

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN
PANEL I

MELISSA GALARZA PEÑA; IRIS
PEÑA CABRERA E ISIDORO
GALARZA ORTIZ

Apelantes

Vs.

DR. NICOLÁS CASELLAS
CASTILLO, SU ESPOSA SRA.
CASELLAS CASTILLO Y LA
SOCIEDAD LEGAL DE
GANANCIALES COMPUESTA
POR AMBOS; SINDICATO DE
ASEGURADORES PARA LA
SUSCRIPCIÓN CONJUNTA DE
SEGUROS DE
RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL HOSPITALARIA
("SIMED"); HOSPITAL PAVÍA
SANTURCE; DR. JOHN DOE,
SRA. DOE, Y LA SOCIEDAD
LEGAL DE GANANCIALES; DR.
FULANO DE TAL, SRA.
FULANITA DE TAL Y LA
SOCIEDAD LEGAL DE
GANANCIALES COMPUESTA
POR AMBOS; DR. JAMES ROE,
SRA. ROE Y LA SOCIEDAD
LEGAL DE GAANCIALES
COMPUESTA POR AMBOS;
DOCTORES DE NOMBRE
DESCONOCIDO A, B, C, Y D;
COMPAÑÍAS ASEGURADORAS
X, Y y Z

Apelados

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de San
Juan.

KLAN201401913

CONSOLIDADO

KLCE201401704

Civil Número:
K DP2013-0822

Sobre: Daños y
Perjuicios

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Fraticelli Torres, la Juez Ortiz Flores y el Juez Ramos Torres.

Ortiz Flores, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 19 de junio de 2015.

Comparece la parte apelante, Melissa Galarza Peña y otros, mediante un recurso en el que solicitan que revoquemos una sentencia dictada el 21 de octubre de 2014 y notificada el 24 de octubre de 2014 por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan. En la referida sentencia el foro primario declaró sin lugar la causa de acción que la parte

apelante presentó contra el doctor Casellas Castillo, entre otros, por alegada impericia médica y daños y perjuicios.

En síntesis, el recurso de la señora Galarza Peña se fundamenta en que erró el foro primario al concluir que el doctor Casellas Castillo obtuvo su consentimiento antes de inducirle o aumentarle el parto y que realizó todos los procedimientos conforme a las mejores prácticas de la obstetricia.

Posteriormente, la señora Galarza Peña presentó un recurso de *certiorari* para solicitar que revisemos la determinación del foro primario de conceder a la parte apelada las costas por concepto de sellos de radicación, de honorarios de perito, de transcripciones de deposiciones y de gastos de viaje. Debido a que ambos recursos se relacionan a la controversia de epígrafe e involucran a las mismas partes, ordenamos su consolidación.

Por los fundamentos que exponremos a continuación, resolvemos confirmar tanto la sentencia apelada como la resolución de concesión de costas.

I. RELACIÓN DE HECHOS Y SEÑALAMIENTOS DE ERRORES

La controversia que requiere nuestra atención comenzó con la demanda por impericia médica y daños y perjuicios que la apelante presentó el 3 de julio de 2013 contra el doctor Nicolás Casellas Castillo. En aquella ocasión, la apelante relató que el 10 de noviembre de 2011 acudió al Hospital Pavía Santurce por orden del doctor Casellas Castillo, quien le induciría el parto. En síntesis, alegó que el doctor Casellas incurrió en impericia médica al no informarle sobre las potenciales complicaciones del medicamento que utilizó para inducir el parto ni incluirla en el proceso de tomar decisiones en cuanto al tratamiento. Así, sostuvo que de haber sabido que la inducción de parto aumentaba la posibilidad de efectos maternos adversos, como los que en efecto ocurrieron, hubiera rechazado el proceso y hubiera continuado con el avance natural de su parto.

Luego de varios trámites procesales, el juicio en su fondo se celebró del 2 al 5 de septiembre de 2014. La parte apelante presentó el testimonio pericial del doctor José Juan Gorrín Peralta. Además, presentó el testimonio de la señora Melissa Galarza Peña, de la señora Iris E. Peña Cabrera y del doctor Nicolás Casellas Castillo. La parte demandada, por su parte, presentó como perito al doctor Francisco Luis Gaudier Vidal, más el testimonio del doctor Casellas Castillo.

Luego de examinar los testigos y la prueba documental que presentaron las partes, el Tribunal de Primera Instancia emitió las determinaciones de hechos que en adelante sintetizamos.

Al momento del juicio en su fondo, la señora Galarza Peña tenía 29 años, había completado un Bachillerato en Educación Preescolar y estaba desempleada. Sus padres, la señora Iris Esther Peña Cabrera y el señor Isidoro Galarza, también reclamaron daños por la alegada impericia médica.

El doctor Casellas concluyó sus estudios de medicina en el 1985. En el 1989 completó una especialidad en ginecología y obstetricia y hasta la fecha del juicio en su fondo mantenía tal práctica en el Hospital Pavía de Santurce. Es *Board Certified* en tal especialidad, lo que significa que posee una certificación que concede el Colegio Americano de Ginecólogos Obstetras a los médicos que se someten a exámenes para corroborar su conocimiento o especialidad.

La señora Galarza Peña estuvo embarazada por primera vez a los 16 años y fue atendida por el doctor Casellas. En aquella ocasión se presentó al hospital con contracciones a las 37 semanas y dio a luz a su primera hija. Así, en su segundo embarazo también recibió cuidado prenatal con el doctor Casellas, para lo que asistió a su oficina en doce ocasiones. Durante ese periodo la comunicación entre ambos fue buena. Tanto su condición de salud como la del bebé transcurrieron sin complicaciones.

De acuerdo al último periodo menstrual, la fecha de parto de la señora Galarza era el 21 de noviembre de 2011, mientras que el ultrasonido estimó que el parto ocurriría el 17 de noviembre de 2011. Así, el 8 de noviembre de 2011 la señora Galarza realizó su última visita prenatal al consultorio del doctor Casellas. El expediente médico refleja que en esa ocasión la señora Galarza comunicó al doctor Casellas que tenía muchas contracciones. También refleja que el galeno le realizó un examen pélvico en las últimas tres ocasiones en que la paciente visitó su consultorio. A pesar de ello, la señora Galarza no recuerda haber tenido contracciones. Asimismo, recordó un solo examen pélvico de los que constan en el récord médico.

De acuerdo al récord médico, en esa última visita prenatal la señora Galarza tenía muchas contracciones y reflejaba una dilatación ascendente a dos o tres centímetros más ochenta por ciento de borramiento del cuello, lo que representó cambios significativos en comparación a lo que percibió en la visita del 1ro de noviembre de 2011. En esa misma ocasión, el doctor Casellas hizo constar que en su primer embarazo la paciente había dado a luz entre la semana treinta y seis y la semana treinta y siete, por lo cual entendió y documentó que el segundo parto estaba por ocurrir. Por tal razón, determinó y anotó en el récord que en cuarenta y ocho horas examinaría a la paciente en el hospital, ya que entendía que el parto estaba por ocurrir y que era necesario monitorearla tanto a ella como al bebé

Ese mismo día, la señora Galarza Peña recibió de parte de las enfermeras del doctor Casellas el expediente prenatal que se utilizaría en la próxima evaluación. Aunque los recibió, la señora Galarza dijo que ni ella ni su compañero, señor Freddie Coca, examinaron o leyeron los documentos. Por otra parte, aseguró que no recibió ningún documento sobre consentimiento para procedimiento de parto o de cesárea.

Conforme a lo acordado, la señora Galarza asistió a la sala de partos del Hospital Pavía de Santurce el 10 de noviembre de 2011, a las

6:00 a.m. También asistieron el señor Freddie Coca y la señora Peña Cabrera, quienes acompañaron a la paciente hasta que esta tuvo que separarse para ser preparada por el personal de enfermería.

Luego de la llegada al hospital, la señora Galarza solo recuerda que le colocaron un monitor fetal y que las enfermeras estaban probando una máquina nueva que no funcionó. Además, recuerda que vio un programa de televisión que se transmite a las 9:00 a.m., que habló por teléfono con una tía y que no sentía molestia con las contracciones. Aparte de lo anterior, la señora Galarza no guarda ningún recuerdo de aquella mañana. Su próxima memoria se remonta al momento en que despertó en la unidad de cuidado intensivo.

La señora Peña Cabrera, por su parte, admitió que recuerda haber visto el mismo programa de televisión que su hija. Además, recordó que las enfermeras le explicaron el significado de las imágenes del monitor fetal a fines de que supieran interpretar cuándo sería necesario avisarles sobre algo que percibieran anormal. También recuerda que habló en dos ocasiones con el doctor Casellas y aunque no pudo precisar el contenido de la primera conversación, aseguró que en la segunda ocasión el galeno le informó que le realizaría una cesárea de emergencia a su hija.

Del récord médico se desprende que el 10 de noviembre de 2011, a las 7:30 a.m., la señora Galarza Peña fue colocada en el cuarto de parto con un monitor fetal y que a las 7:45 a.m. tenía de dos a tres centímetros de dilatación y ochenta por ciento de borramiento del cuello. Además, surge que se le tomaron varias muestras para laboratorios. En ese mismo expediente se hizo constar que la paciente quería dar a luz.

Entre las 7:30 a.m. y las 7:45 a.m., el doctor Casellas examinó el monitor fetal y encontró que la paciente tenía contracciones irregulares, que el bebé estaba bien y que tenía buena variabilidad en los latidos del corazón. Así, en las notas de progreso se documentó que a las 8:20 a.m. la paciente estaba apta para aumentación de parto, por lo que se le colocó media pastilla del medicamento *Citotec* o *Misoprostol*.

Dentro del periodo de cincuenta minutos que transcurrió entre las 7:30 a.m. y las 8:20 a.m., el personal de enfermería del hospital entregó a la señora Galarza un documento intitulado “Consentimiento Informado para Anestesia y Procedimiento Médico Quirúrgico”.¹ Aunque la apelante admitió haber firmado el documento, no recuerda cuándo ni cómo lo hizo. A pesar de ello, no surge del expediente médico que durante ese periodo a la señora Galarza Peña se le hubiera administrado alguna sedación o algún calmante. El documento al que hicimos referencia, fechado 10 de noviembre de 2011, incluye los siguientes datos:

1. Condición: Embarazo a Término
2. Procedimiento Propuesto: Parto Vaginal, episiotomía y/o cesaría(*sic*).
3. Alternativas: Observación
4. Beneficios: Sacar bebé
Riesgos: Sangrado, efectos secundarios o adversos a medicamentos
5. Condiciones no previstas
6. Consentimiento para Procedimiento

Además de los mencionados detalles, el documento indica que está diseñado para proveer una confirmación de un diálogo. Entre las 7:45 a.m. y las 8:20 a.m. el doctor Casellas dialogó con la señora Galarza Peña sobre tal documento y le explicó que como tenía treinta y nueve semanas, su embarazo estaba a término. Además, le informó que de lo que observó del monitor fetal y del examen pélvico, estaba apta para una aumentación de parto, lo que significa que se encontraba en la etapa inicial del parto y que con el uso de los medicamentos *Citotec* o *Misoprostol* podían mejorar las contracciones para que el parto transcurriera de la mejor manera. También se le explicó que en raras ocasiones estos medicamentos, al igual que otros que se utilizan a los mismos fines, podían producir más contracciones de lo deseado, en cuyo caso habría que intervenir mediante cesárea. Por tal razón, le advirtió que tenía la alternativa de mantenerse en observación o proceder con la optimización del parto mediante la aumentación. Como parte de esta última alternativa, el galeno consideró que en caso de que surgiera alguna complicación, ocurriría durante las horas en que tenía disponible

¹ Apéndice del recurso, pág. 83.

los recursos del hospital. El doctor Casellas no le informó tal consideración a la paciente porque se trataba de una determinación médica que no ameritaba predisponer a la paciente a pensamientos de temor.

La señora Galarza Peña aceptó la aumentación de parto, por lo que a las 8:20 a.m. se le colocó media pastilla del mencionado medicamento. El testimonio del doctor Casellas sobre el consentimiento de la señora Galarza no fue impugnado en ningún momento, por lo cual el Tribunal le confirió entera credibilidad.

A las 11:30 a.m. el doctor Casellas evaluó a la paciente y encontró que había expulsado la mitad de la pastilla utilizada para la aumentación a través del canal vaginal. A esa misma hora, el doctor observó que la señora Galarza tenía tres centímetros de dilatación y ochenta por ciento de borramiento del cuello, más continuaba con contracciones irregulares. A base de los hallazgos del examen, unidos al hecho de que la paciente estaba tranquila y no sufría dolor por las contracciones, el médico determinó mantenerla en observación.

A la 1:25 p.m. el doctor Casellas evaluó nuevamente a la paciente. En esa ocasión, encontró que tenía de dos a tres centímetros de dilatación, ochenta por ciento de borramiento del cuello y un poco de molestia. Así, determinó evaluarla dentro de una hora y en la eventualidad de que las contracciones continuaran irregulares, colocarle oxitocina o pitocina. A la 1:40 p.m., al observar que la paciente continuaba sufriendo contracciones irregulares, determinó colocarle los mencionados medicamentos mediante una bomba de infusión. Quedó documentado en el récord que a las 2:20 p.m. comenzó la administración de la oxitocina o pitocina y que el trazado del monitor fetal se encontraba excelente.

A las 4:32 p.m. el doctor Casellas documentó en su nota de progreso que a las 3:00 p.m. el monitor fetal mostró evidencia de bradicardia o deceleraciones en el ritmo cardíaco del bebé. Indicó, además, que la bradicardia surgió de forma súbita luego de que el monitor

fetal reflejara un trazado normal. Ante tal cuadro de complicaciones, fue necesario colocar a la paciente en su costado izquierdo, hidratarla mediante administración de oxígeno y administrarle un medicamento llamado *Brethine*. Como la bradicardia persistió, el doctor Casellas decidió hacer una cesárea de emergencia con la asistencia de un neonatólogo. La cesárea transcurrió sin complicaciones y la bebé nació en perfecto estado.

Luego de la cesárea, a la 5:00 p.m. la señora Galarza Peña fue trasladada al cuarto de recuperación con un sangrado vaginal descrito como moderado. A las 5:45 p.m. fue descrito como severo, por lo que se le notificó al doctor Casellas. Así, el doctor ordenó la administración de medicamentos para detener el sangrado, pero no surtieron efecto. Por tal razón, el doctor Casellas explicó a la señora Peña Cabrera sobre el cuadro clínico de su hija y ella autorizó la intervención quirúrgica a fines de resolver el problema de sangrado que no fue resuelto por los medicamentos.

A las 6:55 p.m. la señora Galarza Peña fue trasladada a la sala de operaciones, donde el doctor Casellas la intervino quirúrgicamente y encontró que sufría de atonía uterina, que es como se conoce a la condición posparto en la cual el útero no se contrae. Por razón de dicha falla en el útero, los vasos sanguíneos no sellan, lo que provoca sangrado. Ante tal cuadro clínico, el doctor Casellas decidió remover el útero de la paciente.

Luego de la intervención para remover el útero, la herida comenzó a secretar líquido sanguinolento, por lo que la señora Galarza Peña fue sometida a otra intervención quirúrgica. En esa segunda intervención no se observó más sangrado, por lo que la herida fue cerrada y la señora Galarza Peña fue transferida a la unidad de cuidado intensivo. Posteriormente, la paciente sufrió otras complicaciones tales como un fallo renal que requirió once días de diálisis y un fallo respiratorio que requirió ventilación mecánica, más un tubo de pecho. El equipo de

especialistas que estuvo a cargo de la señora Galarza Peña incluyó una anesthesióloga, un intensivista, un nefrólogo, un neumólogo, un cardiólogo, un cirujano cardiorácico, un hematólogo, un infectólogo y otros médicos del hospital para el seguimiento y atención correspondiente. El doctor Casellas también dio seguimiento a la salud de su paciente.

Mientras estaba en la unidad de cuidado intensivo, la señora Galarza Peña recuperó su conocimiento. Posteriormente continuó hospitalizada y requirió asistencia para caminar, para bañarse y para comer. También experimentó sentimientos de tristeza porque extrañaba a sus hijas, en especial a la recién nacida. Su madre, la señora Peña Cabrera, fue a visitarla diariamente mientras se encontraba en cuidado intensivo y se encargó de cuidarla cuando salió de allí. Asimismo, fue la señora Peña Cabrera la que se encargó del cuidado de la recién nacida, que fue dada de alta el 13 de noviembre de 2011.

El doctor Casellas recuerda muy bien el caso debido a que la señora Galarza Peña fue una paciente especial en la medida en que sobrevivió la complicación inusual que se presentó posterior a la cesárea. La señora Galarza Peña recibió el alta el 28 de noviembre de 2014 junto a instrucciones de seguimiento con el doctor Casellas, el nefrólogo, el neumatólogo y el hematólogo. Conforme a tales instrucciones, la paciente visitó una hematóloga en varias ocasiones para consultarle los resultados de las pruebas de coagulación de sangre. Igualmente, visitó en varias ocasiones al nefrólogo y al neumatólogo. Todos estos doctores la encontraron en buen estado de salud. Así, en mayo de 2012 se sentía muy bien de salud, excepto que en algunas ocasiones experimentaba pequeñas punzadas en el área de la vagina.

El doctor Gorrín Peralta, que sirvió como perito de la señora Galarza Peña, completó sus estudios de ginecología y obstetricia en la escuela de medicina de la Universidad de Puerto Rico, más posee una subespecialidad de la misma institución. Además, posee una maestría en salud de la madre y los niños. En los años siguientes, el doctor Gorrín

practicó activamente la ginecología obstetricia. Así fue hasta que entre el 1992 y el 1993 decidió enfocarse en el campo de la salud pública. Según se desprende de su Curriculum Vitae y de su testimonio, posee veinte años de experiencia como profesor en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Además, se ha dedicado a la promoción de la lactancia y de la reducción de cesáreas en Puerto Rico. Al momento del juicio en su fondo, el doctor Gorrín Peralta no tenía práctica de ginecología obstetricia. Asimismo, admitió que en los años en que practicó tal disciplina, nunca utilizó *Citotec* o *Misoprostol*, utilizado para inducir el parto, ya que para entonces no se utilizaba dicho medicamento con ese propósito.

Por otra parte, la parte apelada presentó al doctor Francisco L. Gaudier como perito en ginecología obstetricia, especialidad a la que se dedica. Además, el doctor Gaudier posee una subespecialidad en perinatología de la Universidad de Alabama. Estudió medicina en Ponce y realizó su especialidad en ginecología obstetricia en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Al culminar su especialidad, trabajó como instructor en ginecología obstetricia en Ponce y en Caguas.

Durante el transcurso de sus estudios, el doctor Gaudier realizó múltiples investigaciones y participó en la autoría de artículos relacionados a ginecología obstetricia y a perinatología. Como parte de las investigaciones y de los artículos que trabajó, estudió el uso del *Citotec* o *Misoprostol* para la inducción o para la aumentación de partos, así como otros temas relacionados al proceso de inducción. Al igual que el doctor Gorrín, el doctor Gaudier ha ocupado posiciones en la academia, más ha dirigido departamentos de ginecología y obstetricia tales como el de la Clínica Mayo en Jacksonville, Florida.

Ambos peritos utilizaron el récord médico de la señora Galarza Peña para emitir sus opiniones expertas sobre el caso. Para ello utilizaron tanto el récord de la oficina del doctor Casellas, como el récord del

Hospital Pavía. Aunque ambos revisaron los expedientes en su totalidad, el doctor Gorrín Peralta admitió que a la hora de emitir juicio sobre el consentimiento informado, no tomó en cuenta los siguientes datos que constaban en el récord médico de la paciente:

- a. Los cambios que demostró la paciente en la última visita prenatal, tales como en contracciones, dilatación y borramiento del cuello, lo que no había ocurrido en la visita previa.
- b. Que la paciente dio a luz a la semana 37 de su primer embarazo.
- c. Que al llegar al hospital el 10 de noviembre de 2011, la paciente no tenía órdenes para que le indujeran el parto o para que se le administrara *Citotec* o *Misoprostol*.
- d. Que transcurrieron cincuenta minutos desde el momento en que se le colocó a la paciente el monitor cardiaco hasta el momento en que se le administró *Citotec* o *Misoprostol*.

La literatura médica del *American College of Obstetricians and Gynecologist* (en adelante ACOG), establece el estándar de la mejor práctica de la medicina en el campo de la ginecología obstetricia, pero es la más conservadora en ese campo y no es la única. El doctor Gorrín admitió que en ocasiones no está de acuerdo con sus estándares, mientras que el doctor Gaudier añadió que la ACOG se tarda en adoptar ciertas prácticas que otras autoridades han utilizado por años. La ACOG, mediante Opinión de Comité número 439 de agosto de 2009, estableció que el consentimiento informado, además de presuponer un diálogo entre el paciente y el doctor, tiene dos conceptos éticos principales: la comprensión y el libre consentimiento. La comprensión incluye el conocimiento y el entendimiento del paciente sobre su situación y sus posibilidades. El libre consentimiento es incompatible con ser coaccionado o forzado. La forma adecuada de la divulgación, según la ACOG, dependerá de varios criterios: (i) las prácticas más comunes de la profesión médica; las necesidades razonables y expectativas de un individuo y (iii) las necesidades únicas de un individuo que se enfrenta con esa mismas decisión.

Otro texto que fue aceptado por los peritos como una autoridad en el campo de la ginecología obstetricia fue el *Williams*, edición 23. Tal texto

reconoce que la inducción de parto incrementa el riesgo de resultados adversos para la madre maternas, tales como cesáreas y atonías uterinas, por lo que no se justifica su utilización como procedimiento efectivo rutinario en embarazos a término. Sin embargo, el foro primario determinó que tales aseveraciones no son de aplicación a la controversia de autos debido a que la señora Galarza Peña fue sometida a una aumentación de parto y no a una inducción.

La aumentación de parto se define como el proceso bajo el cual se optimiza el proceso de parto mediante distintos mecanismos que producen contracciones más regulares y fuertes. En este caso, el Tribunal de Primera Instancia concluyó que al momento en que se le administró media pastilla de *Citotec*, la señora Galarza Peña ya se encontraba en la etapa latente del parto. Así, estimó significativo que la paciente tenía de dos a tres centímetros de dilatación, ochenta por ciento de borramiento del cuello y contracciones irregulares.

Ambos peritos estuvieron de acuerdo en que el *Bishop Score* es una escala que se utiliza en la ginecología obstetricia para determinar las posibilidades de que una paciente pueda dar a la luz vaginal por medio de una inducción o aumentación. Dicha escala asigna puntos de acuerdo a la dilatación del cuello, al borramiento del cuello, a la estación fetal, a la consistencia del cuello y a la posición fetal. El texto *Williams* indica que las pacientes que tengan una puntuación mayor de nueve en la escala del *Bishop Score*, **como ambos peritos estimaron en el caso de la señora Galarza Peña**, tienen una alta probabilidad de tener una inducción favorable. También señala que muchos médicos consideran como un panorama favorable el que la paciente tenga dos centímetros de dilatación, ochenta por ciento de borramiento del cuello, suavidad en el cuello, colocación correcta y -1 en estación. Así, **el foro de primera instancia concluyó que aunque lo dicho anteriormente se refiere a la inducción de parto, es pertinente porque concuerda con las características de la señora Galarza Peña.**

Además, recalca que **la diferencia entre inducción y aumentación es que este último procedimiento ocurre cuando la paciente ya empezó a tener contracciones en conjunto con los demás hallazgos.**

La literatura médica ofrecida y aceptada por ambos peritos como autoridades en la materia establece que una paciente que tiene un *Bishop Score* de ocho o más tiene las mismas posibilidades de dar a luz mediante una inducción o aumentación de parto que aquellas que tienen un parto espontáneo. Conforme al texto de *Creasy and Resnik's, Maternal-Fetal Medicine (Principles and Practice)*, 6ta Edición (2009), las estadísticas demuestran que la incidencia de cesáreas en pacientes sometidas a inducciones electivas está asociado con casos de baja puntuación en la escala de *Bishop Score*, de cuellos desfavorables o de mujeres en su primer embarazo.

El doctor Gaudier estableció que la inducción de parto tiene una incidencia de hasta 50% en algunas instituciones reconocidas en Estados Unidos, tales como en la Universidad de Alabama. Además, estableció que si la paciente está a término y tiene un cuello favorable, la inducción de parto no es una violación de los estándares reconocidos en el campo de la ginecología obstetricia.

Un embarazo se considera a término cuando la paciente alcanza las 39 semanas de gestación. La mejor evidencia para fijar o establecer la fecha de parto es un sonograma obstétrico temprano o en el primer trimestre de la paciente. Los sonogramas obstétricos que se le realizaron a la señora Galarza Peña durante su primer trimestre de embarazo, establecieron su fecha de parto para el 16 de noviembre. Con esta información se puede concluir que la señora Galarza Peña estaba en su semana 39 de gestación al momento en que se le realizó la aumentación de parto, lo que significa que estaba a término.

El *Citotec* o *Misoprostol* es un medicamento que fue aprobado inicialmente por el Food and Drug Administration (FDA) para tratar úlceras pépticas, hasta que en el 2002 el FDA aprobó su uso para romper fuente

o inducir partos. Aunque la ACOG establece que la dosis de tal medicamento debe ser de 25 mcg, el Tribunal examinó varias fuentes aceptadas por los peritos como autoridades en la materia que establecen como estándar la dosis de 50 mcg, que fue la que el doctor Casellas utilizó en este caso. Dichas fuentes, además, establecen que la mencionada dosis es la utilizada con más frecuencia.

El medicamento *Misoprostol* tiene un periodo de activación de veinte minutos contados a partir de su administración vaginal. Su periodo de duración es de cuatro horas. Es conocido que la absorción vaginal de dicho medicamento es inconsistente. En este caso, el medicamento se administró a las 8:20 a.m., por lo el Tribunal entendió que no pudo ser la causa de las deceleraciones del bebé ocurridas cerca de las 3:00 p.m.

El *Green Journal*, publicación aceptada por los peritos como literatura médica que establece el estándar de la mejor práctica de la medicina en el campo de la ginecología obstetricia, indica que la oxitocina o pitocina utilizada para inducir o aumentar el parto no guarda relación con los incrementos en las estadísticas de hemorragias posparto o atonías uterinas. Así, el Tribunal concluyó que el hecho de que a eso de la 1:40 p.m. el doctor Casellas administrara a la paciente una dosis baja de oxitocina o pitocina, no explica las deceleraciones fetales que registró el monitor cardiaco luego de las 3:00 p.m. Más aún, entendió que de haber guardado relación, se hubiesen registrado las deceleraciones minutos después de que la administración del medicamento. Así, concluyó que las deceleraciones súbitas pudieron haber surgido porque el cordón umbilical estaba pinchado.

Las hemorragias posparto ocurren en cuatro a seis por ciento de los embarazos y en el ochenta por ciento de los casos se debe a atonía uterina. Sin embargo, el noventa y cinco por ciento de las atonías uterinas se resuelven mediante uso de medicamentos. La atonía uterina que sufrió la señora Galarza Peña está dentro del cinco por ciento que no se resuelve mediante medicamentos. En el universo de hemorragias

posparto, la hemorragia de la señora Galarza representa una incidencia de 0.5%, lo que la hace una complicación de bien baja ocurrencia.

Luego de establecer el cuadro fáctico que ya resumimos, el foro primario concluyó que al examinar el consentimiento informado, los peritos solo examinaron el expediente médico y el formulario de consentimiento, pero desconocían las posturas de las partes y el contexto en el que la paciente consintió al tratamiento. Relacionado a ello, estimó significativo los cambios que la paciente reflejó entre la visita del 1 de noviembre y la última visita, que tuvo lugar el 8 de noviembre de 2011. Los últimos hallazgos y observaciones del doctor Casellas indicaban que el galeno estaba correcto al sospechar que la paciente estaba por parir.

Sobre la prueba pericial, el Tribunal concluyó que el doctor Gorrín Peralta obvió cierta información que constaba en los expedientes médicos. Por esa razón, su informe pericial no tomó en cuenta que el doctor Casellas nunca citó a la paciente para inducirle el parto, sino que le ordenó acudir el 10 de noviembre de 2011 para colocarle un monitor fetal y tomarle muestras de laboratorio. Tal y como surge de su récord, la señora Galarza estuvo monitoreada desde las 7:30 a.m. hasta las 8:20 antes de que se le administraran los medicamentos para aumentar su parto. Debido a que el doctor Gorrín ignoró tales datos, el Tribunal le restó credibilidad a su testimonio. Esto, unido al hecho de que la señora Galarza no tenía recuerdos sobre lo acontecido en las últimas visitas ni sobre el momento en que firmó el formulario de consentimiento, llevó al Tribunal a concluir que la evidencia del doctor Casellas sobre el consentimiento informado no fue impugnada. Así, el Tribunal le confirió credibilidad al testimonio del doctor Casellas relativo a que hubo un consentimiento informado luego de que le informara a la paciente (i) que estaba apta para una aumentación del parto, (ii) que utilizaría unos medicamentos para tal tratamiento, (iii) que los medicamentos podrían provocarle contracciones de forma anormal y (iv) que por esa razón, existía la posibilidad de intervenir mediante cesárea.

En cuanto al resto de las alegaciones de impericia médica, el Tribunal concluyó que el doctor Casellas administró la dosis correcta de *Citotec* o *Misoprostol*, que a la vez es el medicamento indicado para inducir o aumentar el parto. Además, establecido que el medicamento se administró a las 8:20 y que su efecto se extiende por cuatro horas, el Tribunal declaró que su uso no guardó relación a las deceleraciones que sufrió la bebé luego de las 3:00 p.m.

Aunque el texto *Williams* reconoce que la inducción de parto incrementa el riesgo de resultados adversos para la madre, tales como cesáreas y atonías uterinas, el foro primario determinó que tales aseveraciones no son de aplicación a la controversia de autos debido a que la señora Galarza Peña fue sometida a una aumentación de parto y no a una inducción. Además, al examinar la literatura médica, el juzgador de hechos estimó que el sangrado posparto que sufrió la señora Galarza Peña es un evento sumamente inusual y que no está relacionado a la administración de pitocina. Por todo lo dicho, el Tribunal concluyó que el tratamiento que le otorgó el doctor Casellas a la señora Galarza, no constituyó una desviación del estándar de la mejor práctica de la medicina. Al así concluir, recalcó que el doctor Casellas supo manejar la salud de su paciente y salvarle la vida a pesar de lo inusual de la complicación.

Inconforme con la sentencia del foro primario, la señora Galarza Peña acudió ante este foro revisor mediante un recurso de apelación en el que señala los siguientes errores:

Erró el TPI al concluir que el Dr. Nicolás Casellas Castillo tomó el consentimiento de la Sra. Melissa Galarza Peña para llevar a cabo un procedimiento de inducción o de aumentación de parto.

El TPI se equivocó al determinar y concluir que en el presente caso estamos ante una aumentación de parto indicada bajo los estándares aplicables de la práctica de la obstetricia.

Erró el TPI al concluir que el Dr. Casellas Castillo no violó los estándares de la práctica de la obstetricia al utilizar una dosis de 50 mcg de Misoprostol.

Asimismo, mediante recurso de *certiorari*, la señora Galarza Peña apela de la concesión de costas por concepto de sellos de radicación, de honorarios de perito, de transcripciones de deposiciones y de gastos de viaje. En tal recurso, expone como único señalamiento de error lo siguiente:

El TPI incurrió en error al conceder costas por concepto de sellos de radicación, honorarios de perito, transcripciones de deposiciones y gastos de viaje.

II. DERECHO APLICABLE

A. Responsabilidad civil en casos de Impericia Médica

El Tribunal Supremo ha pronunciado en diversas ocasiones que, en nuestra jurisdicción, la responsabilidad civil extracontractual en los casos de impericia médica tiene como base jurídica el Artículo 1802 del Código Civil, 31 L.P.R.A. sec. 5141. *Soto Cabral v. E.L.A.*, 138 D.P.R. 298, 308 (1995). Al interpretar dicho artículo, nuestro más alto foro ha establecido que la persona que por acción u omisión cause daño a otro por su culpa o negligencia, estará obligada a reparar el daño causado, siempre que concurren tres elementos básicos: 1) la presencia de un daño en el demandante; 2) que el daño haya surgido a raíz de un acto u omisión culposa o negligente del demandado y 3) que exista un nexo causal entre el daño sufrido y dicho acto u omisión. *López v. Porrata Doria*, 169 D.P.R. 135, 150-151 (2006).

Así, el promovente de una acción en daños y perjuicios tiene que establecer la existencia de un daño real y positivo causado mediante culpa o negligencia y probar que hubo una relación o nexo causal entre la acción u omisión culposa o negligente y el daño. *Colón Santos v. Coop. Seg. Mult. P.R.*, 173 D.P.R. 170, 177 (2008).

Debemos destacar que en nuestro ordenamiento jurídico rige la teoría de causalidad adecuada para determinar la responsabilidad por los daños bajo el citado Artículo 1802. Según dicha doctrina, no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino

aquella que ordinariamente lo produce según la experiencia general. *Santiago v. Sup. Grande*, 166 D.P.R. 796, 808 (2006). Es por ello que no se responde por acontecimientos que no son razonablemente previsibles.

La negligencia por impericia médica tiene cuatro vertientes o posibles escenarios: (1) negligencia en el diagnóstico, (2) negligencia en el tratamiento, (3) negligencia por no referir a un especialista y (4) negligencia por no obtener el consentimiento informado del paciente antes de la intervención. En una acción de daños y perjuicios por impericia médica en la que se alegue error en el tratamiento, como en el caso de autos, el demandante tiene que demostrar, en primer lugar, cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas. Segundo, deberá probar que el demandado incumplió con dichas normas en el tratamiento del paciente. Por último, el demandante tendrá que establecer que el incumplimiento del demandado fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Arrieta v. De la Vega*, 165 D.P.R. 538, 549 (2005).

En torno al parámetro de diligencia que deben observar los profesionales de la salud, el Tribunal Supremo ha establecido que éstos están obligados a seguir las normas mínimas de cuidado, conocimiento y destrezas del “profesional razonable”. Ahora bien, el contenido de esta obligación queda delimitado conforme al estado de conocimiento y práctica prevalecientes, que satisface las exigencias generalmente reconocidas por la referida profesión, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza. Así, a tenor con la norma mínima de cuidado médico exigible, nuestro ordenamiento jurídico requiere que el médico brinde a sus pacientes aquella atención médica que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevaleciente de la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la propia profesión médica. *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 549.

Como norma general, se requerirá prueba pericial para establecer lo que constituye o no constituye una práctica profesional adecuada, así como los requisitos de cuidado y conocimiento científico aceptados en la profesión médica para el tratamiento de los pacientes. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 D.P.R. 816, 828-829 (1987). Así será, excepto si la falta de cuidado es tan evidente que permite inferir la negligencia. *Quiñones v. Duarte Mendoza*, 112 DPR 223, 225 (1982).

Una vez demostrado cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a la controversia en cuestión, el demandante deberá probar que el demandado incumplió con dichas normas en el tratamiento del paciente y que ello fue la causa de la lesión sufrida. *Soc. de Gananciales v. Géigel*, 145 D.P.R. 663, 673 (1998). Así, nuestro ordenamiento jurídico obliga al médico a responder por los daños y perjuicios causados tan sólo cuando actúa de forma negligente o descuidada o cuando carece de la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Ríos Ruiz v. Mark, supra*, pág. 820.

Establecidos los elementos de la causa de acción de daños y perjuicios, el médico responde a menos que pueda establecer una de las defensas que son eximentes de responsabilidad. A tales fines, deberá demostrar que cometió un error de juicio o que existe divergencia de opiniones en la comunidad médica sobre cómo tratar una condición. *Morales v. Hospital Matilde Brenes*, 102 D.P.R. 188, 194 (1974); *Pérez Torres v. Bladuell Ramos*, 120 D.P.R. 295, 302 (1988).

Al momento de evaluar la actuación de un médico, debemos recordar que a estos y a otros profesionales de la salud se les reconoce una amplia discreción profesional en su trabajo. Es por ello que existe una presunción de que un profesional de la salud ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 549. Por tal razón, corresponde a la parte demandante controvertir esta presunción mediante prueba suficiente. *Id.*

Sin embargo, no es necesario establecer este hecho con precisión matemática, ni eliminar toda otra posible causa del daño. *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*, 137 D.P.R. 735, 759-760 (1994).

Conforme a lo anterior, el médico no incurre en responsabilidad civil si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando pueda ser erróneo, está enmarcado dentro de los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica. *Pérez Torres v. Bladuell Ramos, supra*. Es decir, no incurre en responsabilidad profesional, el médico que, ante las circunstancias particulares del caso ante sí, utiliza su buen juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación del sector médico.

A base de un enfoque justo y realista, se admite que en la profesión médica puede haber errores razonables de juicio. *Morales v. Hospital Matilde Brenes, supra*. El criterio de razonabilidad supone, sin embargo, que el médico efectúe todos los exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico correcto. *Id.*

B. Consentimiento informado

Como corolario del derecho constitucional de todas las personas a decidir libremente sobre su cuerpo, los Tribunales han reconocido en reiteradas ocasiones que se requerirá el consentimiento informado del paciente previo a cualquier tratamiento e intervención quirúrgica. *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, supra*, pág. 742. “Ese consentimiento, sin embargo, tiene que ser informado o ilustrado. Es decir, se le impone al médico la obligación de ofrecer a su paciente todos aquellos datos que sean necesarios para que este comprenda la naturaleza del tratamiento, sus riesgos y complicaciones y los beneficios que se esperan de este.” *Martínez Marrero v. González Droz*, 180 D.P.R. 579, 593 (2011).

Así, para que se entienda que el paciente brindó su consentimiento de manera informada, se requerirá que el doctor haya suministrado suficiente información sobre la naturaleza del tratamiento o intervención, los beneficios, los riesgos y las posibles complicaciones. Sin embargo, tal

requisito no supone que los médicos estén obligados a dar a sus pacientes un curso completo de medicina. *Ríos Ruiz v. Mark, supra*, a la pág. 828 (1987).

En ocasión de precisar el tipo de información que un médico debe brindar a sus pacientes, en *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, supra*, el Tribunal Supremo expresó lo siguiente:

El médico tiene la obligación de divulgarle al paciente los riesgos **razonablemente previsibles**, así como los beneficios de tratamientos y procedimientos invasivos del cuerpo humano y de las alternativas disponibles. También debe informar al paciente sobre los riesgos probables relacionados a no tratarse la condición.

Sin embargo, **el médico no es responsable por no divulgar riesgos que razonablemente no pueda prever o por no informar de alguna secuela inesperada que surja durante la cirugía**. En general, el médico debe divulgar aquella información que él razonablemente crea o deba saber que genere un riesgo. Ello no significa que deba comunicar aquellos riesgos de los cuales un paciente promedio estaría advertido o sobre aquellos que el paciente particular haya descubierto por haber sido sometido a un tratamiento similar en el pasado. (citas omitidas). (Énfasis nuestro.) *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, supra*, a la pág. 751.

Cuando sea necesario determinar la suficiencia de la información a fines de auscultar si medió consentimiento informado de parte del paciente, el criterio que regirá los tribunales no será el del paciente razonable, sino el del profesional de la medicina. *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, supra*, a las págs. 752-753. Por ello, se les impone a los médicos el deber de informar sobre aquellos riesgos que ha establecido la práctica prevaleciente de la medicina. *Id.*, a la pág. 753. Conforme a tal criterio, nunca se le requerirá al médico que informe al paciente sobre riesgos remotos, que hayan ocurrido en muy pocas ocasiones o que se consideren hipotéticos. *Id.*

Aun cuando se determine que el médico faltó al deber jurídico de adquirir el consentimiento informado de su paciente, será necesario probar (i) que el paciente sufrió un daño (ii) que fue causado por el incumplimiento del galeno de su deber de informar. *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, supra*, a la pág. 755.

C. Estándar de revisión apelativa

Es norma firmemente establecida en nuestro ordenamiento jurídico que al evaluar las determinaciones de hechos que un tribunal inferior hiciera sobre impericia médica, si están fundamentadas en la prueba pericial y documental ofrecida, este tribunal está en igual posición de evaluarlas y hacer sus propias conclusiones. *Rodríguez Cancel vs. A.E.E.*, 116 D.P.R. 443, 450 (1985). Por tal razón, los tribunales apelativos pueden adoptar su propio criterio en cuanto al valor probatorio de ese tipo de evidencia. Así, los foros judiciales pueden acoger su propio criterio en la valoración y evaluación de ésta, “y hasta descartarla aunque resulte técnicamente correcta”. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 D.P.R. 658, 662-663 (2000).

En términos generales, el valor probatorio del testimonio pericial depende de varios factores, entre los cuales se destacan los siguientes: (1) las cualificaciones del perito; (2) la solidez de las bases de su testimonio; (3) la confiabilidad de la ciencia o técnica subyacente; y (4) la parcialidad del perito. E.L. Chiesa, *Tratado de Derecho Probatorio*, Publicaciones J.T.S., Tomo I, 1998, pág. 593. A esos efectos, se reconoce que “la mayor o menor competencia del perito sea irrelevante para apreciar su valor probatorio”. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, *supra*, en las págs. 663-664. Sin embargo, la especialización de un perito en un área determinada es decisiva en lo que respecta al valor probatorio que el juzgador de los hechos le adjudicará a su testimonio. Chiesa, *op. cit.*, pág. 594. Es por ello que la falta de especialidad incide sobre el peso de la prueba, más no en la cualificación de un testigo como perito. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, *supra*, pág. 664. Por tanto, “aunque un generalista y un especialista cualifiquen ambos como peritos bajo la Regla 53 de Evidencia, *supra*, el especialista está en mejor posición respecto al valor probatorio de su opinión, pero ello no es factor determinante para la evaluación del testimonio pericial.” *Id.*, pág. 665.

En cambio, se impone la doctrina de deferencia en cuanto a las determinaciones de hechos que están basadas en prueba testifical vertida en juicio. Ésta exige que un tribunal apelativo no intervenga con las determinaciones de hechos ni con la adjudicación de credibilidad que hizo el juzgador de los hechos a nivel de primera instancia, salvo que haya mediado pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto en la apreciación de la prueba. *Belk v. Martínez*, 146 D.P.R. 215, 232 (1998). Esta deferencia obedece a que es el foro primario quien está en mejor posición de aquilatar la prueba testifical, toda vez que tuvo la oportunidad de escuchar y observar a los testigos. En otras palabras, las determinaciones de hechos y la adjudicación de credibilidad del tribunal de instancia merecen gran deferencia.

D. Costas, gastos y honorarios de abogado

El inciso (a) de la Regla 44.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 44.1 (a), establece que las costas serán concedidas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito o se dicte sentencia en apelación o revisión, salvo en los casos en que se disponga otra cosa. La regla antes citada también dispone que se consideraran como costas “los gastos incurridos necesariamente en la tramitación de un pleito o procedimiento que la ley ordena o que el tribunal, en su discreción, estima que una parte litigante debe reembolsar a otra”. 32 L.P.R.A. Ap. V, R. 44.1 (a).

El Tribunal de Primera Instancia goza de gran discreción a la hora de conceder y determinar el monto de las costas que la parte perdedora deberá pagar a la parte que resultó victoriosa en un litigio. Dicha determinación merecerá la deferencia de los foros apelativos, siempre y cuando esté dentro de los parámetros establecidos por las Reglas de Procedimiento Civil y la jurisprudencia. *J.T.P Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, 130 D.P.R. 456 (1992)

La imposición de costas “tiene el propósito de resarcir a la parte victoriosa los gastos necesarios y razonables en que incurrió durante el litigio.” *J.T.P Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, *supra*, pág. 460 que cita

a *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, 88 DPR 245, 253 (1963). Sin embargo, las costas “**no son todos los gastos** que ocasiona la litigación”. *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior, supra*, pág. 252. (Énfasis nuestro.). Por ello, los tribunales no deberán conceder gastos “innecesarios, superfluos o extravagantes”. *Id.*, pág. 257.

III. DISCUSIÓN Y ADJUDICACIÓN SOBRE LOS SEÑALAMIENTOS DE ERRORES EN AMBOS RECURSOS CONSOLIDADOS

A. KLAN201401913

Como **primer señalamiento de error en el recurso de apelación KLAN201401913**, la señora Galarza Peña alega que erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que el doctor Casellas obtuvo su consentimiento informado antes de proceder con la inducción o aumentación de parto. Al llegar a tal conclusión, la parte apelante nos invita a que examinemos las determinaciones fácticas del foro de instancia y a que le restemos credibilidad a los testimonios que el juzgador de hechos estimó que la merecían.

Sobre los requisitos del consentimiento informado, el perito de la apelante declaró que cuando la paciente requiere que le induzcan el parto, es necesario informarle sobre las ventajas y los riesgos. Específicamente, opinó que los doctores tienen que comunicarle a sus pacientes que en casos de inducción o aumentación (i) hay mayor riesgo de que el proceso redunde en una cesárea de emergencia; (ii) que las cesáreas de emergencia tienen una tasa de mortalidad nueve veces más alta que los partos naturales; (iii) que aun las cesáreas electivas tienen una tasa de mortalidad tres veces mayor que la de los partos naturales; (iv) que la inducción o aumentación puede provocar atonía uterina; (v) que la atonía uterina es una de las principales causas de mortalidad materna y (vi) que en algunos casos es necesario remover el útero para salvar la vida de la madre.² A pesar de que entiende necesarias tales advertencias, posteriormente el perito de la apelante admitió que la incidencia de atonía uterina es muy baja. Asimismo, admitió que la

² Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a las págs. 55-56.

mayoría de los casos de atonía uterina es tratable mediante medicamentos, por lo que no requieren remoción del útero. Consecuentemente, estuvo de acuerdo con la parte apelada en que son muy raros los casos de atonía uterina y menos frecuente aún que dichos casos redunden en una hemorragia que requiera remover el útero.³

En síntesis, es la contención de la señora Galarza Peña que el doctor Casellas no le informó de todos los riesgos serios y conocidos que pueden surgir como consecuencia de la estimulación artificial del parto, ya sea por aumentación o por inducción. También argumenta que de haber conocido tal información, hubiera optado por la evolución natural del parto para preservar su deseo de ser madre nuevamente. Contrario a la postura de la señora Galarza, el foro primario concluyó, como cuestión de hecho, que hubo un diálogo entre las partes que reunió los requisitos de la doctrina de consentimiento informado. Al llegar a tal decisión, tuvo peso el hecho de que la señora Galarza Peña firmó el documento intitulado “Consentimiento Informado para Anestesia y Procedimiento Médico Quirúrgico”, aunque admitió que no tiene recuerdos sobre el momento en que lo hizo.⁴

Consta ante nuestra consideración el documento de “Consentimiento Informado para Anestesia y Procedimiento Médico Quirúrgico”, en el cual la paciente hace constar con su firma lo siguiente:

He leído esta forma y luego de hablar con mi médico cirujano, mi firma en el espacio abajo provisto reconoce que: voluntariamente doy mi autorización y consentimiento para la realización del (los) procedimiento (s) descritos anteriormente (incluyendo la administración de sangre y disposición de tejidos) por Dr. Casellas, sus asociados y asistentes, y además, por el personal del Hospital Pavía y otro personal debidamente adiestrado. Mi firma además reconoce que he leído y entendido la información contenida en este documento. Reconozco que me han explicado los beneficios, los riesgos, la naturaleza del (los) procedimiento (s) y todo esto en cuanto a las alternativas, por lo que doy mi consentimiento. [...] Este documento me ha sido explicado y certifico que entiendo su contenido por lo que doy mi consentimiento informado.

³ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a las págs. 200-204.

⁴ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 3 de septiembre de 2014, a las págs. 10-14.

Aunque no recuerde el momento en que lo hizo, al firmar el referido documento la señora Galarza Peña dio fe de que hubo una conversación en la que el doctor Casellas le informó (i) sobre su condición y los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos o médicos propuestos; (ii) sobre las alternativas, los riesgos y los beneficios; (iii) sobre las condiciones no previstas y (iv) sobre las complicaciones. Como expusimos anteriormente, todos estos puntos satisfacen el requisito de suficiencia de la información que la jurisprudencia ha establecido como para que se entienda que medió consentimiento informado. Así, hemos revisado exhaustivamente la totalidad de la prueba que el foro primario tuvo ante su consideración y nada encontramos que nos permita concluir que el doctor Casellas faltó a su deber de obtener el consentimiento informado de la señora Galarza. En ausencia de prueba de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto, guardamos deferencia a la determinación del juzgador de hechos y **resolvemos que no se cometió el primer error.**

Relacionado al primer error, la señora Galarza Peña sostiene como **segundo señalamiento de error en el recurso de apelación KLAN201401913** que el foro primario incidió al determinar que el doctor Casellas le realizó una aumentación de parto en lugar de una inducción. Específicamente, sostiene que aunque hubiera mediado consentimiento informado, ni la inducción ni la aumentación de parto eran procedimientos indicados. Además, concluye que no medió ninguna indicación médica para la inducción, sino que fue electiva. Así, es su postura que el deseo del médico de contar con el personal adecuado para atender emergencias, no está reconocido por las autoridades médicas como una razón para inducir o aumentar el parto.

En el caso específico de la señora Galarza, **el doctor Gorrín concluyó que su embarazo estaba a término.** Asimismo, luego de examinar el récord médico del Hospital Pavía, concluyó que la apelante tuvo un embarazo sin eventos mayores ni complicaciones, que cuando

llegó al hospital tenía dos centímetros de dilatación y 80% de borramiento del cuello y que quería parir.⁵ A preguntas sobre el significado de “aumentación de parto”, el doctor Gorrín **expresó que se usa para aumentar las contracciones que han demostrado ser inefectivas**, por lo que **se requiere medicamento para adelantar el parto activo**. Asimismo, admitió que **es el proceso adecuado cuando el progreso del parto se detiene o no es adecuado**. Por el contrario, se habla de inducción cuando se provoca el comienzo de las contracciones cuando el parto no ha comenzado.⁶

Durante el turno de conainterrogatorio se le solicitó al doctor Gorrín que expusiera los fundamentos en los que se basó para concluir que la señora Galarza Peña no estaba de parto cuando llegó al hospital y, por tanto, que el procedimiento que realizó el doctor Casellas fue una inducción y no una aumentación. Ante tales preguntas, el doctor Gorrín no pudo precisar las bases científicas que lo llevaron a tal conclusión. Tampoco pudo recordar la semana de gestación en que se encontraba la señora Galarza al momento en que llegó al hospital. Otro de los detalles que el doctor Gorrín admitió no haber tomado en cuenta al elaborar su opinión pericial fue el estado en que se encontraba el cuello de la paciente en la visita anterior a la del 8 de noviembre de 2011. Asimismo, admitió no haber tomado en cuenta detalles importantes del historial de la señora Galarza tales como (i) el tiempo que duró el parto anterior a fines de determinar cuán rápido o cuán lento fue el proceso y (ii) la nota en el récord del doctor Casellas relacionada a que el 8 de noviembre de 2011 la paciente se quejó de fuertes contracciones.⁷ De esta forma, la parte apelada logró cuestionar la corrección de la opinión del doctor relativa a que el proceso fue una inducción y no una aumentación.

En contraste a tales imprecisiones, consta en el récord médico que, el 8 de noviembre de 2011, el doctor Casellas realizó un examen pélvico

⁵ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a la pág. 57.

⁶ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a las págs. 23-24.

⁷ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a las págs. 127-135, 159.

a la señora Galarza que arrojó diferencias significativas en comparación con la visita anterior. Surge de tal documento que la paciente tenía de dos a tres centímetros de dilatación y 80% de borramiento de cuello. Además, el doctor Casellas anotó que la paciente manifestó que le estaban dando contracciones.⁸ Todos estos datos llevaron al doctor Gaudier, perito de la parte apelada, a concluir que el parto había comenzado y que la paciente estaba apta para una aumentación de las contracciones que, aunque irregulares, habían comenzado.⁹

Luego de examinar la totalidad de la prueba pericial, estamos convencidos de que la señora Galarza estaba apta para que se le administrara el proceso de aumentación de parto, pues es un hecho no controvertido que al llegar al hospital la paciente reflejaba de dos a tres centímetros de dilatación, más 80% de borramiento del cuello. Además, tal y como admitió el doctor Gorrín, la literatura médica reconoce como razón válida para la inducción o aumentación del parto el querer asegurar que el personal médico esté disponible en caso de emergencias, entre otras razones de logística, por lo que no fue irrazonable el proceder del doctor Casellas.

Así, a pesar de reconocer que es una práctica aceptada por la comunidad médica, la parte apelante manifestó desacuerdo con el tratamiento e insistió en que la atonía uterina ocurre con mayor frecuencia cuando se emplea uno de los mencionados métodos de inducción o aumentación. Es por esta razón que el perito de la apelante no recomienda la inducción o aumentación electiva. Sin embargo, admitió lo siguiente:

[E]xiste un fenómeno de inducción selectiva, que quiere decir que no hay una razón médica válida, pero pueden haber razones, eh, no médicas, que el médico considere, que justifican inducir el parto. Por ejemplo, el texto menciona una paciente que vive muy lejos del hospital [...] Hay otras razones que se definen bajo una sombrilla, que a mí personalmente no me gustan, pero que las cito porque es mi obligación, lo que se llama logística. Que si tenga tiempo de dejar los otros nenes con la suegra antes de ir a parir, que si

⁸ Apéndice del Recurso de Apelación, a la pág. 392.

⁹ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 4 de septiembre de 2014, a la págs. 175-177.

el marido esté presente y todas esas cosas. [Pero] eso no lo exime de que tiene que explicarle a la madre todo lo que tiene que explicar para cualquier inducción, médica o no médica.¹⁰

Luego de un análisis minucioso de los testimonios, de la prueba pericial y de la prueba documental, no encontramos ninguna evidencia que nos mueva a concluir que el doctor Casellas actuó de manera negligente, descuidada o contraria a las normas mínimas de cuidado y conocimiento médico exigibles. Como ya dijimos, a la hora de examinar alegaciones de impericia médica es nuestro deber auscultar si el tratamiento brindado satisface las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica. A los médicos se les ha reconocido amplia discreción en su trabajo, por lo que les cobija una presunción de que observaron un grado razonable de cuidado y atención al tratar a sus pacientes. Sin duda alguna, la diferencia de criterio del doctor Gorrín en cuanto a la conveniencia del tratamiento no constituye evidencia suficiente para derrotar tal presunción. Por lo tanto, **resolvemos que no se cometió el segundo error.**

Por otra parte, la señora Galarza Peña propone como **tercer señalamiento de error en el recurso de apelación KLAN201401913** que el Tribunal de Primera Instancia se equivocó al determinar que el doctor Casellas no violó los estándares de la práctica de la obstetricia al administrarle 50 mcg de *Misoprostol*. Partiendo de tal premisa, la señora Galarza aduce que el uso incorrecto e innecesario del *Misoprostol* forzó una cesárea que, a su vez, le provocó una hemorragia que únicamente pudo corregirse con la remoción del útero. Por último, explica que las atonías del útero y las hemorragias posparto son más comunes en mujeres sometidas a inducción o aumentación de parto a fines de establecer que su uso, en este caso particular, estaba contra indicado.

Relativo a lo que constituye la dosis recomendada del mencionado medicamento, el doctor Gorrín admitió que aunque la dosis inicial debe ser de 25 microgramos con repetición en cuatro horas, ciertos estudios

¹⁰ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a las págs. 72-73.

han concluido que la dosis de 50 microgramos no entraña grandes riesgos, aunque puede provocar contracciones muy frecuentes. Asimismo, aclaró que no es recomendable administrar una dosis mayor de 50 microgramos.¹¹ Es de notar que no hay ninguna prueba pericial que apoye la contención de la parte apelante sobre el uso incorrecto del *Misoprostol*. A lo sumo, el testimonio del doctor Gorrín solo demuestra cierta diferencia de criterio, lo que ya dijimos que es insuficiente para establecer la impericia médica. Por lo tanto, **resolvemos que no se cometió el tercer error.**

B. KLCE201401704

En el **recurso de certiorari KLCE201401704**, la señora Galarza Peña recurre de la concesión de costas por concepto de sellos de radicación, de honorarios de perito, de transcripciones de deposiciones y de gastos de viaje. En tal recurso, **señala como único error** que el TPI se equivocó “al conceder costas por concepto de sellos de radicación, honorarios de perito, transcripciones de deposiciones y gastos de viaje.”

Según mencionamos anteriormente, las Reglas de Procedimiento Civil autorizan la concesión de costas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito. Al determinar la procedencia de las costas solicitadas, el Tribunal que emite la sentencia examinará si constituyen gastos incurridos **necesariamente** en la tramitación del pleito. Siempre y cuando la determinación del monto de costas se ajuste a los mencionados parámetros, los tribunales apelativos guardarán deferencia.

Pertinente a la controversia de autos, es preciso resaltar que la concesión de costas se ha extendido a los gastos incurridos en el emplazamiento, en la transportación de testigos y en el pago de los gastos de pasaje o de traslado de un testigo a nuestra jurisdicción. En estos casos, es determinante que el testimonio que ha de ofrecer ese testigo sea “de vital importancia para poder [...] formular un dictamen judicial informado”. *Nudelman v. Ferrer Bolívar*, 107 DPR 495, 518 (1978).

¹¹ Transcripción de la Prueba Oral, Vista del 2 de septiembre de 2014, a la pág. 94.

Asimismo, en *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior, supra*, se estableció que son recobrables como costas, entre otras partidas, los gastos de emplazamiento, de radicación, de transcripciones, **de transportación y comparecencia de testigos**, así como los gastos de embargos preventivos. *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior, supra*. Al así pronunciarlo, el Tribunal Supremo citó varios casos en que, en el ámbito federal, se han concedido gastos de pasajes o de transportación de testigos cruciales. Para estos casos, se recomendó como buena norma que la parte que proponga incurrir en costas de importancia, así lo haga constar en la conferencia con antelación al juicio. “De esa manera el tribunal podrá autorizar aquellos gastos de importancia que crea necesarios y desautorizar los que no crea necesarios.” *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, 88 D.P.R. 245, 257 (1963).

Es importante recalcar que, como dijimos anteriormente, es necesario proveer prueba pericial para establecer lo que constituye o no constituye una práctica profesional adecuada, así como los requisitos de cuidado y conocimiento científico aceptados en la profesión médica para el tratamiento de los pacientes. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 D.P.R. 816, 828-829 (1987). Así, aunque hubiera sido deseable que la parte apelada solicitara la autorización de los gastos de pasajes antes de incurrir en ellos, no hay duda sobre la necesidad del testimonio de doctor Gaudier, perito del doctor Casellas, para la formulación del dictamen judicial. A fin de cuentas, es dicho criterio de necesidad lo determinante a la hora de examinar la razonabilidad de la concesión de costas. En ausencia de prueba de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto en la concesión de tales partidas, se sostiene la determinación del foro primario. Resolvemos que no se cometió el error señalado.

IV

Por los fundamentos antes expuestos, se confirma tanto la sentencia recurrida, como la resolución en la que el Tribunal de Primera Instancia concedió las costas.

Lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones. La Jueza Fraticelli Torres vota **conforme** respecto a la parte III-A de la sentencia sobre el **recurso de apelación KLAN201401913**, pero **disiente** respecto a la parte III-B sobre el **recurso de certiorari KLCE201401704** en cuanto a la concesión de las costas, pues eliminaría el renglón relativo a los gastos de viaje del perito.

Lcda. Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones