

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE AGUADILLA Y ARECIBO
PANEL XI

CARMEN EROHILDA
RIVERA RIVERA, *et als.*

APELANTE

v.

CENTRO DE MEDICINA
Y CIRUGÍA
AMBULATORIA DE SAN
SEBASTIÁN, *et als.*

APELADO

CARMEN EROHILDA
RIVERA RIVERA, *et als.*

APELADA

v.

CENTRO DE MEDICINA
Y CIRUGÍA
AMBULATORIA DE SAN
SEBASTIÁN, *et als.*

APELANTE

KLAN201601530

consolidado con:

KLAN201601543

Apelación procedente del
Tribunal de Primera
Instancia de San
Sebastián

Caso Civil Núm.:
A2CI201200139

Sobre: daños y perjuicios

Apelación procedente del
Tribunal de Primera
Instancia de San
Sebastián

Caso Civil Núm.:
A2CI201200139

Sobre: daños y perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas, la Jueza Vicenty Nazario y el Juez Rivera Torres.

González Vargas, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 30 de noviembre de 2017.

El 26 de septiembre de 2016 el Tribunal de Primera Instancia de San Sebastián (TPI) dictó una Sentencia mediante la cual declaró *ha lugar* la demanda de daños presentada por la Sra. Carmen Erohilda Rivera Rivera contra la Dra. Zuleika Cardona Acevedo, pero denegó la causa de acción por sufrimientos de su Sucesión (hijos y nieto).¹ La Sucesión no está de

¹ El Tribunal emitió una Sentencia Enmendada a los únicos efectos de corregir el nombre de un perito y añadir el pago de gastos, costas e intereses postsentencia. Del expediente surge que los demandantes y el Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria llegaron a un acuerdo extrajudicial.

acuerdo con dicho dictamen. Tampoco la doctora Cardona Acevedo, por lo que solicitan nuestra intervención.

Por los fundamentos que expresamos a continuación, revocamos en parte la decisión apelada.

I

A eso de las 2:42 de la madrugada del 26 de marzo de 2011 la señora Rivera Rivera, de 67 años, arribó al Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria de San Sebastián acompañada de su esposo. Su queja principal era sudoración y dificultad para respirar. Sus signos vitales fueron: (a) temperatura: 36.9; (b) presión sanguínea: 73/46; (c) respiraciones: 18; (d) pulso: 62. La prueba de azúcar arrojó el resultado de 419 mg/Dl. En su expediente se documentó que tenía historial de diabetes, asma, hipertensión, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), enfisema y que era alérgica al decadrón. La señora Rivera Rivera informó que ingería los siguientes medicamentos: Glucotrol, Albuterol, Metformin 1000 mg y Calan 240 mg.

La doctora Cardona Acevedo, emergencióloga, estuvo presente al momento en que la enfermera tomó la queja y los signos vitales de la señora Rivera Rivera. Esta documentó un diagnóstico provisional de “dificultad respiratoria” y añadió “Hx Enfisema/COPD”, pero nada documentó sobre signos de sudoración en la paciente.² La doctora Cardona tampoco ordenó pruebas de laboratorio, rayos x, gases arteriales, no instaló un monitor cardíaco hasta las 4:45 am, ni ordenó mantener a la paciente en camilla. Ello debido a que a esa hora de la madrugada el Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria no tenía los servicios o equipos disponibles.

El tratamiento inició entre las 3:05 y 3:30 de la madrugada y aproximadamente a las 4:00 am la señora Rivera Rivera verbalizó que deseaba ir al baño. La enfermera la ayudó a bajarse de la camilla y la sentó

² La doctora Cardona ordenó el siguiente tratamiento: (a) cánula nasal – 2 litros/min; (b) FFT ind Albuterol 0.083%/3 nss – 30 min. X 3; (c) Aminofilina 250 mg/500 ml nss IV – 60 min.

en una silla. Según las notas de la enfermera: “se orienta a quedarse sentada. Doy la espalda y me dirijo a preparar la terapia respiratoria que le correspondía. Al voltearme la paciente está en el piso boca abajo recibiendo trauma en la cara.” En torno a este evento, la doctora Cardona Acevedo documentó: “la licenciada Caraballo me notifica que la pt se cayó de sus propios pies, tratando de ir al baño...”. Al momento de la caída, el esposo de la señora Rivera Rivera no estaba presente. Luego llegó y con su ayuda y la de dos enfermeras la levantaron y lograron sentarla en una silla. La señora Rivera Rivera sangraba por la nariz y presentaba laceraciones no saturables en el tabique y labio superior. La doctora decidió ordenar el traslado de la paciente al Hospital San Carlos de Moca por “trauma en cara por caída” para la “realización de placas”. En la “Forma para certificar traslados” la doctora Cardona documentó que la paciente estaba estable dentro de la posibilidad médica razonable, que la dificultad respiratoria estaba resuelta e hizo constar una presión arterial de 80/50, pulso en 62 y respiración en 18. Mientras la doctora llenaba la mencionada forma, la enfermera le informó que la paciente no respondía a estímulos verbales. La doctora procedió a evaluar a la paciente, quien estaba sentada y corroboró lo que le había informado la enfermera. La colocaron en el piso para manejarla al no poder levantarla hasta la camilla.

La señora Rivera Rivera respiraba con dificultad, tenía una presión arterial de 70/40, pulso en 65 y respiraciones en 16. La doctora Cardona Acevedo ordenó un “dextro” que arrojó resultado de 449 mg/dL, ordenó aplicar respiración a través de “ambu”³, ordenó abrir otro acceso venoso. La señora Rivera Rivera no respondía a ningún estímulo verbal ni doloroso. La doctora Cardona Acevedo estimó un valor de 13 en la escala Glasgow⁴ y ordenó la administración de Epinefrina⁵ 1/10000 IV push y Atropina 0.8mg IV push. Además, intentó entubar a la paciente sin éxito.

³ Bolso con una mascarilla para dar respiraciones manuales. TPO, pág. 305.

⁴ El perito Rodríguez definió esta escala como una que se utiliza para evaluar la respuesta de un paciente que tiene problemas evidentes neurológicos. Se evalúa la respuesta visual, el comportamiento verbal y la respuesta motora del paciente.

⁵ Se utiliza normalmente en pacientes cuando se arrestan de manera cardiaca y que no tienen contracción adecuada o que no tiene pulso. TPO, pág. 307.

Al llegar la ambulancia para el traslado al Hospital San Carlos, la doctora Cardona Acevedo hizo uso del saturómetro de la ambulancia. Obtuvo una saturación de 80.6% en principio, luego una de 92%. La doctora se comunicó vía telefónica con la doctora Baucage del Hospital San Carlos para explicar el estado de la paciente. Durante el traslado en ambulancia, la doctora Cardona Acevedo acompañó a la paciente y registró un 11 en escala Glasgow, ya que no respondía a ningún estímulo ni respuesta pupilar. A las 5:23 a.m. llegaron a la sala de emergencias del Hospital San Carlos Borromeo, donde la doctora Baucage los estaba esperando. La enfermera de Triage obtuvo y documentó los signos vitales: BP 135/112, P 20, R 0, T 35.0 y SPO2 30%. Documentó que la paciente no tenía reflejo pupilar y tenía una laceración en el tabique nasal y en el labio superior. No respondía a estímulos verbales ni de dolor.

La doctora Baucage documentó el expediente como de una paciente en “*shock*” con pupilas dilatadas, sin ruidos respiratorios y sin reflejo pupilar ni corneal. Se estableció un GCS de 8/15 y se llegó a la conclusión de que se encontraba en arresto cardiorrespiratorio. Se procedió a entubar y administrar medidas de resucitación cardiopulmonar avanzadas. La paciente respondió a las mismas y se realizaron las pruebas de laboratorio e imágenes de rigor.

A las 6:50 a.m., cuando la paciente regresó del área de radiología sufrió otro arresto el cual fue manejado efectivamente y se notificó a los familiares de su condición crítica. Entre las 7:15 a.m. y las 10:25 a.m. se colocó un marcapasos externo, una bomba de infusión de insulina y vasopresores intravenosos para mantener la presión arterial. A las 10:30 a.m. el internista, doctor Carlos Ramos, admitió la paciente a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de estado hiperosmolar, fallo respiratorio agudo en ventilación mecánica y consultó varios subespecialistas. La paciente permaneció en sala de intensivo hasta el 29 de marzo de 2011 y fue dada de alta el 6 de abril de 2011.

Por lo anterior la señora Rivera Rivera, sus hijos y un nieto presentaron una demanda de daños y perjuicios en contra del Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria de San Sebastián y de la doctora Zuleika Cardona Acevedo.⁶ Alegaron que la señora Rivera Rivera sufrió un arresto cardiorrespiratorio que no fue identificado, evaluado, ni manejado por la doctora Cardona Acevedo de conformidad con los estándares prevalecientes en la comunidad médica. Añadieron que debido a la negligencia en su tratamiento ésta sufrió daños físicos, emocionales y angustias mentales. Especificaron que debido a la tardanza en el tratamiento y manejo ofrecido por la doctora a la señora Rivera Rivera su corazón quedó muy afectado y débil hasta el día que falleció.⁷

La doctora Cardona Acevedo contestó la demanda y negó la mayoría de las alegaciones. Puntualizó, en esencia, que a la señora Rivera Rivera se le brindó la mejor evaluación, diagnóstico y atención médica a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza en la especialidad de medicina de emergencia. Destacó que no existía relación causal entre los alegados daños y las alegadas actuaciones u omisiones imputadas en su contra y que el hecho de que ocurriera un daño al paciente posterior al tratamiento médico ofrecido no activaba la norma de responsabilidad absoluta.

Tras varios trámites procesales, se celebró el juicio en su fondo los días 2, 3, 4, 6, 9 y 11 de mayo de 2016. Testificaron por la parte demandante: Aníbal Rigual Rivera, Aníbal Rigual Marrero, Yamil Rigual Rivera, Iván Rigual Rivera y el doctor Pedro Rodríguez Benítez. Por la parte demandada testificaron: la doctora Zuleika Cardona Acevedo, la enfermera Antonia Caraballo Rodríguez, la doctora Anibelle Altieri Ramírez y el doctor Carlos Gómez Marcial. A continuación, un resumen de los testimonios concernientes a la controversia que nos ocupa.

⁶ También demandaron a SIMED, la aseguradora de la doctora Cardona Acevedo.

⁷ Surge del expediente que la señora Rivera Rivera falleció el 4 de noviembre de 2013, por lo que sus hijos continuaron con la causa de acción heredada.

Aníbal Rigual Rivera

Aníbal relató que residió con sus padres unos 13 años antes de su segundo matrimonio, laboraba en los bajos de la residencia en un negocio que tenía de hojalatería y pintura, y la relación con su madre era bien estrecha. Puntualizó que su madre le ayudó en la crianza de su hijo porque él tenía la custodia. Testificó que cuando se enteró que su mamá estaba en el hospital se sintió impotente, destruido, sin fuerzas. Pensó: “perdimos a *mother*”. En el tiempo que estuvo en intensivo la podía ver por 3 minutos aproximadamente, le daba un beso en la mano y le pedía a Dios por ella. Se puso ansioso. Cuando su madre salió de intensivo, aunque mejor, la percibió desgastada, adolorida, con menos fuerzas, diferente. Se le fue el dinamismo que la caracterizaba. Mientras estuvo en el hospital le llevó todos los días desayuno, pasaba el día con ella. Los cambios le afectaron muchísimo, pues era productiva, tenía ganas, pero no las fuerzas y al verla así se sintió triste.⁸

Aníbal Rigual Marrero

Aníbal es el nieto de la señora Rivera Rivera, quien expresó que ésta era su única figura materna, era energética e independiente, se acostaba a dormir con ella y tenían una relación de madre e hijo. Cuando le dieron la noticia de que su abuela estaba en el hospital sintió que el pilar de la familia se derrumbaba, sintió tristeza e impotencia. Cuando dieron de alta a su abuela notó que su vida cambió por completo, pues ya no era la misma, no tenía la misma energía. Catalogó a su abuela como su ángel guardián y una mujer vivaracha. Testificó que al verla así el sufrimiento lo comía por dentro.⁹

Iván Rigual Rivera

Iván testificó que era muy unido con su madre y se mantenía en constante comunicación con su progenitora. En una ocasión, su madre estuvo 30 días en el hospital cuidándolo para que se recuperara de una

⁸ Transcripción de la Prueba Oral (TPO), págs. 30, 39, 41, 43, 46.

⁹ TPO, págs. 120-123, 127, 130, 141, 148.

condición. Al momento del incidente que provoca la presente causa de acción, estaba delicado, recuperándose todavía. Cuando llegó al hospital la vio intubada, sin color, y sus ojos estaban verdes cuando estos eran color castaño. Llorando expresó: “la perdí, se me fue”, no puedo más, sintió dolor, impotencia, vacío.¹⁰

Dr. Pedro J. Rodríguez Benítez

El perito médico, internista y cardiólogo testificó que el día de los hechos se le debió tratar a la señora Rivera Rivera con un “*fluid challenge*”, porque estaba hipotensa (presión arterial insuficiente para mantener una adecuada oxigenación de los tejidos del cuerpo y de los órganos) y deshidratada; con un volumen intravascular disminuido. Subrayó que a la paciente no se le hizo un “*tilt test*”, por lo que no pudieron determinar si estaba hipovolémica. Declaró que, si un paciente llegaba a sala de emergencias con el cuadro clínico que presentó la señora Rivera Rivera, el médico debía verificar que no estuviera en fallo respiratorio franco, o sea, que no necesitara ser intubado de inmediato para que no colapsara debido a problemas pulmonares. Además, el médico debía verificar que no estuviera cianótica o cansada de respirar, lo cual se cotejaba con una prueba de gases arteriales. El doctor narró que la paciente llegó con un pulso “anormalmente normal” y que las respiraciones en 18 le debieron levantar bandera a la doctora de que podía estarse cansando de respirar. Preciso que el resultado de la “dextro”¹¹ fue muy alto, lo que le afectó la presión a la paciente.

El doctor entendió que se debió evaluar a qué se debía la hipotensión de la paciente. Reseñó que no había evidencia, como por ejemplo un trazado de monitor, que evidenciara que la paciente se arrestó cardiacamente. Atestó que a la paciente se le debió haber hecho una prueba de gases arteriales debido a su dificultad respiratoria, un “*D-dimer*” o prueba para descartar una embolia pulmonar, placa de pecho,

¹⁰ Id., págs. 153, 161-162.

¹¹ Dextro es saber cómo está la azúcar del paciente. Id., pág. 256.

electrocardiograma, colocarla en monitor cardiaco desde que llegó y una evaluación de “*fluid challenge*”. Insistió en que se debió transferir de inmediato, porque ya la doctora sabía que no tenía el equipo necesario para tratar a la paciente. Enfatizó que no debieron dejarla sentar en una silla porque estaba hipotensa y según su conocimiento era previsible que se mareara y cayera al piso. Explicó que los líquidos que la doctora administró, fue como si no hubiera puesto nada. Articuló que la doctora fue altamente negligente cuando, aun estando cerca de la paciente, no ordenó a las enfermeras que no la dejaran sentar por estar hipotensa. Relató que de haberse manejado adecuadamente la condición de la paciente no hubiera terminado en un ventilador, ni con el trauma en la cabeza, intubación, ni con una pulmonía por aspiración. Puntualizó que el deterioro de la paciente se debió a que la doctora Cardona Acevedo se apartó del estándar de cuidado médico exigible de acuerdo a la literatura y los modernos medios de comunicación.¹²

Dra. Zuleika Cardona Acevedo

La doctora Cardona Acevedo declaró que en la sala de emergencias da órdenes médicas mientras sigue con otros pacientes. Después de la caída de la señora Rivera Rivera le colocó un monitor, líquido y “ambu”. En la ambulancia ya no tenía estímulos verbales. Al llegar al Hospital San Carlos asistió a la doctora Baucage en la intubación, al tiempo que se le aplicó más epinefrina, atropina y líquidos a la paciente. Mencionó que a las 3 de la mañana ya había evaluado físicamente a la paciente y no le halló sudoración. A parte de su estetoscopio, su oído o sus manos, explicó que no tenía en la sala de emergencias facilidad para laboratorios, eco, ni ningún estudio. Ordenó una cánula nasal a dos litros para oxigenar a la paciente y terapia con albuterol en normal salina cada 30 minutos. Contó que notó la presión baja y dificultad respiratoria en la paciente, por lo que ordenó aminofilina. Especificó que no estaba con la paciente al momento de la caída, se lo notificó la enfermera. Atestó que no le colocó el monitor

¹² Id., págs. 258, 261, 270-271, 297, 302, 305, 308, 232, 329, 337, 343, 409, 662.

cardiaco en su evaluación inicial, porque no lo creyó necesario, decidió resolver el problema respiratorio primero. A preguntas de qué fue lo que provocó el arresto respiratorio en la paciente, respondió que no sabía si el golpe en la cabeza cuando se cayó propició la serie de eventos ocurridos o si fueron sus complicaciones que se exacerbaron. Testificó que transfirió a la paciente cuando escuchó la respiración laboriosa para poder preservar las vías respiratorias. Aseguró que la caída alteró la dinámica de todo el proceso en la Sala de Emergencias.¹³

Dra. Anibelle Altieri Ramírez

Especialista en medicina interna, quien evaluó el manejo por parte de la doctora Cardona Acevedo de la paciente Rivera Rivera desde su visita al Centro de Medicina el 26 de marzo de 2011. Testificó que la evaluación de la doctora Cardona Acevedo fue correcta. Opinó que si la doctora no le hubiera tratado como lo hizo con terapia respiratoria, aminofilina y oxígeno, la paciente pudo haber fallecido. Esbozó que la doctora le salvó la vida a la paciente. Declaró que no tenía que hacerle un “*fluid challenge*” porque no había evaluación completa, llegó ambulando, no presentaba síntomas neurológicos o de hipotensión ortostática. Destacó que no podía porque no tenía electrocardiograma, placa, se le podía tirar en un edema pulmonar. Subrayó que el fallo respiratorio sufrido por la señora Rivera Rivera se debió a la condición de COPD crónica, asma, insuficiencia respiratoria, enfisema, la cual estaba detallada en los récords de ésta.¹⁴

Dr. Carlos A. Gómez Marcial

Testificó que el historial hecho por la doctora Cardona Acevedo a base de la queja principal de la paciente fue apropiado. El diagnóstico provisional tenía que ver con una exacerbación de su COPD. Destacó que la epinefrina administrada por la doctora fue adecuada, pues podía aumentar la presión arterial sin introducir mucho líquido al cuerpo. Expresó que a los pacientes con complicaciones no se le podía dar mucho líquido

¹³ Id., págs. 738, 744, 748, 759, 762, 767, 848, 917, 922, 925, 932.

¹⁴ Id., págs. 988, 1022, 1037, 1067, 1083, 1107.

“de cantazo” porque podían caer en un fallo respiratorio o cardíaco. Opinó que con la epinefrina y la atropina se podía aumentar la presión arterial y el pulso. Aceptó que la doctora no puso en el record que la paciente estaba hipotensa. Aclaró que de no haberse caído no había razón para trasladarla a otro hospital. Destacó que los eventos fueron tan rápidos que no dio tiempo para trabajar con el azúcar que la tenía alta. A preguntas del Juez, opinó que lo que le sucedió a la paciente no se debió ni a la caída, ni a la condición con la que llegó. Se intubó para asegurar la vía del aire, entendió que lo que ocasionó que la paciente no hablara fue el “*shock*” de la caída. Razonó que la paciente entró en paro respiratorio debido a su condición pulmonar, pues los pacientes con COPD se cansan y gastan energía respirando. Atestó que, aunque la doctora hubiera dado 1,000 ml de normal salina inicialmente o hecho el “*fluid challenge*” no se hubiera evitado el arresto respiratorio. Añadió que, “honestamente, en el manejo de esta paciente yo no vi nada malo. La desgracia fue la caída.”¹⁵

Llegado a este punto, el TPI emitió el dictamen que hoy revisamos. La juzgadora de instancia resaltó que le mereció credibilidad el testimonio y el informe pericial del doctor Pedro J. Rodríguez Benítez. Conforme al mismo, indicó que:

- a. El historial médico pasado junto a la hipotensión arterial, justificaba colocar a la paciente en un monitor cardíaco con medición no invasiva de presión arterial y saturometría de oxígeno, para vigilar de cerca la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento emprendido. Se debió ordenar un electrocardiograma y presiones arteriales seriadas, ya que, de entrada, la presión arterial obtenida fue anormal.
- b. Tal ejercicio ameritaba una orden de descanso absoluto en cama y la prohibición de levantarse y caminar, indistinto de que la etiología de la dificultad respiratoria fuera asma bronquial o asma cardial, de forma tal que se mantuviese la continuidad de cuidado clínico y seguridad del paciente.
- c. Para el momento de la intervención de la enfermera, la paciente aún tenía la presión arterial baja, lo cual se confirmó con los signos vitales tomados en el suelo posterior a la caída. La señora Rivera sufrió una caída, trauma a la cara y las consecuentes laceraciones en la

¹⁵ Id., págs. 1261, 1266, 1299, 1337, 1366, 1378, 1387, 1391, 1395-1397, 1399.

nariz y labio superior, a raíz de una condición médica de cuidado y la negligencia de dejarla sentada en una silla sin asistencia ni monitoreo.

- d. Durante la intervención de la doctora Cardona, tras la caída, tampoco se obtuvo un examen físico, que incluyera una auscultación cardiopulmonar y determinar la efectividad o fracaso de la terapia farmacológica ordenada o empeoramiento de su condición. Tampoco se constató si los efectos secundarios de los medicamentos ordenados incidieron directa o indirectamente en el evento.

El foro de instancia resaltó que la señora Rivera Rivera fue admitida en el Hospital San Carlos Borromeo inconsciente, con una presión arterial de 135/112 mg/Hg, pulso de 20 latidos por minuto, sin respiraciones y con una saturación de 30%. No presentaba reflejos pupilares ni corneales con un *Glasgow coma scale* de 8. Desarrolló un arresto cardiorrespiratorio. Los diagnósticos de admisión fueron: fallo respiratorio, estado hiperosmolar y pulmonía por aspiración.

El TPI recalcó que el diagnóstico de dificultad respiratoria inicial de la doctora Cardona fue uno totalmente inespecífico, pues la señora Rivera Rivera llegó con respiraciones disminuidas, presión baja, glucosa alta y con historial de asma y COPD. Entendió que la doctora Cardona Acevedo debió realizar un diagnóstico diferencial y no circunscribirse a brindar un tratamiento para el asma. Según el tribunal:

La dificultad respiratoria se puede deber a muchas razones y la Dra. Zuleika Cardona faltó a su deber e incurrió en negligencia al no identificar, evaluar, intervenir y manejar adecuadamente los síntomas que presentaba su paciente. Las acciones y omisiones de la doctora Cardona se apartaron sustancialmente de la mejor práctica de la medicina de emergencias y su ejecutoria fue nexa causal del deterioro clínico progresivo que resultó en un arresto cardiorrespiratorio. Si la doctora no contaba con el equipo, estudios y análisis necesarios debió circunscribirse a estabilizarla con el tratamiento que ordenó y referirla inmediatamente al hospital San Carlos. Un paciente con un cuadro clínico tan complicado no podía trabajarse tan livianamente. Este Tribunal no puede aceptar la teoría de que un médico esté liberado de responsabilidad por razón de no tener medios para hacer estudios necesarios para realizar un diagnóstico adecuado. Los peritos presentados por la parte demandada sostienen que ante el cuadro inicial no existía razón alguna para trasladarla y que el tratamiento brindado fue adecuado. La pregunta es si esa paciente llegara a un hospital que sí tiene

laboratorio, radiografías, etc., ¿se hubiera entendido que era necesario realizar las pruebas para hacer un diagnóstico diferencial y más adecuado? Para el Tribunal la respuesta es en la afirmativa y el médico que sabe que tiene un paciente de alto riesgo, como Doña Carmen, tiene que reconocer rápidamente que tiene limitaciones y que debe de ordenar su traslado.

En cuanto a la caída, el TPI no encontró otra explicación que “[t]otal negligencia de la doctora Cardona Acevedo quien ante el cuadro de hipotensión de la paciente debió ordenar que no se levantara de la camilla.” Por eso, “[l]a caída era un evento totalmente previsible ante el cuadro de la paciente. La doctora aceptó que no dio la orden, provocando los daños que sufrió la paciente en su rostro.” El foro de instancia despuntó que tras la caída de la señora Rivera Rivera la doctora Cardona Acevedo ordenó su traslado a los fines de sacarle una placa por ese trauma. No obstante, ninguna de las partes relacionó la caída con lo que aconteció posteriormente:

“es muy difícil comprender como la doctora Cardona documenta, justo después de la caída, que la paciente estaba estable y que tenía resuelta la dificultad respiratoria y que minutos después entre en un fallo respiratorio y sea necesario entubarla. Una paciente que llegó caminando, hablando y demás y poco más de una hora después cae en un estado tan delicado que pudo provocar su muerte, definitivamente fue mal diagnosticada.”

Con ello en mente, el TPI concluyó que la doctora Cardona Acevedo no tomó en cuenta la totalidad de las condiciones y síntomas que presentaba la señora Rivera Rivera y que solamente se circunscribió a brindar terapia respiratoria. En cuanto a la alegación de la doctora de que no tenía el equipo suficiente, el TPI señaló que si ello era así debió trasladar a la señora Rivera Rivera una vez le administrara líquidos y el tratamiento que inició de aminofilina y albuterol. También, si la doctora sabía que no tenía el equipo necesario para atenderla y realizar un diagnóstico correcto debió abrir vena, administrar suficiente líquido y ordenar su traslado. A renglón seguido, la juzgadora concluyó:

El manejo inicial de la paciente por la doctora Cardona ciertamente puso en grave riesgo de muerte a la madre de los demandantes. Aun cuando podemos indicar que la doctora reaccionó a tiempo y se mantuvo con la

paciente hasta ser estabilizada en el hospital San Carlos, lo que demuestra su preocupación y podemos imaginar su angustia por un paciente que se le va de las manos, no es menos cierto que no fue prudente y se amparó en la falta de equipo y servicios del Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria de San Sebastián para no actuar conforme a las mejores prácticas de la medicina.

Por los anteriores fundamentos, el TPI declaró *ha lugar* la demanda y condenó a la doctora Cardona Acevedo y a su compañía aseguradora SIMED al pago de \$70,000 por los daños físicos sufridos por la señora Rivera Rivera y \$20,000 por las angustias mentales sufridas por ésta, gastos costas y la suma correspondiente por concepto de intereses postsentencia, computados al 4.50% desde que se dicte sentencia hasta que se realice el pago del principal. En cuanto a la causa de acción por sufrimiento de los hijos, el TPI la declaró *no ha lugar*.¹⁶

Oportunamente, los demandantes solicitaron reconsideración respecto a la desestimación de la causa de acción por daños y perjuicios en su carácter personal. Indicaron: “todos los demandantes durante su testimonio establecieron que [sic] cómo el cambio en la personalidad y capacidad de doña Carmen Erohilda los había afectado, explicaron que tal condición los hacía asentar impotentes, tristes y angustiados. De hecho, así también lo determinó este Honorable Tribunal en cuanto a [sic] tiempo en que la causante estuvo hospitalizada.” El 14 de septiembre, notificada el 23 de septiembre de 2016, el TPI denegó la reconsideración.

Inconformes, el 24 de octubre de 2016 los demandantes instaron el recurso de apelación que nos ocupa. Le imputó error al TPI “al desestimar las causas de acción de los demandantes, aun cuando determinó que estos habían sufrido daños a consecuencia de la negligencia de la parte demandada.”

Por su parte, el 26 de octubre de 2016 la doctora Cardona Acevedo y su aseguradora SIMED presentaron un recurso de apelación. Alegan que el TPI erró al no incluir determinaciones de hechos conforme a la prueba

¹⁶ El TPI también dictó sentencia de archivo por desistimiento en cuanto al codemandante Melvin Rigual Rivera.

presentada en el juicio, al no aplicar las normas jurisprudenciales en torno a la acción de impericia médica y al concluir que la doctora Cardona Acevedo fue negligente sin base en la prueba testifical, documental y pericial que tuvo ante sí.

Contamos con los alegatos de todas las partes, la transcripción de la prueba oral y los informes periciales, por lo que procedemos a resolver.

II

A. Daños y Perjuicios; impericia médica

En nuestro ordenamiento jurídico, para que exista responsabilidad civil conforme el Artículo 1802 de Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA sec. 514, debe concurrir una acción u omisión, un daño y la correspondiente relación causal entre el daño y la conducta culposa o negligente. Recae sobre la parte que solicita ser indemnizada el deber de establecer, mediante preponderancia de la prueba, todos los elementos de la causa de acción por daños y perjuicios. Véase, *SLG Colón-Rivas v. ELA*, 196 DPR 855 (2016).

La responsabilidad por negligencia se caracteriza por la concurrencia de los siguientes elementos: (a) la existencia de una obligación o, al menos, de un deber general, reconocido por el Derecho, que exige que los sujetos ajusten sus actos a un determinado tipo de conducta para la protección de los demás contra riesgos irrazonables y (b) que el agente del daño haya obrado sin ajustarse a semejante tipo de conducta. *Id.* La negligencia por omisión surge al no anticipar aquellos daños que una persona prudente y razonable habría previsto en las mismas circunstancias. *Miranda v. ELA*, 137 DPR 700, 706-707 (1994).

Se destaca como un elemento esencial de la responsabilidad por culpa o negligencia el factor de la previsibilidad y el riesgo envuelto en el caso específico. El deber de previsión está atado a la prudencia, pues excluye la obligación de prever “sucesos totalmente insólitos y extraordinarios”, aunque éstos sean previsibles en teoría. *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 DPR 700, 706 (1982). El grado de previsibilidad

requerido en cada caso en particular depende del estándar de conducta aplicable. *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294 (1990).

En nuestro ordenamiento jurídico rige la doctrina de la casualidad adecuada para determinar la existencia de relación causal entre la acción u omisión culposa o negligente y el daño sufrido. *Cárdenas Maxán v. Rodríguez Rodríguez*, 125 DPR 702, 709-710 (1990). Conforme esta doctrina, no es causa adecuada toda la condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. Id. A su vez, se requiere que la relación de causalidad entre el daño sufrido y el acto negligente no se establezca a base de una “mera especulación o conjetura.” *Admor. F.S.E. v. Almacén Ramón Rosa*, 151 DPR 711, 725 (2000); *Blás v. Hospital Guadalupe*, 146 DPR 267, 322 (1998).

Todo médico posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico. *Arrieta v. De La Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005). Ahora, cuando se hayan prestado servicios médicos sin la debida diligencia o de manera negligente ello puede generar responsabilidad civil del médico u hospital si tal acción u omisión causa daños al paciente. Conforme a los criterios del citado Art. 1802, para que nazca la responsabilidad civil médica el promovente de la acción tiene que establecer la ocurrencia de un acto médico culposo o negligente, la producción de un daño real y la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido. *Arrieta v. De La Vega*, supra; *Soto Cabral v. E.L.A.*, 138 DPR 298, 308-309 (1995).

No obstante, en nuestra jurisdicción rige una presunción a favor del médico que sugiere que este ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración del tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Por ello, le corresponde a la parte demandante controvertir esta presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento del médico de su obligación profesional. La relación de

causalidad no se puede establecer a base de una mera especulación o conjetura. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 134-135 (2004).

Cuando se trata de evaluar las determinaciones sobre impericia médica que están fundamentadas en la prueba pericial y documental ofrecida, este Tribunal está en igual posición para evaluarlas y hacer sus propias conclusiones. *Arrieta v. De La Vega*, supra; *López v. Dr. Cañizares*, supra. Al evaluar esta prueba, el tribunal debe considerar que en nuestro ordenamiento jurídico las normas mínimas de cuidado, conocimiento y destrezas que le son requeridas a los profesionales de la salud, en casos de alegada mala práctica profesional, son las de brindar a sus pacientes aquella atención que, “a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, satisface las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la propia profesión médica”. *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 133.

Hay que tener presente que la negligencia del médico no se presume por el hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya sido exitoso. *López v. Dr. Cañizares*, supra. Se ha establecido que para establecer un caso prima facie de impericia médica se tiene que presentar prueba sobre: 1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas, 2) demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y (3) demostrar que ésta fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Arrieta v. Dr. de la Vega*, supra; *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988).

Esto quiere decir que le corresponde al demandante establecer, mediante prueba pericial, cuáles son los requisitos de cuidado y conocimiento científico requeridos por la profesión en un tratamiento determinado, las normas de conocimiento informado y la razón por la cual el médico demandado no cumplió con las mismas. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 650-651 (1988); *Medina Santiago v. Vélez*,

supra, pág. 385. Conforme a la norma antes indicada, el médico solamente responde por los daños y perjuicios causados cuando actúa negligentemente, con descuido o cuando falta a la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 820 (1987); *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 134.

III

Nos corresponde resolver si erró el TPI al determinar que la doctora Cardona Aponte se apartó de las mejores prácticas de la medicina de emergencia durante el tratamiento brindado a la señora Rivera Rivera, como se señala en el recurso KLAN201601543. Además, si incidió el TPI al desestimar la causa de acción de daños y perjuicios de algunos miembros de la sucesión de la señora Rivera Rivera, según se aduce en el KLAN201601530. Obviamente, con respecto al resultado de este recurso, como más adelante veremos, depende en gran medida de lo que determinemos en la apelación presentada por la doctora Cardona. Sobre este último recurso, debemos auscultar especialmente si el tratamiento brindado a la señora Rivera Rivera por la doctora Cardona fue la causa eficiente o adecuada para el deterioro clínico progresivo de esta paciente, el que culminó en dos arrestos cardiorespiratorios.

Es la contención de la sucesión de la señora Rivera Rivera que el tratamiento brindado a la paciente fue la causa del agravamiento o el deterioro de su condición de salud, que la mantuvo en cuidado intensivo durante varios días. Entienden que la falta de recursos en el dispensario médico no era excusa para omitir ciertos procesos necesarios, o para trasladar inmediatamente a la paciente a otra institución hospitalaria. Añadieron que la doctora debió revisar periódicamente los signos vitales de la señora Rivera Rivera, colocarle un monitor cardíaco desde el inicio e hidratarla adecuadamente. Alegaron que el historial pulmonar de la paciente ameritaba que la doctora atendiera con más premura sus síntomas, como por ejemplo, que estaba deshidratada, dato que se constató con el examen de azúcar. Por su parte, la doctora Cardona

Acevedo sostiene que atendió a la paciente conforme a los estándares médicos aplicables, por lo que no debe ser responsable frente a la sucesión por los daños reclamados.

Analizado el expediente y los testimonios vertidos en el juicio, en particular, el testimonio de la doctora Cardona y las opiniones periciales de los doctores Altieri y Gómez, entendemos que el TPI erró al determinar que la emergencióloga incurrió en negligencia médica. Notamos que la doctora Cardona Acevedo aplicó a la señora Rivera Rivera la cual tenía un historial médico complicado, el tratamiento inicial que las circunstancias y síntomas requerían. La dificultad respiratoria de la cual se quejó la paciente fue correctamente atendida por la doctora, quien ordenó, además, se le administrara las terapias apropiadas. La doctora Altieri destacó que la administración de normal salina¹⁷ ordenada por la doctora Cardona Acevedo fue efectiva, pues la paciente tenía la presión muy baja y cuando llegó al Hospital San Carlos su presión arterial había aumentado satisfactoriamente. Opinó, al igual que lo hizo el doctor Gómez, que si no se le hubiera aplicado el tratamiento de aminofilina y oxígeno, la paciente pudo haber fallecido.

Por ello, ambos peritos entendieron que la doctora Cardona Acevedo ofreció a la paciente el tratamiento apropiado y diligente que posibilitó que ella pudiera ser trasladada y recibir oportunamente los servicios médicos brindados en el Hospital San Carlos que permitieron salvar su vida. Coincidimos, igualmente con lo expresado por el doctor Gómez en cuanto a que la prioridad en esa etapa de la intervención era el problema respiratorio. Aunque luego de la prueba de dextrosa la paciente reflejó un nivel alto de azúcar, los resultados de esa prueba llegaron cuando ya la doctora Cardona estaba atendiendo la condición respiratoria, que era lo prioritario, por lo que lo indicado era seguir adelante con ese tratamiento

¹⁷ Sobre los componentes y función de la normal salina, véase testimonio del Dr. Gómez, a las págs. 1271-1272 de la transcripción de la prueba oral.

y luego en algún momento atender lo de la condición de azúcar. Véase sobre el particular, transcripción de la prueba oral a las págs. 1277-1279.

De otro lado, resulta importante destacar que el evento de la caída de la paciente actuó como una causa interventora o aceleradora, pues, a raíz de este suceso se suscitaron una serie de eventos que pudieron haber contribuido a que se complicara el cuadro clínico de la paciente y por tanto, a la secuela de condiciones sufridas por ella que requirió de cerca de dos semanas de hospitalización, varios días en cuidado intensivo. No obstante, por esos hechos, según se desprende del expediente, el Centro de Medicina y su aseguradora llegaron a un acuerdo transaccional con los demandantes para compensarle por los daños resultantes de esa caída, en la que pudo haber mediado algún grado de negligencia por parte de la enfermera que atendía a la paciente en ese momento. La prueba, en cambio, demostró que la doctora Cardona ni siquiera se encontraba cerca de la paciente en esos momentos, ni tampoco dio instrucciones de que ella fuera sentada en una silla y menos aún, que se dejara sin supervisión. No podía en tales circunstancias imputar e imponer responsabilidad a la Doctora por los daños físicos sufridos por la señora Rivera Rivera, ni por las complicaciones o el agravamiento de su condición a raíz de esa caída.

En lo que tiene que ver con el cuidado médico propiamente, a la luz del testimonio de la propia doctora Cardona, pero especialmente del testimonio de sus dos peritos médicos, ésta actuó dentro de los estándares médicos aplicables a la situación, tanto previo a la caída, como después de las complicaciones que le sobrevinieron. Las complicaciones sufridas por la señora Rivera Rivera bien pudieron haber sido producto de su extenso historial clínico, especialmente, los serios problemas respiratorios que confrontaba, así como de la caída sufrida, con respecto a lo cual fue la parte demandante compensada, según ya indicado.

Los peritos prestaron testimonios claros, bien documentados y reforzados con sus conocimientos y experiencias pertinentes sobre el proceder profesional de la doctora Cardona. A la vista de esos expertos,

la intervención y tratamiento brindado a la paciente resultó correcto e indicado frente a los síntomas y padecimientos que ella enfrentaba, más importante aún, contribuyeron de manera significativa a que ésta pudiera sobrevivir a los graves padecimientos y la crisis de salud que confrontó. Esa prueba, no sólo fue efectiva para derrotar las alegaciones y la prueba presentada sobre la negligencia imputada a la doctora Cardona, sino además de calidad probatoria superior, incluso para demostrar su correcto proceder en la atención y cuidado médico de la señora Rivera Rivera. El doctor Gómez resume con mucho acierto y persuasión esa intervención en los siguientes términos:

Obviamente, una paciente que llega con una queja principal de dificultad respiratoria se le dan los medicamentos y el tratamiento apropiado. Surge un accidente, que está fuera de las manos de la doctora Rivera... Cardona, perdón, y ella toma acción sobre esa situación trasladando al paciente a una institución de mayor jerarquía donde se le pueden brindar los... los servicios apropiados. Eso es sentido común y es lo que se tiene que hacer y lo que... lo que se hizo aquí.

Reiteramos que los eventos que originaron esta reclamación fueron marcadamente alterados por la caída sufrida por la señora Rivera Rivera en una etapa temprana de la intervención de la doctora Cardona luego de ésta arribar al dispensario médico con un padecimiento principalmente respiratorio. La caída se produce justo mientras se desarrollaban los procedimientos, tratamientos y diagnósticos preliminares, que pudieran haber conducido al diagnóstico certero de la condición y al tratamiento correspondiente. Sin embargo, como indicamos, ese curso de los eventos fue alterado al producirse la caída, con lo que *ipso facto* se alteró dramáticamente el cuadro clínico y padecimientos de la paciente, lo que requirió una intervención distinta, incluyendo su traslado inmediato a una institución secundaria. Dado esta causa interventora en medio del tratamiento que la doctora Cardona estaba brindando a la paciente, resulta especulativo inferir que ella omitió realizar los procedimientos que el perito de la parte demandante alega debió aplicarse, porque, como señalamos, el cuidado, atención y tratamientos en curso o a ser aplicados,

probablemente incluso los señalados por el aludido perito, quedaron alterados radicalmente por los eventos que siguieron a la caída. Nos persuade la opinión informada de los peritos de que la intervención y tratamiento aplicado por la doctora Cardona en esta etapa de extrema emergencia, incluyendo la efectiva y oportuna coordinación del traslado de la paciente al Hospital San Carlos, su acompañamiento hasta el referido Hospital y la ayuda o asistencia brindada a los médicos que la esperaban en ese lugar fueron en extremo valioso en el resultado de salvar la vida de esta paciente.

De ahí que no exista relación causal entre el tratamiento brindado a la señora Rivera Rivera por la doctora Cardona y las complicaciones o la grave crisis de salud sufrida por ésta. De igual manera, y según ya hemos establecido, conforme a la prueba tampoco fue posible vincular a la doctora Cardona con la caída propiamente de la señora Rivera Rivera. Se recordará que ese evento ocurrió mientras ésta estaba bajo el cuidado directo de una enfermera, quien la bajó de la camilla cuando la señora Rivera Rivera le expresó su deseo de ir al baño. En el proceso, la paciente fue sentada en una silla y dejada sin supervisión por un breve período de tiempo. Fue en ese momento que se produjo la caída. Adviértase, que cuando la doctora abandonó el área, la paciente estaba acostada en una camilla. No era previsible que los eventos antes narrados sobre la caída de esta persona se dieran de esa manera, por lo que no era razonable requerir a la doctora que diera instrucciones para que algo como lo acaecido no ocurriera. No era anticipable que la paciente necesitara acudir al baño, menos aún, que la enfermera tomara la imprudente decisión de dejarla sola en una silla. No hay razón para anticipar situaciones como éstas y sobre esa base pretender vincular a la Doctora con ese evento lamentable.

En fin, las consideraciones anteriores nos obligan a determinar que la doctora Cardona no incurrió en conducta negligente en la práctica médica, como le imputa la parte demandante. A tenor con la doctrina de

diagnóstico diferencial, sobre la exigencia de un procedimiento para distinguir entre posibles padecimientos que requieren tratamientos diferentes y específicos, la doctora Cardona Acevedo no incurrió en negligencia médica. Véase, *Lozada v. E.L.A.*, 116 DPR 202, 217 (1985). Los médicos tienen el deber de hacer un esfuerzo para enterarse de los síntomas y de la condición del paciente, agotando los medios de diagnóstico diferencial que el estado del conocimiento pone a disposición de la profesión médica. Del expediente surge que la doctora Cardona Acevedo cumplió con ese estándar.¹⁸

En lo que respecta al referido recurso KLAN201601530, nos resulta razonable y persuasivo el reclamo de los apelantes y miembros de la Sucesión, acerca de los daños y angustias que alegan haber sufrido luego de ver hinchada y con una laceración entre las cejas a un ser tan cercano y especial, sin movimiento, amarillenta, casi muerta y entubada. Es natural que se sintieran tristes, angustiados e impotentes frente al penoso cuadro con el que se toparon. Claramente, ver a su señora madre y la abuela de la manera en que éstos observaron a este familiar debió producir grandes angustias en ellos. Ahora bien, tales daños no eran imputables a la doctora Cardona, según ya concluimos. Reiteramos que faltó vincular algún acto culposo o negligente de esta emergencióloga con los referidos daños. Por tanto, no procedía, aunque por razones distintas a las que ofreció el TPI en su sentencia, imponer responsabilidad a la doctora Cardona por los daños reclamados por estos apelantes.

IV

En consideración de lo anteriormente expuesto, procede revocarse en parte la Sentencia apelada, en lo que respecta a la responsabilidad impuesta por los hechos de este caso a la doctora Cardona, cuestionada mediante el recurso KLAN201601543. Sin embargo, la decisión que libera de responsabilidad civil extracontractual a la doctora Cardona, en cuanto a

¹⁸ Véase, H. Brau del Toro, *Los Daños y Perjuicios Extracontractuales en Puerto Rico*, Publicaciones JTS, Inc., Segunda Edición, 1986, Vol. I, pág. 248.

los hijos y nieto en su capacidad individual, aunque por fundamentos distintos, debe ser confirmada. Actuó correctamente el TPI al decretar la desestimación de la reclamación de daños incoada por éstos, impugnada mediante el recurso KLAN201601530.

Lo acuerda y manda el Tribunal, y lo certifica la Secretaria.

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