd.*, en la pág. 141.

¹¹⁸ *Íd.*, en la pág. 143.

¹¹⁹ *Íd.*, en la pág. 144.

¹²⁰ *Íd.*, en la pág. 148.

¹²¹ *Íd.*, en la pág. 195,

¹²² *Íd.*, en la pág. 196.

¹²³ *Íd.*, en la pág. 149.

¹²⁴ *Íd.*, en las págs. 150, 152 y 153.

Concluyó que su diagnóstico era un caso de parto prematuro¹²⁵. Sin embargo, aclaró en contrainterrogatorio que aun cuando se encontraba en la primera etapa del parto, la paciente no estaba de parto activo¹²⁶. Declaró que el examen pélvico que realizó el doctor González y el que él practicó a López Díaz produjeron prácticamente los mismos hallazgos¹²⁷.

En el contrainterrogatorio también aclaró que en el expediente anotó la descripción de la paciente, el estado de su embarazo, antecedentes de la paciente, la presión que reflejaba al ingresar a la sala de emergencia, el pulso, el resultado del análisis pélvico, entre otras cosas. Describió los latidos del feto como de entre 138 y 140 por minuto¹²⁸, ordenó muestras de sangre, en particular un CBC, conteo de hemoglobina, hemograma, pruebas de coagulación, función hepática y renal, y pruebas de enfermedades de transmisión sexual, aun cuando no anotó dicha orden¹²⁹. Las pruebas de laboratorio se hicieron. Los resultados recibidos mostraron niveles excelentes de hemoglobina¹³⁰, conteo de plaquetas y glóbulos blancos normales, al igual que el resultado de la prueba de coagulación¹³¹.

En cuanto a las gestiones para lograr el traslado de la paciente al Centro Médico indicó que “estaba seguro que estaba estable, no tenía dolor, estaba en su cama, acababa de escuchar los latidos del bebé y me moví a hacer la gestión del transporte”¹³². No decidió asignarle otro monitor fetal¹³³. Tampoco existe trazado fetal a partir de las 3:00 am. Examinó los latidos del bebé en dos ocasiones, la última antes de levantar a la paciente y colocarla en

¹²⁵ *Íd.*, en la pág. 162.

¹²⁶ *Transcripción*, 9 de febrero de 2011, en la pág. 156.

¹²⁷ *Transcripción*, 8 de septiembre de 2010, en la pág. 189.

¹²⁸ *Transcripción*, 9 de febrero de 2011, en la pág. 157.

¹²⁹ *Íd.*, en las págs. 158-159.

¹³⁰ *Íd.*, en la pág. 160

¹³¹ *Íd.*, en la pág. 162.

¹³² *Transcripción*, 8 de septiembre de 2010, en la pág. 198.

¹³³ *Íd.*

una camilla. Solo documentó una de esas dos ocasiones¹³⁴. No hizo examen de la paciente luego de la 3:15 am. Desconoce si a partir de entonces hubo mayor dilatación del cuello de la matriz. Reiteró que su impresión diagnóstica fue de parto prematuro y expresamente declaró que descartó la posibilidad de que la paciente sufriera desprendimiento de placenta¹³⁵. Indicó que podía descartar tal posibilidad con el examen abdominal, las contracciones y los síntomas de la paciente¹³⁶. Indicó que también lo descartó porque al palpar a la paciente ella “no manifestaba dolor agudo, severo [...], a la palpación no tenía dolor, no estaba incómoda”¹³⁷. Añadió que: “[e]n el *abruptio placenta[e]* hay un dolor severo [...] el útero se pone doloroso, crece, forma como si estuviera formando un coágulo adentro, y ese no era el cuadro que presentaba la señora López esa madrugada”¹³⁸. Más adelante añadió:

R Repito, los hallazgos de la señora López aquella madrugada era un útero irritable, molesto, ella no quejaba mucho dolor, estaba incómoda, se quejaba.

P ¿Se quejaba?

R Se quejaba. El diagnóstico de abruptio [de] placenta, como mencioné hace un minuto, es un dolor súbito, eh, fuerte, que duele y sobre todo duele a la palpación más que, más que otra cosa, duele a la palpación y el útero se nota, la matriz se nota que crece hacia un lado, que es el área donde [...], si el caso fuera abruptio placenta, estaría desprendida la placenta.¹³⁹

Dijo que desconocía en ese momento que la paciente había sufrido un dolor que ella calificó como “desgarrante”¹⁴⁰. También expresó que “[e]l examen físico de Nyrmarie esa noche no apuntó

¹³⁴ *Íd.*, en la pág. 200.

¹³⁵ *Íd.*, en las págs. 207-209.

¹³⁶ *Íd.*

¹³⁷ *Íd.*, en la pág. 209.

¹³⁸ *Íd.*

¹³⁹ *Íd.*, en las págs. 211-212.

¹⁴⁰ *Íd.*, en la pág. 209.

en ningún momento a que hubiera habido una rotura de la cicatriz previa de Nyrmarie”¹⁴¹, “[q]ue fue lo que ocurrió”¹⁴².

Poco antes de las 3:40 am hizo gestiones para trasladar a la demandante a Centro Médico¹⁴³. Incluyó una anotación al respecto. Se comunicó con uno de los médicos residentes a quien dio información sobre los síntomas de la paciente y la etapa del embarazo. Preguntó entonces si podían recibirla¹⁴⁴. Reconoció que no comunicó que desde las 3:15 am no tenía monitoreo fetal y no sabía exactamente el estado de la criatura¹⁴⁵. Advirtió que no dijo al residente que la paciente sangraba, aunque reconoció que debió haberlo dicho¹⁴⁶. Le informaron que no tenían disponibilidad de espacio para darle el servicio¹⁴⁷. Declaró, además, el doctor Vicéns que tras esta respuesta menos de una hora más tarde hizo una segunda llamada a Centro Médico¹⁴⁸. En esta segunda llamada conversó con un médico *attending*, amigo del doctor Vicéns, doctor Jaguayed, quien le manifestó que enviara a la paciente de modo que pudiera llegar a las 6:00 am, ocasión en la que habría cambio de residentes y se podría corroborar la disponibilidad de espacio.

La primera llamada se realizó a las 3:40 am y la segunda a las 4:20 am aproximadamente¹⁴⁹. Después de que se aceptó el traslado de la demandante el doctor Vicéns desconocía el estado de la criatura¹⁵⁰. Tampoco sabía si las contracciones habían variado, aun cuando sabía que no tenía contracciones fuertes, ni sabía si hubo dilatación mayor después de las 3:20 am¹⁵¹. Sí observó el sangrado de López Díaz aun cuando no documentó cómo era¹⁵².

¹⁴¹ *Íd.*, en la pág. 217.

¹⁴² *Íd.*

¹⁴³ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en las págs. 8-9.

¹⁴⁴ *Íd.*, en la pág. 9.

¹⁴⁵ *Íd.*, en la pág. 10.

¹⁴⁶ *Íd.*, en la pág. 15.

¹⁴⁷ *Íd.*, en la pág. 16.

¹⁴⁸ *Íd.*, en la pág. 17.

¹⁴⁹ *Íd.*, en la pág. 19.

¹⁵⁰ *Íd.*, en la pág. 20.

¹⁵¹ *Íd.*, en la pág. 21.

¹⁵² *Íd.*, en la pág. 22.

Advirtió que el sangrado no había cambiado desde la primera vez que lo observó. Desconocía cómo varió el sangrado desde que comenzó hasta que intervino. No le dio tratamiento alguno a la demandante desde que le aceptaron el traslado al Centro Médico¹⁵³. Tampoco se le colocó un monitor fetal. En contrainterrogatorio aclaró que permaneció junto a la demandante entre las 3:15 y 4:20 am. Describió la condición de la paciente de la siguiente manera:

La señora estaba [...] acostada aquejando dolor, [...] inquieta, incómoda por su dolor. [...] básicamente eran los signos, justo lo que ella mostraba. [...] al examinarla durante ese periodo de tiempo, [...] el dolor era especialmente a la palpación, especialmente en el área del vientre era donde más le molestaba. El sangramiento como le he mencionado anteriormente, era acuso, sanguinolento y los signos vitales estaban estables¹⁵⁴.

También aclaró que usó el estetoscopio para tomar los latidos fetales del bebé cuando llegó aproximadamente a las 3:00 am y a las 4:20 am “al final antes de que la montaran los paramédicos en la camilla para llevarla a la ambulancia”¹⁵⁵.

Indicó que al momento del traslado López Díaz tenía signos vitales normales¹⁵⁶. Llegó a la ambulancia con un suero, el cual tenía desde antes de que el doctor Vicéns la atendiera. La administración del suero estaba documentada en el informe de la sala de emergencias¹⁵⁷. Se indicó también, conforme a la orden del doctor González, que se le administraría una solución electrolítica a razón de 200 mililitros por hora y que usaría una cánula nasal de oxígeno¹⁵⁸.

Respecto a la información que dio a la paciente reconoció que no le informó ciertos riesgos del traslado, aunque sí le informó que eran más los beneficios que los riesgos¹⁵⁹. Reconoció, no

¹⁵³ *Íd.*, en la pág. 25.

¹⁵⁴ *Íd.*, en la pág. 166.

¹⁵⁵ *Íd.*, en la pág. 167.

¹⁵⁶ *Íd.*, en la pág. 170.

¹⁵⁷ *Íd.*, en la pág. 171.

¹⁵⁸ *Íd.*, en la pág. 171.

¹⁵⁹ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en las págs. 32-33.

obstante, que en su profesión es necesario obtener el consentimiento informado de un paciente antes de realizar un traslado¹⁶⁰. Indicó que al momento del traslado la paciente no estaba sangrando activamente¹⁶¹, y que al salir del hospital la paciente estaba estable¹⁶². A las 3:15 am anotó que estaba sangrando, pero no incluyó anotación alguna al respecto al momento del traslado, el que ocurrió más tarde. Consideró que la paciente necesitaba ser trasladada porque:

una persona, una mujer con una situación como esta esencialmente debe ser manejada en un hospital donde tenga no solo las facilidades de un [...] cuidado de intensivo neonatal, sino también la existencia de un perinatólogo y expertos de manejo de niños prematuros¹⁶³.

Rechazó que la existencia de un ventilador mecánico, con el cual contaba el Hospital HIMA, sustituía la necesidad del traslado¹⁶⁴. Indicó que en “intensivo pediátrico [en Centro Médico] hay instrumentos que miden de cerca el niño, los vitales, hay instrumentos más sofisticados para la ventilación artificial y hay expertos perinatólogos que manejan y enfermeras especializadas que manejan estos casos”¹⁶⁵.

La intervención del doctor Vicéns con la paciente fue de aproximadamente dos horas, desde las 3:00 am hasta aproximadamente las 5:00 am¹⁶⁶. Fue categórico al afirmar que el bebé estaba vivo cuando los paramédicos se llevaron a López Díaz al Centro Médico¹⁶⁷.

Ordenó que durante el transporte se le administrara suero a la paciente y anotó la presión arterial de esta al momento del traslado¹⁶⁸. Esas anotaciones las hizo al momento en que se aceptó el traslado, lo que ocurrió aproximadamente a las 4:30 am. Incluyó

¹⁶⁰ *Íd.*, en la pág. 34.

¹⁶¹ *Íd.*, en la pág. 47.

¹⁶² *Íd.*, en la pág. 48.

¹⁶³ *Transcripción, 9 de febrero de 2011*, en la pág. 173.

¹⁶⁴ *Íd.*, pág. 174.

¹⁶⁵ *Íd.*, en la pág. 174.

¹⁶⁶ *Íd.*, en la pág. 186.

¹⁶⁷ *Íd.*, en la pág. 189.

¹⁶⁸ *Íd.*, en las págs. 70-71.

también como anotación en el expediente la expresión *bloody discharge*¹⁶⁹. Anotó, además, que la paciente necesitaba un hospital terciario¹⁷⁰.

La paciente fue transferida a la camilla en la que sería transportada al Centro Médico a las 5:00 am, momento hasta el cual el doctor Vicéns estuvo junto a ella¹⁷¹. La hoja del traslado la había cumplimentado a las 4:30 am¹⁷². Declaró que permaneció en la unidad perinatal del HIMA hasta las 6:00 am¹⁷³. Luego se retiró. Más tarde, aproximadamente a las 7:30 am se comunicó a la sala de emergencias del Hospital Universitario para indagar por el estado de la demandante, ocasión en la que le informaron que no se sentían los latidos del corazón del bebé¹⁷⁴. A los pocos días se comunicó nuevamente al Hospital Universitario ocasión en la que le informaron que López Díaz continuaba hospitalizada¹⁷⁵. Declaró, además, que su trabajo dependía de la información que le ofrecieran las enfermeras y el doctor González¹⁷⁶.

1. Las responsabilidades del doctor Vicéns

La determinación respecto a que el doctor Vicéns incurrió en impericia médica supone determinar si cumplió con el estándar de cuidado que conforme a los modernos medios de comunicación un ginecólogo obstetra debe ofrecer ante el cuadro clínico que López Díaz reflejaba a las 2:50 am del 2 de diciembre de 2004, hora aproximada en que se llamó el doctor Vicéns.

Es la contención de la parte apelada que la condición que la paciente reflejaba a esa hora ameritaba realizar una cesárea en lugar de ordenar el traslado de la paciente. La prueba pericial de la parte apelada se apoya en la conclusión de que el cuadro clínico de

¹⁶⁹ *Íd.*, en la pág. 72.

¹⁷⁰ *Íd.*, en la pág. 74.

¹⁷¹ *Íd.*, en la pág. 74.

¹⁷² *Íd.*, en la pág. 75.

¹⁷³ *Íd.*, en la pág. 78.

¹⁷⁴ *Íd.*, en la pág. 79.

¹⁷⁵ *Íd.*, en la pág. 81.

¹⁷⁶ *Íd.*, en la pág. 119-120.

López Díaz revelaba la necesidad de practicarle una cesárea por razón de que “todo indica[ba] [...] que la paciente [tenía] un abruptio placentae”¹⁷⁷. Consideraba también que este era el diagnóstico de mayor peligrosidad para la criatura¹⁷⁸.

Debemos destacar el hecho de que se trataba de un embarazo de alto riesgo, hecho que fue conocido por el doctor Vicéns. Al intervenir con la paciente, admitió que sabía que la paciente sangraba y reconoció que se aquejada de dolor. No obstante, expresó que la paciente estaba estabilizada, aun cuando sangraba. Declaró, sin ser contradicho, que con el estetoscopio oyó los latidos fetales de la criatura en dos ocasiones y que acompañó a la paciente hasta que fue trasladada al Centro Médico.

Antes concluimos que la determinación del TPI respecto a que la muerte fetal ocurrió en algún momento no más tarde de las 6:00 am encuentra apoyo en la prueba admitida. Por ello, no variaremos esa determinación. Expresamente descartamos, como lo hizo el foro primario, las conclusiones del perito del doctor Vicéns, doctor Carlos A. Roure, quien en su informe expresó que podía “concluir con certeza médica que la demandante llegó al Hospital Font Martello [HIMA Humacao] con muerte intrauterina y que lo que el monito interpretó como latidos fetales eran latidos maternos”¹⁷⁹. Esta impresión pericial es claramente contraria a las declaraciones del doctor Vicéns, quien afirmó haber constatado por un estetoscopio los latidos fetales, y a otra prueba relevante al respecto.

Al evaluar la responsabilidad del doctor Vicéns es significativo el cuadro clínico que presentaba López Díaz cuando aquél la trató. Se trataba de una paciente con una condición de diabetes gestacional que había tenido una cesárea hacía menos de

¹⁷⁷ *Transcripción*, 7 de marzo de 2011, en la pág. 23.

¹⁷⁸ *Íd.*, en las págs. 23-24.

¹⁷⁹ *Apéndice de la prueba documental*, en la pág. 407.

un año. El doctor Vicéns conoció ese dato. Por ello, el evento que causó la muerte fetal, esta es, la ruptura uterina, era una posibilidad que el doctor Vicéns no podía descartar livianamente. Era un riesgo inherente del embarazo que, ante el sangrado que experimentaba y el dolor a la palpación, suponían, al menos, tomar medidas concretas para conocer en todo momento el estado de la criatura.

Si bien el doctor Vicéns declaró que en dos ocasiones examinó los latidos fetales con un estetoscopio, también reconoció que después de que se aceptó el traslado de López Díaz a Centro Médico, tras la segunda llamada realizada a las 4:20 am, desconocía el estado de la criatura. Tampoco sabía si las contracciones habían variado, aun cuando sabía que la paciente no tenía contracciones fuertes, ni sabía si hubo dilatación mayor después de las 3:20 am. Tampoco se le conectó un monitor fetal.

El traslado a Centro Médico solo podría justificarse si la condición de la criatura lo permitía. Era, por lo tanto, imprescindible utilizar todos los medios existentes para tener un cuadro completo de su condición en espera de que se realizara el traslado. En ese escenario y según la prueba pericial aportada, tras el inicio del sangrado, era necesario mantener un monitoreo fetal constante para evaluar las fluctuaciones de los latidos del feto e identificar cualquier evento que revelara una alteración de la condición médicamente relevante. De esa manera, un médico podía determinar si la criatura estaba en riesgo hasta el mismo momento en que se realizaba el traslado y, de ser necesario, practicar a la paciente una cesárea si las condiciones lo ameritaban. En este caso fueron extensas las declaraciones del perito de la parte demandante, doctor Alvarado, sobre la necesidad de contar con un monitoreo fetal continuo. Destacó que “todo puede cambiar en un proceso de cinco minutos, o sea, un bebé que queda sin oxígeno

por cinco minutos ya tiene daños, [...] y es un bebé que está sufriendo durante un tiempo indeterminado de tiempo”, por ello, “el monitoreo fetal es la herramienta principal que tiene el personal de sala de partos para asegurarse [...] [d]el bienestar del bebé”¹⁸⁰.

Las omisiones señaladas al tratar la paciente guardan relación causal con el desenlace. Como dijimos, la determinación del TPI en cuanto a que la muerte de la criatura ocurrió no más tarde de las 6:00 am revela que la estabilidad del feto se comprometió en algún momento antes de esa hora. Se desconoce el momento preciso en que ello ocurrió. No obstante, la prueba pericial de la parte apelada reveló que con la información disponible el doctor Vicéns pudo haber realizado una cesárea en lugar de ordenar el traslado de la paciente. Aunque discontinuos, los trazados fetales proveían alguna información relevante de la condición de la criatura. La prueba pericial destacó que el cuadro clínico revelaba:

Una paciente que está teniendo un abruptio de placenta, que tiene un bebé sumamente comprometido, [...] sin embargo vivo, y en ese momento había que hacer una cesárea de emergencia, sacar al bebé y atender al bebé afuera, [...] mediante el pediatra, este, procedimientos invasivos si fuera necesario, y trabajar con el bebé, darle el máximo de oportunidad de vida a ese bebé una vez nacido¹⁸¹.

La rotura del músculo uterino en la cicatriz de la cesárea anterior fue un evento de similar gravedad a un desprendimiento de placenta. La prueba además reveló que el hospital HIMA contaba con un ventilador mecánico. Aun cuando el doctor Vicéns consideraba que el traslado de López Díaz era beneficioso para ella por razón de que tendría cuidados especializados, no declaró que las instalaciones y recursos del hospital HIMA fueron inadecuadas para atender a la criatura de realizar una cesárea.

¹⁸⁰ Transcripción, 7 de marzo de 2011, en la pág. 18.

¹⁸¹ *Íd.*, en la pág. 25.

No erró el al resolver que el doctor Vicéns Rodríguez incurrió en omisiones causalmente relacionadas con el desenlace, a la luz de la causa de muerte certificada por el informe forense. La conclusión a la que llegamos hace innecesario examinar la controversia respecto a si medió el consentimiento informado de la paciente a ser trasladada a Centro Médico.

2. La responsabilidad del Hospital HIMA por omisiones de su personal.

En cuanto al Hospital HIMA, la sentencia del foro primario concluyó que también debía responder por los daños sufridos por los apelados por razón de que el personal de enfermería fue negligente al documentar en el expediente información relevante al tratamiento dado a López Díaz. Concluyó al respecto el TPI que:

[l]a prueba irrefutada demostró ausencia absoluta de documentación por parte de la enfermera de sala de antepartos. Del [expediente] no surgió quién fue la enfermera que estuvo en sala de antepartos el día de los hechos. La ausencia de documentación de la enfermera corrobora el testimonio de la demandante de que no fue atendida por ningún personal y nadie le dio seguimiento al monitoreo fetal ni a sus síntomas¹⁸².

La conclusión *en términos absolutos* de que López Díaz “no fue atendida por ningún personal y nadie le dio seguimiento al monitoreo fetal ni a sus síntomas” descarta declaraciones de la propia apelada en cuanto a que una enfermera acudió varias veces a verla mientras estuvo en la sala de antepartos¹⁸³ y declaraciones del doctor González quien manifestó que tras atender a la paciente realizó una llamada para evaluar la condición de la paciente. Sin embargo, la prueba aportada revela que la supervisión de la paciente no fue constante. Asimismo la prueba avala las determinaciones del foro de primera instancia en cuanto a que personal del HIMA omitió incluir en el expediente de la paciente información relevante a su tratamiento que hubiese facilitado a los médicos que luego intervinieron con López Díaz conocer el cuadro

¹⁸² Sentencia apelada, en la pág. 36.

¹⁸³ Transcripción, 2 de septiembre de 2010, en la pág. 300.

exacto de su condición y de su tratamiento, así como la magnitud de los dolores que experimentó en la madrugada del 2 de diciembre de 2004. También avala las determinaciones de hechos en cuanto a que dicho personal no dio supervisión adecuada al equipo que monitoreaba los latidos fetales de la criatura de la demandante de modo que se pudiera advertir oportunamente el problema que dicho equipo confrontó con el trazado fetal. Una supervisión continua hubiese permitido conocer oportunamente el problema que impidió que el equipo trazara los latidos fetales de forma continua. También hubiese permitido intentar relocalizar el foco de los latidos en el vientre de López Díaz o sustituir el equipo.

El cuadro médico implicado hacía necesario contar con la información más completa posible sobre la condición de la criatura, pues, conforme a la prueba pericial reseñada, “todo puede cambiar en un proceso de cinco minutos, o sea, un bebé que queda sin oxígeno por cinco minutos ya tiene daños, [...] y es un bebé que está sufriendo durante un tiempo indeterminado de tiempo”, por ello, “el monitoreo fetal es la herramienta principal que tiene el personal de sala de partos para asegurarse [...] el bienestar del bebé”¹⁸⁴. No eró el TPI al imponer responsabilidad al Hospital HIMA.

3. La determinación de que los demandados fueron temerarios

Por último, debemos evaluar el señalamiento de error en el que se cuestiona la imposición del pago de intereses y honorarios de abogado por temeridad. Al respecto, la Regla 44.1(d) de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V., R. 44.1(d), dispone que:

En caso que cualquier parte o su abogado o abogada haya procedido con temeridad o frivolidad, el tribunal deberá imponerle en su sentencia al responsable el pago de una suma por concepto de honorarios de abogado que el tribunal entienda correspondan a tal conducta.

¹⁸⁴ *Transcripción, 7 de marzo de 2011, en la pág. 18.*

La imposición de los honorarios de abogado es discrecional, razón por la cual no será alterada en apelación a menos que se demuestre que el foro primario abusó de su discreción. *CNA Casualty of P.R. v. Torres Díaz*, 141 D.P.R. 27, 44 (1996).

De igual modo, la regla 44.3(b) de las de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V. R., 44.3(b), permite imponer el pago de intereses legales a la parte que haya actuado temerariamente al tramitar cierto tipo de causas. Específicamente prevé que dicha partida de intereses se computará a partir del interés fijado por la Junta Financiera de la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras,

que esté en vigor al momento de dictarse la sentencia desde que haya surgido la causa de acción **en todo caso [por] cobro de dinero** y desde la presentación de la demanda, **en caso[s] [por] daños y perjuicios**, y hasta la fecha en que se dicte sentencia a computarse sobre la cuantía de la sentencia.

Regla 44.3(b); 32 LPRA Ap. V., R. 44.3(b) (énfasis suplido); véase *Marrero Rosado v. Marrero Rosado*, 178 DPR 476, 504-506 (2010).

Nuestra evaluación del expediente apelativo, de cuyo contenido se puede tener una idea bastante clara del desarrollo del litigio, y un examen de las alegaciones y defensas de las partes nos mueven a dejar sin efecto la determinación de temeridad y, consecuentemente, a eliminar la partida por honorarios de abogado concedida por el Tribunal de Primera Instancia, así como la imposición del pago de intereses legales desde la presentación de la demanda. Debe notarse que la obligación de indemnizar supone considerar no solo la ocurrencia de una conducta culposa o negligente, sino también, la relación causal de esta con los daños sufridos. Un escenario en el que existía prueba pericial conflictiva y en el que un elemento relevante para la imposición de responsabilidad no pudo determinarse con certeza –este es, el

momento exacto de la muerte del hijo que esperaban los apelados-, excluyen la determinación de temeridad.

IV.

Por los fundamentos expresados, **SE REVOCA** la sentencia apelada en cuanto impuso responsabilidad al amparo del artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico al doctor Israel González Cruz; y **SE CONFIRMA** en aquella parte que impone responsabilidad al doctor Rafael Vicéns Rodríguez y al Hospital HIMA San Pablo de Humacao. Por considerar que al litigar estos no incurrieron en temeridad, se elimina la partida por honorarios de abogado que concedió el foro de primera instancia y la imposición de intereses legales por temeridad desde la presentación de la demanda.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica.

Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones