

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE CAGUAS
Panel Especial

EDUVIJIS DUARTE CORTOREAL,
ET ALS

Apelados

v.

GRUPO HIMA SAN PABLO, INC.
ET ALS

Apelantes

KLAN201501480

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

Crim. Núm:
E DP2011-0107

Sobre:
Daños y
Perjuicios

Panel integrado por su presidenta la Jueza Coll Martí, la Jueza Lebrón Nieves y la Jueza Cortés González.

Cortés González, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 16 de junio de 2017.

Comparece ante nos el Centro Médico del Turabo t/c/c HIMA San Pablo (Caguas) [en adelante HIMA o apelante] y solicita la revocación de una sentencia dictada el 12 de junio de 2015 por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Caguas [TPI], en virtud de la cual se desestimó con perjuicio la Demanda contra Tercero instada por HIMA contra el Dr. Francisco Pérez Rivera, su sociedad de bienes gananciales y el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta del Seguro de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria (SIMED), como su aseguradora [en Adelante Dr. Pérez Rivera o apelado].

Por los fundamentos que exponremos, resolvemos confirmar el dictamen apelado.

I.

Surge de los autos que la señora Eduvigis Duarte Cortoreal y su esposo Pablo Sosa Suárez instaron demanda contra el Grupo HIMA San Pablo, Inc.; Fulano de Tal y Mengano de Tal;

Aseguradoras X, Y y Z sobre daños y perjuicios por presunta impericia médica en el manejo post operatorio de la señora Duarte como paciente admitida al Hospital por el cirujano plástico, Dr. Pérez Rivera, a quien acudió para realizarse una cirugía reconstructiva de senos. En la demanda instada se alegó que:

...

16. Llegado el día de la operación, en efecto se llevó a cabo la misma, el 29 de septiembre de 2010 en las instalaciones hospitalarias de la demandada.
17. Luego de la operación, el Dr. Pérez expresó a la demandante que todo había salido bien, que regresaría al otro día para darle de alta y se marchó. La Sra. Duarte fue ubicada en un área de “recovery” y al cabo de varias horas, aproximadamente como para las 10:30 p.m., la demandante fue ubicada en un área de “sobrecupo”. Lo anterior, a pesar de que ésta pagó por una habitación de no más de dos camas. Allí, la demandante pasó la noche en compañía de su señor esposo.
18. Durante la noche, las enfermeras de turno sólo se limitaron a tomarle los vitales a la demandante. En ningún momento verificaron que los vendajes en el área de la operación no exhibieran sangrado, no activaron el sistema de drenaje (hemovac) que le fue colocado a la demandante, ni verificaron que estuviera activado y funcionando.
19. Al otro día en la mañana del 30 de septiembre de 2010, aproximadamente a las 9:00 am, acudió una enfermera al cuarto de la demandante para ayudarla a cambiarse de ropa y/o a bañarse. Es entonces, que por primera vez la enfermera se percató que el área del vendaje en el seno de la demandante se encontraba empapada de sangre. Es decir, no fue hasta pasadas 18 horas, aproximadamente, desde practicada la operación, que las enfermeras a cargo de la demandante se percataron que el vendaje estaba lleno de sangre.
20. Los senos de la demandante se estuvieron llenando de sangre y hematomas por espacio de 18 horas sin que las enfermeras se percataran de la falta de activación del drenaje y del evidente sangrado que exhibía el vendaje, aún cuando la institución hospitalaria demandada, por conducto de sus enfermeras, era la encargada y responsable del cuidado postoperatorio de la demandante.

21. Lo anterior, provocó una comprensión excesiva y prolongada de la circulación de la piel y los pezones de ambos senos de la demandante, desembocando en la necrosis (muerte de tejido) que eventualmente terminó en la necesidad de extirpar la piel afectada.
22. Cuando llegó el Dr. Pérez, con la expectativa de que daría de alta a su paciente, ya era demasiado tarde y no le quedó otro remedio que volver a operar a la demandante nuevamente de inmediato.
23. Por segunda ocasión la demandante es llevada al quirófano con anestesia general, saliendo de la sala alrededor de la 1:00 a.m. del 1ro. de octubre de 2010.
24. El cirujano, Dr. Pérez explicó que había un riesgo de extirpación al señor esposo de la demandante.
25. El mismo día 1ro. de octubre, aproximadamente a las 9:00 a.m., la demandante fue dada de alta. La atención dada a la demandante en esta ocasión fue muy distinta a la inicial. Las enfermeras verificaban el vendaje a menudo.
26. Luego que fue dada de alta, la demandante acudió consecutivamente a la oficina del Dr. Pérez todos los días en la tarde a curar y limpiar la herida y su esposo le limpiaba la herida en las mañanas.
27. No obstante, los demandantes estaban muy preocupados por la situación porque la herida no mostraba signos de mejoría.
28. El domingo 17 de octubre de 2010 el Dr. Pérez explicó a los demandantes sobre lo que era una cirugía reconstructiva, informándole a la demandante que al otro día estuviera en su oficina a las 8:00 a.m. en ayuna porque si seguía igual había que ingresarla nuevamente a cirugía para extirpar. En ese momento los demandantes comenzaron a llorar inmediatamente.
29. El 18 de octubre de 2010, la demandante fue operada nuevamente por tercera ocasión con la aplicación de anestesia general.
30. En dicha operación se le extirpó el seno derecho.
31. El 19 de octubre de 2010, la demandante fue operada nuevamente por cuarta y última ocasión con la aplicación de anestesia general para suturar el área que había sido operada el día anterior.

32. La demandante fue dada de alta el 20 de octubre de 2010.

HIMA presentó su alegación responsiva a la demanda y levantó varias defensas afirmativas. Posteriormente, quedó autorizada a solicitud de ésta, la presentación de una Demanda contra Tercero contra el Dr. Pérez Rivera, su esposa Fulana de Tal y la sociedad legal de gananciales compuesta por ambos; el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria (SIMED) como aseguradora y compañías aseguradoras A, B y C. En la misma reclamó que en la eventualidad que HIMA le fuera responsable de los daños sufridos por los demandantes, el Dr. Pérez Rivera le era directamente responsable a la parte demandante por los daños que el Tribunal determinara. El Dr. Pérez Rivera, la sociedad legal de gananciales y SIMED contestaron la Demanda contra Tercero y afirmaron que la actuación médica fue conforme a las normas aceptadas en la práctica de la medicina en Puerto Rico y que el codemandado ejerció en todo momento el grado de cuidado requerido.

Tras los trámites procesales de rigor, dio inicio la celebración de la vista en su fondo del caso con la prueba de la parte demandante. Declaró como testigo de la demandante, el apelado Dr. Pérez Rivera. El tercer día de juicio, la parte demandante solicitó desistir con perjuicio de su demanda en virtud de un acuerdo transaccional confidencial con la parte demandada HIMA.¹ Mediante sentencia parcial, el TPI acogió la solicitud de desistimiento y decretó el archivo con perjuicio de la demanda. Así las cosas, continuó el proceso de juicio respecto a la Demanda contra Tercero.

¹ Transcripción de la prueba oral, vista del 10 de marzo de 2015, página 103.

En el juicio, la tercera demandante y apelante presentó el testimonio de su perito, el Dr. Herman José Cestero Aguilar. Por su parte, el apelado Dr. Pérez Rivera, quien había prestado testimonio, añadió el de su perito, el Dr. Roberto Pérez Nieves. Además, proporcionó el testimonio de las enfermeras Ruth Agüero Martínez, Rosángela Rodríguez del Valle, María de las Nieves Acevedo Pérez y Zinnia Rodríguez Álvarez, sobre quienes, por acuerdo entre las partes, el orden de la prueba se alteró y el tercero demandado realizó su interrogatorio en primer turno antes que el tercero demandante presentara sus testigos.² Además, las partes presentaron prueba documental y estipularon varios hechos y documentos que quedaron admitidos en evidencia.

El 12 de junio de 2015, el TPI dictó sentencia en virtud de la cual decretó la desestimación con perjuicio de la demanda contra co parte presentada por HIMA contra el Dr. Pérez Rivera. Concluyó que la prueba presentada no estableció mediante la preponderancia de la prueba que el tratamiento médico ofrecido por el Dr. Pérez Rivera fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño sufrido por la señora Duarte ni que la complicación desarrollada por ésta constituyó una desviación de la mejor práctica de la medicina por parte del Dr. Pérez Rivera. La apelante presentó una moción solicitando determinaciones de hechos y conclusiones de derecho adicionales, así como la reconsideración de este dictamen, lo cual le fue denegado.

Inconforme, HIMA presenta el recurso del título en el que solicita que revoquemos la sentencia dictada, decretemos que el tercero demandado es responsable a HIMA por aquella porción de responsabilidad que le es atribuible y que devolvamos el caso al foro primario para que adjudique a éste su porción de responsabilidad. Aduce que el TPI incidió en el siguiente error:

² El orden se alteró porque el perito no estaba disponible para ser interrogado.

Erró el Tribunal de Primera Instancia en no haber determinado responsabilidad del tercero demandado y haberle impuesto algún porcentaje de responsabilidad a éste por los daños sufridos por la parte demandante.

Contamos con el beneficio de la transcripción estipulada de la prueba oral vertida en el juicio, por lo que luego de su estudio, procedemos a analizar los escritos presentados y a evaluar el error señalado, conforme al siguiente derecho aplicable.

II

A. Responsabilidad extracontractual

El Art. 1802 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA sec. 5141, es el umbral de la responsabilidad extracontractual y es la disposición legal que obliga a quien ocasione daño por culpa o negligencia, a resarcir a la víctima. *Rodríguez et al. v. Hospital et al.*, 186 DPR 889 (2012); *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 DPR 484 (2009).

La responsabilidad civil extracontractual responde al interés social de mantener la paz y armonía entre las personas que conviven en una sociedad civilizada. *Rivera v. Superior Pkg., Inc.*, 132 DPR 115, 125 (1992); *Montero Saldaña v. Amer. Motors, Corp.*, 107 DPR 452 (1978). Su propósito fundamental es ofrecerle una compensación a la persona que sufra daños y lesiones provocadas por los actos u omisiones ilícitas en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia de otra persona. H. M. Brau del Toro, *Daños y Perjuicios Extracontractuales*, 2d. Ed. pág. 4. Dicha normativa contenida en el Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141, establece que “[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.” Para que prospere una reclamación por daños y perjuicios al amparo del referido precepto legal, se requiere la concurrencia de tres elementos, los cuales tienen que ser probados por la parte demandante: (1) el acto u omisión culposa o

negligente; (2) la relación causal entre el acto u omisión culposa o negligente y el daño ocasionado; y (3) el daño real causado al reclamante. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820 (2010).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha definido el concepto culpa o negligencia como “la falta del debido cuidado que consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o de la omisión de un acto, que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias.” *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 134, 151 (2006); *Toro Aponte v. E.L.A.*, 142 DPR 464, 473 (1997); *Ramos v. Carlo*, 85 DPR 353, 358 (1962). Sin embargo, este deber de anticipar y prever los daños no se extiende a todo peligro imaginable, sino a aquél que llevaría a una persona prudente a anticiparlo. *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 309 (1990).

Una acción para exigir responsabilidad profesional a un médico no es distinta a la de un caso ordinario de daños y perjuicios por negligencia al amparo del Art. 1802 del Código Civil, *supra*. Entre los elementos requeridos por el Art. 1802 del Código Civil, se encuentra la causalidad o relación causal. Esta no se establece a base de una mera especulación o conjetura, más bien en los casos de impericia médica la causalidad se demuestra probando que la actuación del médico fue la que con mayor probabilidad causó el daño. Por lo tanto, los casos bajo esta causa de acción, requieren que la parte demandante establezca por preponderancia de la evidencia, creída por el juzgador o juzgadora, que los actos de negligencia, falta de cuidado o impericia del médico causaron el daño emergente o fue el factor que con mayor probabilidad lo causó. *Rodríguez et al v. Hospital*, *supra*; *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, *supra*.

Es doctrina firmemente arraigada en nuestro ordenamiento jurídico que en ausencia de prueba en contrario asiste a los

profesionales la presunción de que en el desempeño de sus funciones han ejercido un grado de cuidado razonable y que el tratamiento dado al paciente fue el adecuado. Corresponde al demandante rebatir esa presunción y para conseguirlo debe demostrar algo más que una mera probabilidad de que el daño se debió al cumplimiento de su obligación. *Ramos Orengo v. La Capital*, 88 DPR 315 (1963).

El grado de cuidado que se les requiere a los hospitales y clínicas es aquél que debe ejercer una persona prudente y razonable. *Oliveros v. Abréu*, 101 DPR 209, 228 (1973). El hospital responde por aquellos daños causados por actos de acción u omisión realizados por sus empleados y funcionarios, y comprendidos en el ámbito de sus funciones. El hospital tiene el deber de ofrecer al paciente el cuidado y la atención razonables que las circunstancias exigen, y éstos se miden por normas de razonabilidad y prudencia. Para determinar cuál debe ser esta atención, puede servir de índice la práctica generalmente reconocida por la propia profesión médica. *Hernández v. La Capital*, 81 DPR 1031, 1038 (1960).

Aunque un hospital no tiene la obligación de prever todo peligro imaginable que concebiblemente pueda amenazar la seguridad de un paciente, sí tiene el deber en cuanto a aquellos riesgos que con algún grado de probabilidad serían previstos por un hombre prudente y razonable. *Hernández v. La Capital*, supra, págs. 1037 y 1038. El deber de previsión sólo se extiende a aquél que es probable que suceda y que llevaría a una persona prudente a anticiparlo. Así, el hospital será responsable si ocurre un daño que en las particulares circunstancias del caso pudo razonablemente haberse previsto y evitado. *Lozada v. E.L.A.*, 116 DPR 202, 215 (1985).

Es norma establecida que, cuando dos o más personas causan un daño, todos vienen obligados a responder frente al agraviado. Sin embargo, entre los co causantes de un daño existe un derecho de contribución o nivelación. El mismo le permite al deudor solidario que haya efectuado un pago mayor al equivalente a su responsabilidad, reclamar a los restantes co deudores la porción correspondiente. *S.L.G. Szendry v. Hospicare, Inc.*, 158 DPR 648 (2003). “De esta manera, se crea una relación interna entre los deudores solidarios mediante la cual cada uno responde únicamente por su negligencia”. *Blas v. Hosp. Guadalupe*, 167 DPR 439, 452 (2006). Si bien los co causantes del daño responden solidariamente a quien resulte perjudicado, el efecto oneroso del daño se distribuye entre ellos según sus respectivos grados de negligencia. *S.L.G. Szendry v. Hospicare, Inc.*, supra; *Arroyo v. Hospital La Concepción*, 130 DPR 596 (1992).

En nuestra jurisdicción, en los casos de daños y perjuicios, los demandantes pueden renunciar a la reclamación contra alguno de los co causantes solidarios, o con todos, mediante un contrato de transacción. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, pág. 498; *US Fire Insurance v. A.E.E.*, 174 DPR 846, 855 (2008). Ciertamente, nuestro Tribunal Supremo ha reconocido que en Puerto Rico existe una fuerte política pública para promover que se transijan las controversias ya que con ello se ahorra tiempo y dinero a las partes involucradas, se descongestionan los calendarios judiciales, y se propende al diálogo y paz entre los ciudadanos. *Carpets & Rugs v. Tropical Reps*, 175 DPR 615, 629 (2009).

Un contrato de transacción es un acuerdo mediante el cual las partes dan, prometen o retienen alguna cosa, con el propósito de evitar un pleito o poner término a uno que ya comenzó. Art. 1709 del Código Civil, 31 LPRA sec. 4821; *US Fire Insurance v.*

A.E.E., supra, pág. 853; *Blas v. Hospital Guadalupe*, supra, pág. 449. Los elementos característicos de un contrato de transacción son: (1) la existencia de una controversia o relación jurídica incierta litigiosa; (2) la intención de las partes de eliminar o superar esa controversia; y (3) concesiones recíprocas. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, pág. 498; *US Fire Insurance v. A.E.E.*, supra, pág. 853; *Blas v. Hospital Guadalupe*, supra, pág. 449; *Rivera Rivera*, op cit., pág. 35.

Los efectos que tendrá un contrato para transigir la reclamación contra uno de varios co causantes solidarios sobre los demás demandados, dependerán de lo pactado. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, pág. 499; *US Fire Insurance v. A.E.E.*, supra, pág. 855; *Szendrey v. Hospicare, Inc.*, supra, pág. 655.

Cuando una víctima libera de responsabilidad a uno de los codemandados, no releva, necesariamente, a aquellos que continúan en el pleito. Para que así suceda, es forzoso que tal intención surja claramente del contrato de transacción. *S.L.G. Szendrey v. Hospicare Inc.*, supra; *Merle v. West Bend Co.*, 97 DPR 403 (1969). En casos de daños y perjuicios el demandante puede optar por, mediante un contrato de transacción, desistir de su acción en contra de uno de los co causantes del daño, siempre que asuma la responsabilidad de éste. *Sagardía De Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra; *US Fire Insurance Co. v. A.E.E.*, supra; *S.L.G. Szendry v. Hospicare*, supra. Tal asunción del demandante, puede comprender tanto la responsabilidad que para consigo tiene el codemandado liberado, como aquella que ostenta con los demás cocausantes en el pleito. *Id.* Una vez se suscite el referido acuerdo, aquéllos contra quienes subsiste la acción no están obligados a satisfacer la totalidad de los daños, sino a su respectivo por ciento de negligencia. *S.L.G. Szendry v. Hospicare*, supra. El tribunal sentenciador está llamado a tomar en cuenta el

acuerdo transaccional para que, una vez haya computado la cantidad total del daño sufrido, realice la deducción pertinente en cuanto a la cantidad que corresponda a la responsabilidad del co causante relevado. *Id.* En *Rodríguez et al v. Hospital et al*, *supra*, a las págs. 892-893, nuestro Tribunal Supremo puntualizó que “cuando un tribunal adjudique responsabilidad en un pleito de daños y perjuicios, debe incluir en su sentencia la porción de responsabilidad de todas las partes demandadas. Esto, hay que hacerlo aunque algunos codemandados hayan llegado a una transacción confidencial con los demandantes. De igual forma, de concluirse que alguno de los codemandados no tiene responsabilidad, también debe hacerse constar”.

B. Prueba de impugnación

La prueba de impugnación está reglamentada por la Regla 608 (a) de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 608, que dispone que cualquier parte, incluyendo a la que llama a dicha persona testigo a declarar, puede impugnar la credibilidad de un testigo. Por su parte, el inciso (b) de dicha regla establece los medios de prueba que se podrán utilizar para impugnar o sostener la credibilidad de un testigo, entre estos, el grado de capacidad de la persona testigo para percibir, recordar o comunicar cualquier hecho sobre el cual declara. Regla 608 (b) (3), *supra*. La prueba de impugnación se divide en dos tipos: (1) la específica, que se refiere a aquella prueba directa que ataca el testimonio y tiende a establecer que el testigo se contradijo; y (2) la no específica, que ataca la credibilidad del testigo de forma general, como lo sería por ejemplo la impugnación por parcialidad e interés. *Berrios Falcón v. Torres Merced*, 175 DPR 962, 973 (2009).

Ahora bien, el propósito de la prueba de impugnación es menoscabar la credibilidad del testigo, no utilizar evidencia que de otra forma no podría ser admisible. *Id.*, pág. 975; *Pueblo v.*

Galindo, 129 DPR 627, 645–646 (1991). Estamos ante la impugnación por contradicción cuando se atacan instancias específicas del testimonio del declarante, demostrando que la declaración prestada es falsa, inexacta, poco probable o errónea. *Berríos Falcón v. Torres Merced*, supra; *Pueblo v. Galindo*, supra, págs. 643–644. Por lo tanto, no puede utilizarse como evidencia sustantiva en el caso.

C. Apreciación de la prueba

La discreción judicial permea la evaluación de la evidencia presentada en los casos y controversias. Es norma reiterada que los foros apelativos debemos brindar deferencia a las determinaciones fácticas realizadas por los tribunales de primera instancia. Ello, en reconocimiento de que son los juzgadores ante quien declara un testigo quienes están en mejor posición para apreciar en toda su extensión la declaración, no sólo en cuanto a lo que dice un testigo, sino también en la forma que lo hace. *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, 177 DPR 345, 356 (2009); *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods P.R.*, 175 DPR 799, 810, 811 (2009); *McConnell v. Palau*, 161 DPR 734, 750 (2004).

La credibilidad que merece un testigo no está sujeta únicamente al contenido de su declaración, su conformidad con la experiencia humana y el sentido común sobre la manera en la que lógicamente se comportan las personas y suelen desarrollarse los acontecimientos. También es fruto de la manera en que se comporta un testigo al declarar. Amparado en ello, los foros apelativos mantendremos las determinaciones de hechos de un juzgador de instancia salvo que medie pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto. Véase, Regla 42.2 de Procedimiento Civil de Puerto Rico, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2; *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR*, 175 DPR 799, 817 (2009); *Trinidad v. Chade*, 153 DPR 280, 291 (2001). Dicha norma de autolimitación cede

cuando "un análisis integral de dicha prueba cause en nuestro ánimo una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia". *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A., supra*. Así, solo se podrá intervenir con conclusiones cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba. *Cárdenas Maxán Rodríguez*, 125 DPR 702, 714 (1990); *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 776-777 (2011).

Cuando el testigo es un perito, al momento de determinar si adopta o descarta su testimonio, el foro de instancia deberá considerar: 1) las cualificaciones del perito; 2) la solidez de su testimonio; 3) la confiabilidad de la ciencia o técnica utilizada; 4) la parcialidad del perito. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R.*, 150 DPR 658, 664 (2000). En consideración de estos criterios, el juzgador determinará el valor probatorio que le extenderá a dicho testimonio. *Id.* Toda vez que el juzgador de hechos no está obligado a aceptar las conclusiones de un perito, si luego de evaluar su testimonio concluye que no le merece credibilidad, tiene la facultad de rechazarlo. *S.L.G. Font Bardón v. Mini Warehouse*, 179 DPR 322, 345-346 (2010). Como foro apelativo, estamos en plena libertad de adoptar nuestro criterio propio en la apreciación y evaluación de la prueba pericial. *Culebra Enterprises Corp. v. E.L.A.*, 143 DPR 935, 952 (1997); *Dye-Tex Puerto Rico, Inc. v. Royal Insurance Company of Puerto Rico*, *supra*, págs. 662-663 (2000).

Concerniente a la prueba documental, reiteramos que se exceptúan de la regla de deferencia las determinaciones de hechos que se apoyan exclusivamente en prueba documental o pericial, ya que los tribunales apelativos están en idéntica posición que el tribunal inferior al examinar ese tipo de prueba. *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746 (2011). De igual

forma, los foros apelativos pueden dejar sin efecto las determinaciones de hechos realizadas por el foro de instancia, siempre que "del examen de la totalidad de la evidencia el Tribunal de revisión queda definitiva y firmemente convencido que un error ha sido cometido, como es el caso en que las conclusiones de hecho están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la evidencia recibida". *Maryland Casualty Co. v. Quick Const. Corp.*, 90 DPR 329, 336 (1964). El apelante tiene que señalar y demostrar la base para ello. Además, la parte que cuestione una determinación de hecho realizada por el foro primario debe señalar el error manifiesto o fundamentar la existencia de la alegada pasión, prejuicio o parcialidad. *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A., supra.*

III

En su recurso y en el alegato suplementario, la parte apelante plantea que el TPI descartó injustificadamente elementos probatorios importantes que de haberlos incluido hubieran forzosamente llevado al juzgador a concluir en acuerdo con la posición del apelante. Señala que en un caso de impericia médica como éste donde está envuelta la interacción entre el personal médico y el personal de enfermería es prácticamente imposible concluir que el médico no tiene responsabilidad alguna. Discute la apelante que el apelado admitió que la responsabilidad primaria de la paciente era suya y que en el manejo de un paciente en el Hospital, la responsabilidad de lo que ocurre con ese paciente es una responsabilidad compartida, y que, si bien es cierto que el médico depende del personal de enfermería cuando la paciente está en las facilidades del Hospital para que se le informe sobre lo que ocurre con la paciente, también es cierto que el médico no se puede divorciar absolutamente de su responsabilidad por el mero

hecho de que esa es la norma ordinaria del manejo médico-hospitalario.

Por su parte, en su Alegato el apelado puntualiza que hubo inconsistencias y contradicciones en el testimonio vertido por las enfermeras y el perito de la tercera demandante, lo que le restó credibilidad. Sostiene que la parte apelante no pudo establecer ni probar en juicio que la complicación y daños de la señora Duarte fue debido a la negligencia por parte del Dr. Pérez, sin embargo, sí quedó claramente probado el mal manejo de la paciente por parte del personal del hospital, tomándose atribuciones que no le correspondían e incumpliendo las órdenes escritas por parte de este, sin notificárselo en toda la noche, madrugada o en la mañana del 30 de septiembre.

Según surge de la sentencia apelada, luego de evaluar la prueba documental y testifical presentada durante el juicio, el TPI formuló cuarenta y siete (47) Determinaciones de Hecho, de las cuales, transcribimos el contenido literal de las siguientes determinaciones pertinentes al asunto que atendemos en este recurso:

...

5. Antes de la operación, a la señora Duarte se le hizo una prueba de coagulación, encontrando que estaba dentro de los límites normales; un urinálisis y una placa de pecho, todo dentro de los límites normales. Sin embargo, la señora Duarte presentó el colesterol en 206 y los triglicéridos en 232. Sin embargo, lo anterior, no era una contraindicación para la cirugía.

...

9. El Dr. Pérez le colocó a la Sra. Duarte un drenaje cerrado de succión (hemobags) en cada seno.

10. Algunos médicos no colocan drenajes a sus pacientes después de una cirugía de reducción mamaria. Por lo cual, es discrecional de cada médico colocar o no los drenajes.

11. Durante la operación de la señora Duarte no hubo complicaciones.

12. Luego de la operación, a la 1:05 p.m., la señora Duarte fue ubicada en el área de “Recovery” o Unidad de Cuidado Post-Anestesia “PACU” en el tercer piso de HIMA.
13. El Dr. Pérez emitió las siguientes órdenes médicas:
 - (a) Informa que la paciente se encuentra en condición estable luego de una cirugía de reducción bilateral de senos; (b) que es alérgica a la aspirina; (c) privilegios ambulatorios cuando esté despierta; (d) tomar signos vitales cada 6 horas y anotarlos; (e) observar para sangrado anormal; (f) medir la extracción de los drenajes (Hemobags) cada cuatro horas y anotarlos.
14. El 29 de septiembre de 2010 el HIMA no tenía cupo para la señora Duarte en el piso de cirugía.
15. La enfermera Ruth Agüero, enfermera de PACU, le informó al Dr. Pérez que solamente había cama en el tercer piso, en el área conocida como “sobrecupo”. El Dr. Pérez le indicó a la enfermera Sra. Agüero que si la Head Nurse del tercer piso se comprometía a cuidar los vendajes y los drenajes, la señora Duarte podía ser transferida al tercer piso, de lo contrario, tendría que permanecer en “Recovery”. El Dr. Pérez no fue notificado que en efecto la señora Duarte fue trasladada al área de sobrecupo. Tampoco el Dr. Pérez llamó para preguntar sobre lo anterior. La señora Duarte fue ubicada en la habitación 355-4 del tercer piso, área conocida como “sobrecupo”.

...
26. Surge del expediente de la señora Duarte que el 29 de septiembre de 2010 a las 11:55 p.m., la enfermera, en cuanto a los vendajes marcó la opción de “No Aplica”. Con respecto a los drenajes, surge que marcó la opción de sí y “patente” y una nota que lee “Hemobag 2”.

...
29. Los vendajes no fueron cambiados por personal de enfermería. Solamente el Dr. Pérez podía cambiarle los vendajes a la señora Duarte.
30. A la señora Duarte no se le tomaron signos vitales entre las 12:00 de la media noche del 30 de septiembre de 2010 hasta las 8:30 a.m., del mismo día.

...
33. La Sra. Rosangela Rodríguez, como enfermera graduada, tenía la obligación de verificar vendajes y hemobags.

...

35. Las hojas de progreso de la enfermera no surge nada en cuanto a mancha de sangre.

...

37. De haber estado los drenajes (hemobags) activados, el drenaje hubiese alertado la condición de la señora Duarte.

...

38. El propósito del drenaje era que la sangre saliera y no se acumulara en los senos de la señora Duarte.

Para ejercer nuestro rol revisor contamos, como hemos indicado, con la transcripción estipulada de la prueba oral. El apelante acompañó al apéndice del recurso copia de la demanda original presentada, su contestación, la primera página de su demanda contra tercero y la contestación a ésta. El apelado, por su parte, incluyó copia parcial de la deposición tomada al Dr. José J. Cerra Díaz el 17 de enero de 2014³ y copia de un documento sobre reporte de accidente/incidente suscrito por el Dr. Pérez Rivera el 1 de octubre de 2010. El Dr. Cerra Díaz fue el perito anunciado por la demandante, quien a la fecha del juicio había fallecido. La demanda no se instó contra el Dr. Pérez Rivera; es en virtud de la demanda contra tercero que éste adviene a ser parte en el presente caso. En la deposición tomada al fallecido perito de la demandante, Dr. Cerra Díaz, éste no habló sobre el aspecto de la técnica quirúrgica utilizada en la cirugía hecha por el Dr. Pérez Rivera ni emitió opinión sobre el proceso quirúrgico. Ahora bien, en la deposición que le fue tomada expresó "...Yo creo que el doctor Pérez desde el punto de vista de un cirujano general...que tiene una complicación como la que tuvo este paciente, fue manejada muy adecuadamente por el doctor Pérez".

Por su parte, el perito del tercero demandante, Dr. Cestero, quien ejerció como cirujano plástico durante veintidós años y está

³ El apelado indica que las páginas 1- 44 y 45 de la deposición del Dr. Cerra Díaz fueron admitidas por el TPI durante el juicio como prueba suya.

retirado de su ejercicio desde el año 1998 (hacía diez y siete años para la fecha del juicio), intentó establecer que el Dr. Pérez Rivera se había apartado de la mejor práctica de la medicina en la evaluación médica realizada a la paciente antes de la operación, en la técnica quirúrgica utilizada por éste en el proceso de reducción de senos, en su determinación de llevarla a sala de operaciones luego de los hallazgos que surgieron. De hecho, al iniciar su testimonio en el juicio, hizo constar que algunas cosas del contenido de su opinión pericial variaron por la documentación e información que recibió luego de preparar su Informe, particularmente, luego de escuchar el testimonio del Dr. Pérez Rivera.

El perito del apelado lo fue el Dr. Roberto Pérez Nieves, con especialidad en cirugía general, especialidad en cirugía plástica y subespecialidad en cirugía plástica pediátrica, con trece años de práctica. En su informe pericial concluyó que las actuaciones del Dr. Pérez Rivera fueron acertadas, tanto desde la evaluación preoperatoria de la paciente, la decisión de llevar a esta a cirugía, la evaluación de lo concerniente a la paciente, su ejecutoria en la Sala de Operaciones, la decisión de la técnica a utilizarse, la decisión de su manejo postoperatorio, las decisiones que tomó después que se suscitó la complicación que sufrió la paciente y el tratamiento posterior a esta complicación. Estimó haber realizado cincuenta (50) cirugías de reducción de mamas secundaria. Opinó que ello fue de acuerdo a los estándares de la mejor práctica de la medicina y la cirugía en Puerto Rico.⁴ Abundó durante su testimonio en los elementos que lo llevaron a esa conclusión.

Fue el Informe del perito del tercero demandado, Dr. Pérez Nieves, el que el TPI acogió, y, cuyo testimonio le mereció total credibilidad a la juzgadora. Éste opinó que, según el historial

⁴ Transcripción de la prueba oral, vista del 24 de marzo de 2015, página 36.

clínico de la paciente, esta no padecía de condiciones que impidieran llevarla con seguridad a sala de operaciones y hacerle una cirugía. Expuso que la paciente tenía un historial de hipertensión y se evaluó con unos laboratorios preoperatorios y un examen físico; en su opinión, la evaluación fue adecuada. Manifestó que el riesgo operatorio depende de las comorbilidades del paciente y según los resultados de los laboratorios preoperatorios realizados a la demandante, no le pareció que ella presentara tales condiciones. Explicó por qué le parecía incorrecto el testimonio vertido por el Dr. Cestero, y explicó que el valor en la prueba de glucosa indicó una azúcar normal. Expuso que, los valores de glucosa en la sangre, reflejados en una prueba, no son suficientes para diagnosticar a una paciente con diabetes, como pretendió hacer ver el Dr. Cestero⁵.

El Dr. Cestero dijo considerar a la demandante como una paciente de alto riesgo. Mencionó que ella estaba sobrepeso y ello es una contraindicación médica, aunque comentó que no es tan severa, que es cuestión de grados y que ella tenía casi cuatro grados sobre el índice de masa corporal. Añadió que es diabética, que tenía colesterol elevado y aunque no sea muy elevado a todo el mundo se le recomienda que lo mantenga bajo. Expuso que es típico de los pacientes de presión arterial, que tengan compromisos vasculares. Indicó que la presión arterial se quiere controlar antes de la cirugía porque puede dar problemas con la anestesia y con muchas otras cosas. A pesar de decir que tenía evidencia para sustentar lo dicho, no hizo referencia a la fuente médica en que se apoyaba, ni relacionó la condición de la demandante con el asunto en controversia en este caso. Habló sobre el tema de la coagulación, y al iniciar la argumentación dijo: “Entonces, un

⁵ Transcripción de la prueba oral, vista del 10 de marzo de 2015, páginas 52-52; vista del 16 de marzo de 2015, páginas 26, 32,50; vista del 24 de marzo de 2015, páginas 37-41

tercer factor aquí. No lo tengo claro en realidad, aunque el doctor Pérez Rivera en un momento dado admitió que la paciente había sangrado en una cirugía previa”.

Mientras que el Dr. Cestero indicó que los laboratorios preoperatorios deben hacerse dos días antes, el Dr. Pérez Rivera puntualizó que la mejor práctica de la medicina exige realizarlos, por lo menos, dos semanas antes de la cirugía y que no tenía que tener laboratorios de dos días antes porque no había ninguna sospecha de que la paciente tuviera algún problema ni ella refirió tenerlo. El apelado recibió de parte del internista el “clearance” que es una evaluación completa sobre las enfermedades crónicas, cirugías anteriores, posibles alergias y posibles complicaciones que pueda tener el paciente, lo que le dio a este la tranquilidad de saber que la paciente se encontraba estable y en buen estado de salud.⁶

La demandante había tenido una cirugía de mamas anteriormente. Al realizar la operación objeto de este caso, el apelado usó la técnica de McKissock. En cuanto a la técnica de cirugía seleccionada, el Dr. Cestero mencionó estudios que se han hecho en los que se usó la técnica de “inferior wedge” en mamoplastías secundarias y no hubo complicaciones. Mencionó un estudio en el que en diez casos no hubo complicaciones. Dijo que esa es la técnica que habría usado y mencionó que consiste en una uña que se utiliza en el borde inferior del seno y se reposiciona el seno dándole una apariencia más bonita.⁷ El apelado, por su parte, indicó que la operación que se considera más segura, efectiva y que con más éxito se ha efectuado es el patrón de McKissock con un pedículo inferior.

⁶ Transcripción de la prueba oral, vista 10 de marzo de 2015, págs. 52-53, 78-79.

⁷ Transcripción de la prueba oral, vista 16 de marzo de 2015, pág. 55.

Sobre este particular, el perito Dr. Pérez Nieves, declaró que la decisión clínica de la técnica a utilizarse depende de la cirugía que se ha hecho anteriormente, y, que el cirujano puede inferir con cierto grado de certeza, cuál fue la técnica utilizada observando las cicatrices que quedaron en el seno luego de esa primera cirugía. Expuso que la indicación es utilizar la misma técnica para proteger el pedículo inferior utilizando las mismas incisiones que se hicieron anteriormente y tratando de resecar tejido del área a todas esas incisiones para no estorbar el aporte sanguíneo. Indicó que la técnica utilizada por el apelado fue correcta porque hacer una incisión en la parte inferior del pedículo es contra productiva porque tiende a remover o afectar la vascularidad de ese pedículo que va a suplir aporte sanguíneo al pezón y la areola.⁸

Se aprecia del récord, que la opinión ofrecida por el Dr. Cestero no estuvo sostenida en evidencia médica confiable. Por el contrario, su testimonio fue contradicho y en varias instancias éste hizo expresiones basadas en especulación. Expresó conclusiones en algunos aspectos sobre los que reconoció que no contaba con datos precisos. Nos parece acertada la determinación del TPI de no dar credibilidad a su testimonio y al descartar “el Informe Pericial del Dr. Cestero, perito de HIMA, ya que ataca la técnica utilizada por el Dr. Pérez en la operación de la señora Duarte. Sin embargo, acepta que dicha técnica es una de la[s] reconocida[s] por la mejor práctica en la medicina”. El TPI concluyó que siendo una de las técnicas reconocidas por la mejor práctica en la medicina, no incurrió en negligencia médica el Dr. Pérez al utilizarla. Más aún, consignó en su sentencia, que al ser una técnica reconocida por la especialidad de cirugía plástica, “es discreción médica” utilizarla.”⁹

⁸ Transcripción de la prueba oral, vista de 24 de marzo de 2015, página 44.

⁹ Sentencia apelada, página 14

Surge de la prueba, que luego de la operación la paciente permaneció en condición estable en el hospital con dos drenajes de succión (*hemobags*) en cada seno y fue dejada a cargo del personal de enfermería. El apelado dejó órdenes médicas que, a juicio del Dr. Cestero, eran vagas y tenían un problema de especificidad. Contrario a ello, el Dr. Pérez Nieves las consideró específicas. Estas leían, en parte, así: tomar signos vitales cada seis horas, observar para sangrado anormal, medir la extracción de los drenajes (*hemobags*) cada cuatro horas y anotarlos.

El apelado declaró que la complicación que hubo en este caso no fue relacionada a la técnica quirúrgica realizada el 29 de septiembre. Hubo que llevar a la paciente por segunda vez a la sala de operaciones para tratar de preservar la circulación lo más posible, ya que hubo un sangrado. Ese sangrado no se controló a tiempo y desencadenó en una serie de eventos que llevaron a los resultados ocurridos.¹⁰ Declaró que para el tipo de cirugía que realizó, se puede incluso no hospitalizar. Indicó que conociendo los riesgos que puede haber, entre éstos sangrado, orientó a la demandante sobre ello y tomó la medida de hospitalizar para que ésta tuviese el cuidado médico hospitalario adecuado, preservando a la paciente para que “esté quieta en un sitio, que hay personal que la está observando”.¹¹ No obstante, cuando el médico evaluó a la paciente el próximo día 30 de septiembre, encontró los vendajes con una mancha de sangre que medía 5” x 8” y los *hemobags* estaban inactivados.

El Dr. Cestero indicó que, según estudios realizados, el uso de drenajes no tiene ninguna injerencia, que estos reflejan que las complicaciones con o sin drenaje son comparables y “si usted los quiere poner porque duerme más tranquilo por la noche, pues

¹⁰ Transcripción de la prueba oral, vista de 10 de marzo de 2015, página 49.

¹¹ Transcripción de la prueba oral, vista de 10 de marzo de 2015, página 51.

póngalos como cirujano...”. Criticó el reporte de operaciones y lo catalogó como parco porque no le da suficiente información y expresó “me gustaría saber dónde dejaron ese drenaje para saber qué estaba pasando”. Aun así, mencionó que esos drenajes no funcionan porque no tienen capacidad para sacar un coágulo y esa es una de las cosas por las que no sirve para nada. No indicó la fuente médica en que se basó esa opinión.¹² El Tribunal encontró establecido que “es discrecional de cada médico colocar o no los drenajes” y que en la operación “no hubo complicaciones”. Estas conclusiones encuentran apoyo en la prueba presentada.

El Dr. Cestero indicó que el apelado debió llamar al hospital para verificar el estado de la paciente. En cuanto al cuidado en el Hospital, se le preguntó al apelado:

P. ¿Y si usted hospitaliza a una paciente para que se la cuiden, quien tiene que llamar a quién?

R. La enfermera, si encuentra algo, me debe llamar.

En un aspecto relacionado, el tercero demandado declaró en el juicio:

P... ¿Qué fue lo que complicó el panorama en este caso ante la presencia de esos sangrados o sangrado que tuvo doña Eduvijis?

R. Todas las posibles complicaciones nosotros las estábamos pensando. En este caso, pues contemplamos que pudiera haber un sangrado y por eso fue que le dejamos un drenaje. Ese drenaje nos debe alertar a nosotros de que está ocurriendo algo y tan pronto se nos notifica entonces podemos tomar cartas al respecto. Si ese sistema de alarma no está activado y la paciente sangra, eso continúa aumentando de volumen causando problemas incluyendo la circulación y si no se atiende esa situación y no se corrige inmediatamente, pues el tejido que está después de esas arteriolas o esos vasos sanguíneos, ese tejido va a morir.¹³

De otra parte, es un hecho establecido y basado en la prueba además que, cuando luego de la operación la enfermera Ruth Agüero le informó al apelado (aproximadamente a las 8:30pm) que solo había cama para la paciente en el área de “sobrecupo”, éste le

¹² Transcripción de la prueba oral de 16 de marzo de 2015, página 64-65, 68.

¹³ Transcripción de la prueba oral, vista de 9 de marzo de 2015, página 153. El Informe pericial no forma parte del apéndice del apelante.

indicó a la enfermera que si la *head nurse* del tercer piso se comprometía a cuidar los vendajes y los drenajes, la señora Duarte podía ser transferida al tercer piso, de lo contrario, tendría que permanecer en *recovery*. Esta enfermera le notificó también que el vendaje estaba manchado por leve sanguaza y el apelado la instruyó a marcar el área y observar. Ella se comunicó telefónicamente con la *head nurse* Ms. Acevedo para indicarle lo que éste le dijo. Con posterioridad, no hubo comunicación adicional entre el personal de enfermería y el apelado.¹⁴

Lo cierto es que, después del procedimiento, la paciente debió pasar a un piso quirúrgico, ya que allí se supone que hubiese una enfermera práctica y una graduada. El apelado dio instrucciones de que se manejaran los drenajes, por lo que al ser informado de que no había espacio en el piso quirúrgico y que la paciente sería pasada al área de sobrecupo, éste expresó que solo podría ser movida allí si se contaba con el personal de enfermería capacitado para llevar a cabo el manejo de los drenajes. Sin embargo, al visitar a la paciente el próximo día encontró los *hemobags* inactivados. Y más aún, encontró que no se dio cumplimiento a su orden médica de “vaciar y registrar los drenajes cada cuatro horas”. La consecuencia de esto fue, que no se vaciaron, no se activaron, no se observaron en el momento que se tenían que observar, por lo tanto, la paciente sangró y ese sangrado no se detectó a tiempo.¹⁵

Al interrogarse al perito, Dr. Pérez Nieves, sobre lo que se desprende del expediente del Hospital, éste opinó:

P. Doctor, ¿en este caso, lo que le ocurrió a doña Eduvigis, de quién es la responsabilidad total?

¹⁴ Sentencia apelada, Determinaciones de Hecho 15 - 17, 20.

¹⁵ Transcripción de la prueba, vista 9 de marzo de 2017, páginas 154-157.

R. La responsabilidad total es del personal de enfermería del Hospital HIMA Caguas.

P. ¿Por qué?

R. Porque la...según se desprende del expediente, [el,] el personal de enfermería falló en el cuidado del paciente, falló en comunicarse con el doctor, falló, inclusive se debe asumir que falló, porque se documenta algo que no ocurrió. Se documentan unos vendajes limpios cuando la paciente claramente tenía... ¿verdad?, se había mencionado una sanguaza. Esto lo que denota, y lo que uno tiene que concluir, es que la enfermera que hizo esta nota o evaluó al paciente equivocado o no evaluó a este paciente.¹⁶

Al evaluar la prueba pericial presentada, el TPI otorgó mayor valor al testimonio del Dr. Pérez Nieves. Ciertamente, consideramos también que la opinión pericial de este galeno encuentra apoyo en la totalidad de la prueba documental y testifical desfilada. No hay razón alguna para que este tribunal apelativo varíe el criterio del foro primario.

Ante ese cuadro fáctico, el análisis sereno del expediente y la totalidad de la prueba oral vertida en el juicio, nos permite concluir que el tercero demandante no presentó prueba que estableciera la negligencia que imputa al apelado. En los casos de daños y perjuicios, la parte que intenta prevalecer tiene que probar mediante preponderancia de la prueba que la conducta negligente del demandado fue el factor que con mayor probabilidad causó el daño o que tuvo algún grado de responsabilidad. El récord carece de esa prueba. No pudo demostrarse algún error de juicio, acto negligente o descuidado por parte del apelado. Tampoco hay ápice de prueba que demuestre una relación causal entre alguna acción u omisión del apelado con la complicación que ocasionó los daños reclamados en la demanda y que pueda dar lugar a que éste quedara obligado a responder al tercero demandante. En fin, la prueba demostró que el apelado cumplió con su deber de cerciorarse de que se

¹⁶ Transcripción de la prueba oral, vista del 30 de abril de 2015, páginas 41-42.

habían realizado todos los exámenes preoperatorios necesarios, cumplió su deber de dar las instrucciones necesarias para que la paciente permaneciera atendida después de la operación y ejerció debidamente la discreción profesional que le ha sido reconocida como médico. El error alegado en el recurso instado no se cometió.

IV.

En virtud de lo anterior, confirmamos la sentencia apelada.

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

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