Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE BAYAMÓN

ILEA ESMERALDA CALDERÓN NIEVES, et al Apelante v. GRUPO HIMA-SAN PABLO; HOSPITAL HIMA SAN PABLO DE BAYAMÓN, et al Apelados	KLAN201401541	Apelación procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala de Bayamón Caso núm.: D DP2008-0911 (506) Sobre: Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidenta, la Juez Jiménez Velázquez, la Juez Brignoni Mártir y el Juez Sánchez Ramos[1]

Sánchez Ramos, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 12 de agosto de 2015.

Comparecen ante nosotros Ilea Esmeralda Calderón Nieves, Edith Nieves Cintrón, Emmanuel López Nieves, Roberto Arturo Reyes Calderón (en conjunto, la "Familia Calderón-Nieves"), mediante recurso de apelación, y nos solicitan que revisemos una sentencia del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Bayamón, mediante la cual dicho foro denegó, luego de un juicio en su fondo, la demanda de daños y perjuicios presentada por ellos.

Por los fundamentos que discutiremos, se revoca la sentencia emitida.

I.

La secuencia de hechos que dio lugar a la acción de epígrafe inició el 23 de septiembre de 2007, mientras el señor Roberto

[1] Orden Administrativa núm. TA-2015-044 de 9 de marzo de 2015, mediante la cual se designa al Juez Sánchez Ramos en sustitución de la Juez Soroeta Kodesh.

Calderón Cosme ("el Paciente") se encontraba cuidando de su esposa, la señora Altagracia Nieves Cintrón ("la Esposa"), quien estaba hospitalizada en el Hospital HIMA San Pablo de Bayamón ("el Hospital").

A principios de septiembre de 2007, el gastroenterólogo Walter E. Janer Martínez ("el Gastroenterólogo") le había realizado una colonoscopía al Paciente durante la cual encontró y removió ocho pólipos. También encontró una masa en el duodeno pero no la extirpó para evitar una posible hemorragia.[2]

El 23 de septiembre de 2007, mientras el Gastroenterólogo se encontraba dando rondas de visita, entró al cuarto donde se encontraba hospitalizada la Esposa, quien estaba acompañada en ese momento por el Paciente. Este último aprovechó la oportunidad para contarle al Gastroenterólogo que había sufrido dos descargas sanguinolentas ese día. A raíz de ello el Gastroenterólogo le solicitó que fuese a la sala de emergencia del Hospital. En algún momento entre las 10:00 a.m. y las 12:00 p.m. el Paciente se dirigió a la sala de emergencia.[3]

A las 4:09 p.m. el Paciente fue atendido en la sala de emergencias por una enfermera graduada, quien lo entrevistó y le tomó los vitales. El Paciente se quejó de sangrado rectal e indicó que padecía de diabetes, hipertensión y asma. La enfermera reportó que el Paciente tenía 73 años y sus signos vitales reflejaron una presión arterial de 138/71; pulso de 112 por minuto; respiración de 20 por minuto; temperatura, 35.5; y azúcar en la sangre de 298 mg/dl.[4] De acuerdo al cuadro clínico presentado, la

---

[2] Pág. 5 del Apéndice que acompaña el Recurso de Apelación, presentado el 22 de septiembre de 2014 ("el Apéndice").

[3] De los documentos sometidos por las partes no surge la hora exacta en que el Paciente llegó a la sala de emergencia. Sin embargo, en el juicio, Ilea Esmeralda Calderón Nieves declaró que el Paciente bajó "aproximadamente a las diez de la mañana"; además, durante el contrainterrogatorio indicó que ella llegó al hospital "a las 11 de la mañana" y que ya a esa hora el Paciente "se encontraba en sala de emergencia". Págs. 29 y 47 de la transcripción del juicio en su fondo, presentada el 29 de octubre de 2014 ("la Transcripción").

[4] Pág. 161 del Apéndice.

enfermera catalogó la condición del paciente como "semi-urgente" y lo pasó al cubículo 18-B, que queda en el área sur de la sala, a unos 20 pies del mostrador de enfermería.[5]

El Paciente fue examinado por la Dra. Lilliam Monllor Levante ("la Dra. Monllor") a las 5:15 p.m. La Dra. Monllor lo describió como "alerta y orientado en las tres esferas". Por su parte, el Paciente le informó que tres semanas antes le habían hecho una polipectomía, que en lo que iba del día había tenido dos descargas sanguinolentas pero que en la última tuvo "less quantity", y que al momento no tenía dolor abdominal, náuseas, vómitos o estreñimiento.[6] Además, la Dra. Monllor le realizó un examen físico al Paciente el cual reflejó que: las pupilas estaban reactivas a la luz, los movimientos óculo-motores externos estaban intactos; su ritmo cardíaco era regular y no tenía soplos; los pulmones estaban claros a la auscultación; el abdomen no estaba distendido sino blando y depresible, no tenía rebote a la palpación; sus extremidades estaban libres de edema y cianosis; no tenía déficit neurológico; y tenía heces teñidas de sangre.[7]

La Dra. Monllor le diagnosticó "sangrado rectal" y a las 5:25 p.m. ordenó que le hicieran un hemograma, un panel metabólico básico, pruebas de coagulación, prueba de orina y un cultivo de sangre oculta en la excreta.[8] Luego administró al Paciente 20 mg. de Pepcid intravenosamente y cinco unidades de insulina. La Dra. Monllor dio instrucciones de que: se le repitiera la prueba de azúcar en sangre dentro de una hora; que no se le administraran alimentos por boca; que se le hiciera una tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste y una placa del

---

[5] Pág. 6 del Apéndice.
[6] Pág. 6 del Apéndice.
[7] Págs. 6-7 del Apéndice.
[8] Pág. 7 del Apéndice.

abdomen; y que se le administraran "1,000 ml de Normal Salina a 100 ml/hr".[9]

Las enfermeras tomaron las órdenes a las 6:00 p.m. **En cuanto a la dosis de Normal Salina, las enfermeras la administraron a una velocidad de 42 ml/hr, velocidad por debajo de lo ordenado por la Dra. Monllor.**[10]

A las 7:00 p.m. una enfermera redactó una nota de progreso donde describió al Paciente como "alerta y orientado" e indicó que **éste le refirió que cada vez que iba al baño a evacuar, lo hacía con mucha sangre.**[11] La enfermera le indicó al Paciente que la Dra. Monllor estaba en espera de que se le hiciera la tomografía para decidir el curso a seguir. El resultado de la tomografía reflejó lo siguiente:

> **Inflammatory changes at area of the sigmoid colon adjacent to the multiple diverticula consistent with acute diverticulitis.** No associated fluid collections extravasation of contrast or free intraperitoneal air. Consider colonoscopy after treatment to exclude underlying neoplasia. Bilateral perinephric fat stranding may be related to pyelonephritis. Minute stone at the kidney lower pole without obstruction. Minimal fibrotic changes at the bases. Preliminary report was submitted at completion of the examination. Final report agrees with preliminary report.[12] (Énfasis suplido).

Los laboratorios demostraron que el nivel de hemoglobina del Paciente era de 11.5 gr/dl, **consistente con anemia**, y la prueba de coagulación que mide el tiempo de respuesta ante un sangrado no resultó significativa.[13] A las 8:45 p.m. la Dra. Monllor ordenó que le administraran al Paciente ocho unidades de insulina y que se repitiera la prueba de azúcar en sangre en una hora. Luego, a las 10:10 p.m. la Dra. Monllor ordenó que se le diera una terapia respiratoria con Proventil y a las 10:30 p.m. re-evaluó al Paciente, reportando que su respuesta al tratamiento había sido

---

[9] Págs. 7 y 148 del Apéndice.
[10] Pág. 164 del Apéndice y págs. 256-258 de la Transcripción.
[11] Págs. 9 y 163 del Apéndice.
[12] Págs. 7-8 del Apéndice.
[13] Pág. 8 del Apéndice.

"adequate".[14] Sin embargo, consultó el caso con el Sr. Carlos Rodríguez ("el Internista") por haber "present rectal bleeding" y "recently SX (extirpation of intestinal polyps)".

A las 11:00 p.m. el Internista contestó la consulta, describiendo la condición del Paciente como "[r]ectal bleeding since today with bright red blood without abd. Pain without hemorrhoids. Polypecthomy 3 weeks ago by Dr. Janer".[15] También reportó que los vitales del Paciente reflejaron que la presión arterial estaba entre 110/67 y 107/67, una media de 109/67; pulso entre 103 y 105 por minuto, una media de 104 por minuto; respiración de 25 por minuto; temperatura, 36.5.[16]

Concluido el examen del Paciente, el Internista ordenó su hospitalización y el siguiente tratamiento: que se determinara su tipo y grupo de sangre para transfundirlo si la hemoglobina fuese menor de 10 gr/dl; que no le dieran alimentos por boca; que le administraran 1,000 ml. de Normal Salina a 83 ml/hr; le tomaran los signos vitales cada 2 horas, si la presión sistólica era menor de 100 o el pulso era mayor de 105 por minuto; que localizaran el resultado de la tomografía; le hicieran un electrocardiograma; que le administraran Pepcid cada 12 horas y Lantus; que le hicieran un hemograma y una prueba de azúcar en el momento "stat"; que le notificaran cualquier cambio.[17] Además de lo anterior, a las 12:15 a.m. el Internista ordenó por teléfono que le hicieran un cultivo de sangre al paciente y le administraran el antibiótico Zosyn cada 6 horas.[18] **Las enfermeras tomaron las órdenes del Internista a las 3:00 a.m., cuatro horas más tarde.** El

[14] Pág. 9 del Apéndice.
[15] Pág. 9 del Apéndice.
[16] Págs. 103-105 del Apéndice.
[17] Pág. 147 del Apéndice.
[18] Pág. 11 del Apéndice.

hemograma que le tomaron al Paciente a esa hora, reflejó que la hemoglobina estaba en 10.6 gr/dl.[19]

El personal de enfermería tomó los signos vitales del Paciente a las 12:00 a.m., los cuales mostraron que su presión arterial era de 90/50, la más baja reportada desde que acudió a la sala de emergencias.[20] **Sin embargo, las enfermeras omitieron tomar los signos vitales a las 2:00 a.m., 4:00 a.m., y 6:00 a.m.**[21] No fue sino hasta las 8:00 a.m. del 24 de septiembre de 2015, que las enfermeras volvieron a tomarlos, incumpliendo así con la orden que había dado el Internista a las 11:00 p.m. Los vitales tomados a las 8:00 a.m. reportaron una presión arterial de 100/60; pulso de 80 por minuto; respiración 18 por minuto; temperatura, 36.3.[22]

A las 7:00 a.m. la enfermera supervisora de turno, Sra. Caroline Calzada ("la Supervisora"), escribió la siguiente nota de progreso respecto a la condición del Paciente:

> Se recibe paciente en camilla con barandas elevadas NS 42 ml/hr. Paciente no refiere dolor al momento; **se nota intranquilo**, pero dice sentirse mejor, Paciente acompañado de familiar. Paciente alerta y orientado. Se le orienta sobre la importancia de no bajar la baranda y no dejar solo al paciente. Se mantiene bajo observación por si ocurriesen cambios.[23] (Énfasis suplido).

La próxima nota de progreso con relación al Paciente fue redactada por la Supervisora a las 9:10 a.m., informando lo siguiente:

> Paciente comienza a presentar problemas respiratorios; éste se encontraba solo al momento. **Se notaba ansioso y com[b]ativo, refiere tener dolor en la parte baja de la espalda, grita e intenta bajarse de la camilla por la parte de abajo pues ésta se encontraba con barandas elevadas.** El Dr. González García, el cual se encontraba en el área sur, al momento, ausculta al paciente y se notificó al Dr. Velasco los hallazgos de esta intervención. El Dr. Velasco también interviene, se llama a terapia respiratoria, el cual intenta en repetidas ocasiones tomar muestras de ABG's, según ordenado por el médico. El paciente no coopera a

---

[19] Pág. 10 del Apéndice.
[20] Pág. 155 del Apéndice.
[21] Pág. 155 del Apéndice.
[22] Págs. 11-12 del Apéndice.
[23] Pág. 11 del Apéndice.

> pesar que se le orienta sobre la importancia de esta prueba; se toman saturaciones y éste estaba en 74% SAT. Se llama a Rayos X; **la cooperación del paciente es nula en este momento**; se le solicita se acueste de manera apropiada en la camilla; éste refiere sentirse incómodo en ésta y no presta atención a las indicaciones, por varios intentos, de que se acomode en la camilla, pero el paciente no coopera. Técnica de Rayos X le pide cooperación para tomarle la radiografía, pero éste se negaba e indicaba tener fuerte dolor. **Indica a la técnica que se sentará en la silla.** El paciente sin esperar ayuda se levanta de la camilla y se pasa a la silla de la que se cae de frente al piso dándose golpes en la cara y frente. Se nota al paciente respirando con dificultad, cianótico y con el rostro ensangrentado. Personal de la sala lo levanta y lo traslada al cubículo 6 en el que se comienza CPR por miss L. Vázquez, Dr. Meléndez y otro personal del área norte.[24] (Énfasis suplido).

Sobre el incidente antes descrito, el personal del área norte redactó a las 9:34 a.m. la nota que sigue:

> Paciente masculino... se traslada del cubículo 18B en arresto cardiorrespiratorio al CPR 06. Pte. se conecta a monitor cardíaco y se comienzan compresiones y ventilación manual. Pte. con signos vitales B/P-no audible, Pulso-0/min, R-0/min. Pte. es entubado por el Dr. Meléndez. Se continua con CPR. Ver hoja de CPR. Se finaliza CPR por orden médica. Signos vitales al terminar CPR; T-35.4, P-76/min, R-19/min, B/P-80/60. Pte. entubado con parámetros del ventilador...[25]

Los resultados de laboratorio reportados a las 11:15 a.m. demostraron lo siguiente: el hemograma evidenció 29,000 glóbulos blancos, hemoglobina de 8.5 gm/dL, hematocrito de 25.6% y plaquetas en 134,000 unidades/Litro; el de gases arteriales mostró que tenía el PH en 7.1, el PCO2 en 55mmHg y el PO en 293 mmHg; el CT Scan abdomino pélvico reflejó diverticulitis aguda del sigmoide; y el EKG post arresto con depresión del segmento ST.[26]

A la 1:36 p.m. el Paciente sufrió otro arresto cardiaco y posteriormente, a las 2:00 p.m. Ilea Esmeralda Calderón Nieves ("la Hija") decidió que se desconectara al Paciente de las máquinas que lo mantenían vivo artificialmente.[27]

El Informe de Autopsia Núm. 4010-07 recopiló, entre otros, los siguientes hallazgos: laceración de ¾" de longitud, recientemente suturada, en la región frontal izquierda de la

---

[24] Págs. 164-166 del Apéndice.
[25] Pág. 167 del Apéndice.
[26] Pág. 15 del Apéndice.
[27] Pág. 15 del Apéndice.

cabeza; laceración de ½" de longitud, recientemente suturada, orientada de forma oblicua en el aspecto superior del puente nasal; fractura del aspecto anterior del cuerpo vertebral de la 4ta y 6ta vértebra cervical en la columna vertebral; **y una abundante cantidad de material hemorrágico amorfo de color rojizo oscuro en todo el colon.**[28] Como causa de muerte, el informe indicó lo siguiente: trauma cervical; sangrado gastrointestinal bajo; y enfermedad cardiaca hipertensiva y ateroesclerótica.[29]

El 22 de septiembre de 2008, la Familia Calderón-Nieves presentó una demanda por daños y perjuicio e impericia médica contra el Hospital, los médicos que intervinieron con el Paciente y sus respectivas compañías aseguradoras, por los hechos ocurridos en septiembre de 2007.[30] Se alegó que el Paciente falleció: (1) como consecuencia de una caída previsible, que pudo evitarse si no fuera por la negligencia y falta de atención del Hospital y de su personal; (2) o por la impericia de los médicos que atendieron al Paciente.

Es preciso señalar que no surge de los documentos que acompañan el recurso de epígrafe que la Familia Calderón-Nieves hubiese emplazado ni continuado su reclamación en cuanto a los médicos que intervinieron con el Paciente. De hecho, luego de varios trámites procesales, el 9 de junio de 2014, el Hospital solicitó que se desestimara la demanda por falta de parte indispensable.[31] Ello, pues, planteó el Hospital que las alegaciones de impericia médica requerían que se trajeran al pleito a los doctores que trataron al Paciente en sala de emergencia.

Ante los planteamientos del Hospital, la Familia Calderón-Nieves estipuló que el asunto no se trataba de una impericia

---

[28] Págs. 180-185 del Apéndice.
[29] Pág. 185 del Apéndice.
[30] Págs. 26-36 del Apéndice.
[31] Págs. 2-3 del Apéndice y págs. 10-19 de la Transcripción.

médica, sino de una negligencia general.[32] Adicional a ello, acordó que el testimonio de su perito emergenciólogo, el Dr. Edwin Miranda Aponte ("el Perito"), solo versaría sobre la alegada negligencia de las enfermeras y los empleados del Hospital en cuanto a si éstos pudieron haber evitado la caída sufrida por el Paciente.

Así las cosas, se inició el juicio en su fondo en junio de 2014, y culminó el 6 de agosto de 2014. La prueba que desfiló de parte de la Familia Calderón-Nieves consistió del testimonio de la Hija, Emmanuel López Nieves ("el Sobrino"), el Perito, Roberto Arturo Reyes Calderón ("el Nieto") y Edith Nieves Cintrón ("la Cuñada").

En el juicio la Hija declaró que había observado el sangrado del Paciente en el baño del cuarto de la Esposa y que "era bastante sangre color brillante".[33] Dijo que a las 11:00 a.m., cuando ella llegó al Hospital, el Paciente no estaba en el cuarto de la Esposa porque había bajado a la sala de emergencia.[34] **Indicó que, a través del Sobrino, supo que las veces que el Paciente fue al baño, en el período entre la mañana del 23 y la madrugada del 24 de septiembre de 2007, "todo el tiempo fue sangre".**[35] Expresó, además, que en la mañana del 24 de septiembre vio al Paciente "entubado en el área de CPR con unos cuantos médicos alrededor de él, con heridas abiertas en su frente, en su nariz, sangre gotereando en el piso" y que cuando suturaron las heridas, lo hicieron frente a ella y pudo observar que no le pusieron anestesia.[36]

Por su parte, el Sobrino declaró que acompañó al Paciente desde las siete de la noche del 23 de septiembre hasta las siete de

---

[32] Pág. 3 del Apéndice y pág. 16, líneas 8-10 de la Transcripción.
[33] Págs. 26, 34 y 47 de la Transcripción.
[34] Págs. 29 y 47 de la Transcripción.
[35] Pág. 34 de la Transcripción.
[36] Págs. 35-36 de la Transcripción.

la mañana del próximo día.[37] **Indicó que durante ese período de tiempo, acompañó al Paciente al baño en más de diez ocasiones y observó que "seguía evacuando sangre".**[38] El Sobrino dijo que le informó a las enfermeras que el Paciente continuaba evacuando sangre.[39] Declaró que utilizó el teléfono del Paciente para comunicarse con la Hija sobre la condición de éste.[40]

Durante el contrainterrogatorio, el Sobrino declaró que el Paciente se había quejado de dolor en la espalda.[41] Que cuando llegó a las 7:00 p.m. a acompañarlo, el Paciente estaba en una camilla que tenía las barandas elevadas.[42] Admitió que en una deposición anterior declaró que el Paciente había dormido durante la madrugada y que no había ido al baño.[43] Aceptó que durante el tiempo que acompañó al Paciente, no observó que éste se desorientara, se mareara o se viera pálido.[44]

Con relación al testimonio del Perito, este declaró que es médico cirujano, especializado en emergencias médicas y quirúrgicas, y que lleva 33 años trabajando en hospitales y salas de emergencia en Puerto Rico.[45] Opinó que la categorización de "semi-urgente" que hizo la enfermera sobre la condición del Paciente fue incorrecta porque:

> Se desprende de la queja principal que tiene un sangrado rectal y los signos vitales son anormales particularmente la frecuencia cardíaca, que está por encima de lo normal, el tope máximo es 100 y tiene 112, que se denomina taquicardia. La frecuencia respiratoria que es lo normal entre 14 y 16 está en 20 por minuto. Es decir, tenemos una situación aquí que es cónsona con un estado de shock.[46]

En cuanto a las órdenes que dio la Dra. Monllor a las 5:25 p.m., el Perito explicó que se debieron haber tomado de inmediato

---

[37] Pág. 56 de la Transcripción.
[38] Págs. 56-57 de la Transcripción.
[39] Pág. 60 de la Transcripción.
[40] Pág. 57 de la Transcripción.
[41] Pág. 69 de la Transcripción.
[42] Pág. 69 de la Transcripción.
[43] Págs. 70-71 de la Transcripción.
[44] Pág. 71 de la Transcripción.
[45] Págs. 87-90 de la Transcripción.
[46] Pág. 107 de la Transcripción.

para poder "estabilizar al paciente desde el punto de vista hemodinámico y tener los parámetros de hemoglobina para tener una idea de cuánta sangre había perdido, tanto hemoglobina como hematocritos".[47] Opinó, además, que de acuerdo al cuadro clínico del Paciente, **"podríamos establecer razonable una pérdida de 1000 mililitros que corresponden a 2 pintas de sangre"**, por lo cual se requería la reposición inmediata de la sangre perdida mediante líquidos intravenosos y oxígeno suplementario, para revertir el estado de shock.[48] (Énfasis suplido).

El Perito explicó que un shock hipovolémico "es un aumento en la frecuencia cardíaca y un aumento en la frecuencia respiratoria, porque se está perdiendo líquido. En este caso se está perdiendo sangre. El corazón reacciona con aumentar la frecuencia para suplir a esas necesidades de riego sanguíneo y oxigenación".[49] Indicó que el cuerpo reacciona activando mecanismos de compensación pero "si el paciente continúa sangrando o no se reponen las pérdidas de líquidos, entonces ya hay una descompensación y la presión arterial cae".[50] Además, opinó que **la demora de cuatro horas, de parte de las enfermeras, en tomar las órdenes de admisión que dio el Internista, fue irrazonable dada la gravedad del Paciente.**[51]

En cuanto al cambio en el comportamiento del Paciente, documentado a las 7:00 a.m. del 24 de septiembre y descrito por las enfermeras como "intranquilo" y "menos cooperador", el Perito explicó que el Paciente:

> Puede tener una disfunción del sistema nervioso central y trayendo verdad, lo que está documentado en el récord que el paciente tiene un sangrado, si tiene sangre pues, no llega hemoglobina al cerebro. Y la hemoglobina es la proteína que lleva el oxígeno cuando las neuronas – que son bien sensibles a la disminución de la oxigenación – se

---

[47] Págs. 114 y 126-127 de la Transcripción.
[48] Págs. 115-116 y 119-120 de la Transcripción.
[49] Págs. 121-122 de la Transcripción.
[50] Pág. 122 de la Transcripción.
[51] Pág. 127 de la Transcripción.

> comportan de una forma totalmente errática que **se manifiesta y tiene sus consecuencias en ese comportamiento del paciente.** Eso es una interpretación que debe hacerse e incluso yo creo que está al nivel de las enfermeras. No la causa, sino **identificar que hay un cambio... [y] notificárselo al médico.**[52] (Énfasis suplido).

El Perito también opinó sobre el impacto de la actuación de las enfermeras de apuntar la velocidad de infusión de los líquidos a 32 mililitros por hora, en vez de 83 mililitros por hora, según había ordenado el Internista a las 11:00 p.m. Sobre este particular, expresó que esto "tiene unas consecuencias totalmente negativas en el resultado del paciente porque la velocidad de infusión es muy por debajo de los requerimientos reales del paciente".[53]

En fin, **concluyó que la demora en la transfusión intravenosa de los líquidos fue lo que ocasionó que el shock dejara de estar compensado y se tornara en descompensado**,[54] manifestándose ya: (1) por la caída de la presión arterial, al comparar los parámetros de entrada, de las 8:40 p.m. y el de las 12:00 a.m.;[55] (2) el cambio en la conducta del Paciente; (3) y el resultado de la prueba de oximetría (arrojó un 74% de oxigenación cuando lo normal es entre 95-100%, **implicando que no le estaba llegando oxígeno a los tejidos, incluyendo al sistema nervioso central**).[56]

Además, ante la actitud intranquila, combativa, y de falta de cooperación que adoptó el Paciente, el Perito opinó que las enfermeras debieron sugerirle al médico que se activara el protocolo de prevención de caídas y se adoptaran medidas de restricción física.[57] En cuanto a la caída como tal, el Perito explicó que se debió "a una disminución de perfusión del sistema nervioso

---

[52] Págs. 132 y 153 de la Transcripción.
[53] Págs. 140-141 de la Transcripción.
[54] Págs. 172-173 de la Transcripción.
[55] Págs. 142-143 de la Transcripción.
[56] Pág. 13 del Apéndice y págs. 154-155 de la Transcripción.
[57] Págs. 157, 166 y 203-204 de la Transcripción.

central" que ocasiona que el Paciente pierda la conciencia y el tono muscular, facilitando la caída.[58]

En el contrainterrogatorio el Perito aceptó que las órdenes que dio la Dra. Monllor a las 5:25 p.m. no indicaban que tenían que tomarse al momento (stat).[59] Reconoció que la nota del Internista redactada a las 11:00 p.m. decía que el Paciente no se veía "acutely ill", que no tenía dolor abdominal, náuseas, fiebre y "redness".[60] Admitió que los resultados de la prueba de coagulación que se tomó a las 5:25 p.m. estaban "dentro de los límites normales" y que, comparando la presión arterial del Paciente a las 12:00 a.m. y a las 8:00 a.m., ésta había mejorado.[61] En cuanto a los resultados de la oximetría, aceptó que la prueba de saturometría de oxígeno no es tan precisa como la de gas arterial pero aclaró que "nos da una idea aproximada de la saturación, de la oxigenación del paciente".[62]

La prueba que desfiló de parte de los demandados consistió del testimonio de la Sra. Rosa Rosario ("la Técnica de Rayos X") y la Supervisora. La Técnica de Rayos X declaró que se le asignó tomarle una radiografía portátil al Paciente, por lo cual, se dirigió hacia la sala de emergencia, al cubículo 18.[63] Sobre lo que ocurrió al llegar al cubículo, dijo que "la enfermera trataba de tranquilizar al paciente. Él mostraba mucho... **él indicaba que tenía mucho dolor en la espalda, no se quería acostar, no quería seguir instrucciones. Estaba muy intranquilo.** La enfermera le pedía que se mantuviera acostado. Él se encontraba en la camilla con las barandas elevadas...".[64] (Énfasis suplido). La Técnica de Rayos X declaró que le dio instrucciones al Paciente de que la radiografía

---

[58] Págs. 161-162 y 169 de la Transcripción.
[59] Pág. 182 de la Transcripción.
[60] Pág. 184 de la Transcripción.
[61] Págs. 187 y 189-190 de la Transcripción.
[62] Págs. 194-195 de la Transcripción.
[63] Pág. 227 de la Transcripción.
[64] Pág. 228 de la Transcripción.

sólo podía tomarse con él acostado y explicó lo siguiente: "comienzo a acomodar la máquina, en ese mismo instante que estoy acomodando, enchufando la máquina, el paciente decide rápidamente sentarse en una silla que estaba ubicada al final de la camilla donde él está. Se sienta y rápidamente se cae de frente al suelo".[65]

Sin embargo, en el contrainterrogatorio, **la Técnico de Rayos X admitió que no asistió al paciente a que encontrara una posición más cómoda para poder tomarle la radiografía.**[66] Además, reconoció que estaba sola atendiendo al Paciente a pesar de que éste estaba intranquilo, combativo y no cooperaba.[67]

Por su parte, la Supervisora declaró que "ya para las 9:10 de la mañana el paciente comenzó a indicar que presentaba dificultad respiratoria y que tenía mucho dolor de espalda. El paciente estaba, ya en ese punto estaba intranquilo, estaba bastante combativo, no se dejaba ayudar".[68] Además, explicó que cuando iban a tomarle las muestras de gases arteriales el paciente no lo permitió, y que "**se trataba de sujetar pero él era un adulto grande, bastante pesado y fuerte**".[69] (Énfasis suplido). Por ello, el doctor ordenó que se le tomara una saturación que se hace poniendo "un clip en el dedo y el resultado depende de cuán tranquilo esté el paciente porque eso está en el dedo. Si se sale o si se mueve de lugar, el resultado no es confiable".[70] **Sin embargo, admitió que el resultado de 74% era bastante bajo.**[71]

En el contrainterrogatorio, la Supervisora aceptó que al recibir al Paciente no le tomó los signos vitales.[72] Por otro lado, cuando le preguntaron sobre la velocidad en que bajaba el suero

---

[65] Pág. 229-230 de la Transcripción.
[66] Pág. 234 de la Transcripción.
[67] Pág. 242 de la Transcripción.
[68] Págs. 250 y 253 de la Transcripción.
[69] Pág. 251 de la Transcripción.
[70] Pág. 252 de la Transcripción.
[71] Pág. 252 de la Transcripción.
[72] Pág. 255 de la Transcripción.

de Normal Salina, la Supervisora indicó que bajaba a 42 mililitros por hora y que **no verificó que esa fuera la indicación del médico con respecto a la administración de líquidos.**[73] Expresó que en algún momento entre las 7:00 a.m. y las 9:10 a.m. el paciente "estaba gritando que tenía dolor" y "que no podía respirar".[74]

Sometido el caso, el 15 de agosto de 2014, el Tribunal de Primera Instancia dictó sentencia declarando sin lugar la demanda, con especial imposición de costas. El Tribunal concluyó que la caída que sufrió el Paciente fue una situación imprevisible y por tanto inevitable.[75] Además, determinó que el personal paramédico no tenía la obligación legal de restringir al Paciente porque no estaba facultado para ello, ni habían razones objetivas para así hacerlo.[76] La sentencia en cuestión fue notificada el 21 de agosto de 2014.

Inconforme con dicha determinación, el lunes, 22 de septiembre de 2014, la Familia Calderón-Nieves presentó recurso de apelación ante nosotros. Plantean que el Tribunal de Primera Instancia erró en la apreciación de la prueba y al concluir que no hubo negligencia de parte del personal de enfermería y el Hospital.

II.

A. Requisitos de la reclamación por daños y perjuicios

Es norma conocida en nuestro ordenamiento civil que quien por acción u omisión cause daño a otro, mediando culpa o negligencia, viene obligado a reparar el daño causado. Art. 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141. Por lo tanto, para que prospere una reclamación por daños y perjuicios, será necesario demostrar lo siguiente: 1) que hubo un daño real; 2) que existe un nexo causal entre el daño y la acción u omisión de la otra parte; 3)

[73] Pág. 256-258 de la Transcripción.
[74] Pág. 262 de la Transcripción.
[75] Pág. 24 del Apéndice.
[76] Pág. 25 del Apéndice.

y que el acto u omisión fue culposo o negligente. *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 150 (2006); *Bonilla v. Chardón*, 118 DPR 599, 610 (1987).

El concepto de daño comprende "todo menoscabo material o moral causado contraviniendo una norma jurídica, que sufre una persona y del cual haya de responder otra". *López v. Porrata Doria*, *supra*, pág. 151. Por su parte, el elemento de culpa o negligencia "consiste en la omisión de aquella diligencia que exige la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar". Art. 1057 del Código Civil, 31 LPRA 3021. El grado de diligencia exigible es el que debe ejercer un buen padre de familia, o una persona prudente y razonable. *López v. Porrata Doria*, *supra*, pág. 151.

Respecto al concepto de la culpa, se ha señalado que "es la falta del debido cuidado, que a la vez consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o de la omisión de un acto, que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias". *Íd*; *Toro Aponte v. E.L.A.*, 142 DPR 464, 473 (1997). El deber de anticipar y prever los daños no abarca todo riesgo imaginable, sino aquél que la persona prudente y razonable hubiese anticipado. *López v. Porrata Doria*, *supra*, pág. 171.

Finalmente, en cuanto al requisito de relación causal, el estándar aplicable es el de causalidad adecuada, que se define como "la condición que ordinariamente produce el daño, según la experiencia general". *López v. Porrata Doria*, *supra*, pág. 152.

B. Responsabilidad de los hospitales y las enfermeras

Los hospitales pueden ser responsables, bajo ciertas condiciones, por los daños que sufran los pacientes que reciben tratamientos en sus facilidades. Ello, pues, el deber de cuidado hacia el paciente no sólo corresponde a su médico sino también al

hospital. *Núñez v. Cintrón*, 115 DPR 598, 605 (1984). Por virtud de la doctrina de responsabilidad vicaria, los hospitales son responsables "por los actos u omisiones negligentes de su personal médico o paramédico en el ámbito de sus funciones". *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, 184 DPR 281, 288 (2012). Además, los hospitales responden por: políticas institucionales que obstaculicen el cuidado de los pacientes; daños ocasionados por no tener disponible el equipo básico necesario para atender situaciones previsibles o por tenerlo en estado obsoleto o deficiente. *Íd.*

En lo pertinente a este caso, las enfermeras responderán por actos u omisiones cuando se determine que no ejercitaron un grado de cuidado razonable, equivalente al grado de cuidado ejercitado por otras enfermeras de la localidad o en localidades similares, para evitar causar daño innecesario al paciente. *Castro v. Municipio de Guánica*, 87 DPR 725, 728-29 (1963). Es su deber brindar a los pacientes el cuidado esmerado y responsable que éstos merecen. *Reyes v. Phoenix Assurance Co.*, 100 DPR 871, 881-82 (1972). Nuestro Tribunal Supremo ha advertido que las enfermeras que rinden servicios en los dispensarios u hospitales no deben atribuirse facultades de médicos ya que "su obligación hacia el paciente y con el médico es llamar la atención a éste de los síntomas o quejas de aquellos". *Íd.* Lo anterior responde a que frecuentemente la enfermera es el único medio de comunicación entre el médico y el paciente, y no es permisible que los pacientes queden exclusivamente a merced de la voluntad de las enfermeras. *Íd.*

Por último, es preciso recalcar que "en los hospitales del país las enfermeras y el resto del personal paramédico tienen el ineludible deber de realizar y llevar a cabo, con la premura requerida y a tono con las circunstancias particulares de cada

paciente, las órdenes médicas". *Núñez v. Cintrón*, *supra*, págs. 608-09.

C. Deferencia a determinación del Tribunal de Primera Instancia

Como norma general, al ejercer nuestra función revisora, le debemos gran respeto y deferencia a las determinaciones de hechos que hacen los foros de instancia, así como a su apreciación sobre la credibilidad de testigos y el valor de la prueba desfilada. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770-772 (2013); *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 776-777 (2011). Lo anterior responde a que los jueces de instancia están en mejor posición para evaluar la prueba ya que tienen la oportunidad de escuchar a los testigos mientras declaran y de observar su comportamiento. *Íd.*

Es preciso señalar que la norma de deferencia antes descrita no es absoluta y cuando un tribunal de instancia haya actuado mediando pasión, perjuicio o parcialidad, o cuando haya incurrido en error manifiesto, podremos intervenir con las determinaciones de hechos emitidas. *Íd.* Para determinar si el tribunal de instancia cometió un error o incurrió en la conducta antes descrita, debemos analizar la totalidad de la evidencia presentada. *Íd.* Será meritoria nuestra intervención "cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba". *Íd.*

En cuanto a la prueba pericial que desfiló ante el Tribunal de Primera Instancia, es norma conocida "que en lo referente a la evaluación y apreciación de la prueba médica pericial este Tribunal está en la misma posición que los tribunales de primera instancia." *Rodríguez Cancel v. A.E.E.*, 116 DPR 443, 450 (1985); *Cruz v. Centro Médico de P.R.*, 113 DPR 719 (1983). Ello significa que estamos facultados para adoptar nuestro propio criterio en cuanto a la apreciación y el valor probatorio de la evidencia pericial

pudiendo, incluso, descartarla aunque resulte técnicamente correcta. *González Hernández v. González Hernández*, *supra*.

III.

De entrada, tenemos que considerar si aquí hubo un daño real. Concluimos que la prueba desfilada demostró que el Paciente sufrió un daño real a consecuencia de la falta de debida atención, el incumplimiento de las órdenes médicas y la caída que ocurrió mientras éste se encontraba admitido en el Hospital y bajo el cuidado del personal que allí labora. En efecto, el Informe de Autopsia encontró que el Paciente había sufrido unas fracturas en la columna vertebral así como unas laceraciones en la región de la cara y la cabeza.[77] Además el Informe identificó dicho trauma cervical como una de las causas de muerte del Paciente.

Otro hallazgo significativo fue la abundante cantidad de material hemorrágico amorfo de color rojizo oscuro en todo el colon.[78] El sangrado gastrointestinal fue precisamente la condición que llevó al Paciente a la sala de emergencia y para lo cual los médicos prescribieron una serie de órdenes e instrucciones que, al ser incumplidas por las enfermeras, empeoraron la condición del Paciente, culminando en su muerte. Todo lo anterior demuestra que el Paciente sufrió un daño real.

Pasamos entonces a examinar si el Hospital y el personal que allí labora incurrieron en actos u omisiones culposas o negligentes. De la totalidad de la prueba presentada, se desprende claramente que el personal de enfermería incumplió con sus deberes para con el Paciente.

La Dra. Monllor había ordenado a que se administrara la dosis de Normal Salina a 100 ml/hr. A pesar de ello, la Supervisora admitió que en su nota de las 7:00 a.m. surge que los

---

[77] Págs. 180-185 del Apéndice.
[78] Págs. 180-185 del Apéndice.

líquidos bajaban a 42 ml/hr y que no verificó si esa había sido la orden dada por el médico a cargo.[79] Lo mismo sucedió con la orden de las 11:00 p.m. en la cual el Internista indicó que la infusión de los líquidos debía bajar a 83 mililitros por hora y las enfermeras no ajustaron la velocidad corriente para cumplir con la orden del médico. En cuanto a la orden de que se tomaran los signos vitales cada dos horas, las enfermeras omitieron tomarlos a las 2:00 a.m., 4:00 a.m., y 6:00 a.m.[80] Además, las enfermeras tomaron las órdenes del Internista a las 3:00 a.m., cuatro horas más tarde.[81]

Este descuido del personal de enfermería resultó en una modificación, en la práctica, de la orden médica escrita sobre la infusión de líquidos, sin motivo alguno ni autorización para ello. Como mencionamos anteriormente, el cumplimiento de las órdenes médicas no puede quedar a merced de los caprichos o deseos de las enfermeras. *Reyes v. Phoenix Assurance Co., supra.*

Por otro lado, cuando el Paciente, a las 7:00 p.m., le manifestó a la enfermera que, cada vez que iba al baño a evacuar, lo hacía con mucha sangre, ésta no informó oportunamente a los doctores a cargo sobre ello. Tampoco se informó el cambio significativo en el comportamiento del Paciente. En vez, la Supervisora se limitó a escribir sobre ello en su nota de progreso. Como es sabido, las enfermeras vienen obligadas a servir de medio de comunicación entre los médicos y los pacientes. *Íd.* Las enfermeras aquí incumplieron con dicho deber.

Así pues, la prueba demostró que el personal del Hospital fue negligente en el cuidado del Paciente. Corresponde ahora determinar si existe un nexo causal entre la negligencia del Hospital y los daños sufridos por el Paciente.

---

[79] Págs. 256-258 de la Transcripción.
[80] Pág. 155 del Apéndice.
[81] Pág. 10 del Apéndice.

Desde un principio, el Paciente acudió a la sala de emergencia porque tenía un sangrado rectal. Si bien es cierto que los doctores que se encargaron de él emitieron varias órdenes para tratar su condición, los incumplimientos y modificaciones que se hicieron a éstas no permitieron que el Paciente recuperara la cantidad de sangre que necesitaba. Recordemos que se trata de un Paciente de 73 años, que padecía de un número de condiciones previas, y a quien hacía unas semanas se le había realizado una colonoscopía.[82] Merece crédito la apreciación que hizo el Perito:

> En resumen este señor llegó a la sala de emergencia referido por su gastroenterólogo con un sangrado gastrointestinal bajo y eso surge de la enfermera de triage y de la Doctora Monllor Levante, y del mismo Doctor Rodríguez. No hay duda de que este señor tenía un sangrado activo y es activo y fue progresivo por el hecho de que los valores de la hemoglobina y hematocritos seriados fueron descendiendo progresivamente. Esto de entrada significaba un shock hipovolémico compensado con taquicardia y taquipnea que fue descompensándose **por el hecho de que no se administró de forma correcta el volumen y velocidad de infusión necesaria de soluciones para estabilizarlo provisionalmente en lo que se ordenaba la sangre y se administraba.** Definitivamente ya hacia las doce de la noche este señor presentó una presión arterial de 90/50 que es hipotensión y que marca la descompensación del shock y a lo largo de toda la madrugada, pues ya continúa sangrando hasta que tiene efectos en el sistema cardiovascular de colapso absoluto y entiendo que fue la causa, es decir, la pérdida de conciencia fue un síncope cardiogénico. Cardiogénico quiere decir que tiene origen en el sistema cardiovascular.[83] (Énfasis suplido).

Lo anterior es consistente con el hecho de que, a las 9:10 a.m., cuando el Paciente presentó problemas respiratorios, dolor y conducta combativa, se le tomaron saturaciones que reflejaron que su nivel de oxígeno en la sangre era de 74%.[84] Ahora bien, aunque la Supervisora indicó que el resultado de las saturaciones no era confiable porque el Paciente se estaba moviendo, no era prudente descartarlo del todo. Adviértase que los demandados no presentaron prueba que apoyara esta alegación y la propia

---

[82] Pág. 5 del Apéndice.
[83] Pág. 172 de la Transcripción.
[84] Págs. 164-166 del Apéndice.

enfermera admitió que el resultado de 74% era bajo.[85] Además, merece nuestra atención la declaración del Perito a los efectos de que, si bien la saturación no era equivalente y tan precisa como la prueba de gases arteriales, la primera nos daba una idea aproximada del nivel de oxígeno en la sangre.[86]

En este caso, a pesar de que los doctores dieron unas órdenes razonables para tratar la condición de sangrado del Paciente, particularmente en cuanto a la infusión de líquidos y la toma de signos vitales, las enfermeras no las ejecutaron, o las ejecutaron de forma equivocada, incumpliendo así con su deber de brindar la debida atención y cuidado al Paciente; tampoco alertaron a los médicos de los cambios que se fueron desarrollando en el Paciente. Dicha negligencia le ocasionó sufrimientos y angustias al Paciente quien, en sus últimos momentos, gritaba de dolor y no podía respirar.[87]

En cuanto a la caída que sufrió el Paciente, concluimos, considerando la totalidad de las circunstancias, que la misma era previsible y se pudo haber evitado con la debida diligencia del personal del Hospital. Desde las 7:00 a.m., la Supervisora había observado que el Paciente se notaba intranquilo.[88] Ya para las 9:10 a.m., el Paciente "se notaba ansioso y com[b]ativo, refiere tener dolor en la parte baja de la espalda, grita e intenta bajarse de la camilla por la parte de abajo pues ésta se encontraba con barandas elevadas".[89] Además, cuando la Técnico de Rayos X intervino para tomar la radiografía, estaba sola con el Paciente y éste le dijo que se iba a sentar en la silla pero, a pesar de ello, ésta

---

[85] Pág. 252 de la Transcripción.
[86] Págs. 194-195 de la Transcripción.
[87] Pág. 262 de la Transcripción.
[88] Pág. 11 del Apéndice.
[89] Págs. 164-166 del Apéndice.

no lo asistió para que encontrara una posición más cómoda que le permitiera hacerle la placa.[90]

Merece crédito la opinión del Perito de que las enfermeras debieron informar al médico sobre el cambio en el comportamiento del Paciente y activar el protocolo de prevención de caídas. Se trataba aquí de un Paciente cuya conducta, en repetidas ocasiones, se describió como intranquila, combativa y no cooperativa. Además la propia enfermera dijo que el Paciente era un adulto grande, pesado y fuerte, por lo cual sus intentos de sujetarlo fueron infructuosos.[91] Debido a las circunstancias antes descritas, concluimos que la caída que sufrió el Paciente era previsible y pudo haberse evitado si se hubiesen tomado medidas, adicionales a mantener las barandas elevadas, para restringir al paciente.[92]

Como se ha reseñado, la prueba demostró que la falta de diligencia del personal del Hospital, al no administrar el tratamiento ordenado por los médicos para la condición de sangrado del Paciente, no informar al personal médico sobre los signos del Paciente tomados a la medianoche, al no dar seguimiento durante la madrugada a los signos vitales de éste, y al no tomar medidas para evitar la previsible caída, probablemente tuvo como consecuencia la muerte del Paciente; es decir, que, con debida atención, el Paciente se pudo haber estabilizado.

En fin, luego de haber examinado detenidamente la prueba que desfiló en el juicio, concluimos que erró el foro apelado al descartar la prueba pericial como "inverosímil e increíble". Al

---

[90] Pág. 234 de la Transcripción.
[91] Pág. 251 de la Transcripción.
[92] Aunque el TPI concluye que el Hospital no estaba jurídicamente facultado para restringir al Paciente, no cita autoridad alguna en apoyo de dicha conclusión de derecho. Contrario a lo que sostiene el TPI, un hospital no solamente puede, sino que en ciertos casos tiene que, restringir a un paciente, si, por ejemplo, como ocurrió aquí, hay razón para pensar que el paciente no está en pleno uso de sus facultades y dicha acción es necesaria para evitar un daño sustancial e inminente a la salud de dicho paciente.

contrario, la prueba pericial, sobre cuya evaluación estamos en igual posición que el foro de primera instancia, nos mereció crédito, pues la misma, lejos de tener elemento alguno que la haga "inverosímil" o "increíble", es, en realidad, la más compatible con la prueba en su totalidad.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos, se revoca la sentencia emitida el 15 de agosto de 2014, se adjudica responsabilidad al Hospital, y se devuelve el caso para que el Tribunal de Primera Instancia determine la cuantía correspondiente de daños y para cualquier trámite ulterior compatible con lo aquí resuelto.

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

Lcda. Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones