

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE BAYAMÓN Y CAROLINA
PANEL VII

CARLOS F. DELIZ
MARTÍNEZ, ET AL.
Apelantes

V

PROFESSIONAL HOSPITAL,
ET AL.
Apelados

KLAN201800178

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia, Sala
de Bayamón

Sobre:
Impericia médica

Caso Número:
D DP2014-0555

Panel integrado por su presidente, el Juez Flores García, la Jueza Domínguez Irizarry y el Juez Cancio Bigas

Flores García, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico a 27 de junio de 2018.

I. Introducción

La parte apelante, Carlos F. Deliz Martínez, Carmen S. Cruz Ortiz y Brenda I. Deliz Martínez, comparece ante nos y solicita nuestra intervención, a los fines de que dejemos sin efecto el pronunciamiento emitido por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Bayamón, el 27 de noviembre de 2017, debidamente notificado a las partes el 14 de diciembre de 2017. Mediante la aludida determinación, el foro primario desestimó, con perjuicio, la demanda de autos.

Por los fundamentos expuestos a continuación, confirmamos la *Sentencia* apelada.

II. Incidencias Procesales

El 16 de julio de 2014, la parte apelante presentó una *Demanda* sobre daños y perjuicios por alegada impericia médica profesional y hospitalaria en contra de Professional Hospital; el Dr. Leonardo Valentín Tirado, su esposa y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta entre ambos, la parte apelada.

Número Identificador

SEN2018_____

Conforme se alegó en la reclamación, el 12 de agosto de 2013, el señor Roberto Deliz Vega, padre de los codemandantes Carlos y Brenda Deliz Martínez y suegro de la codemandante Carmen Cruz Ortiz, acudió a la Sala de Emergencias del Hospital de epígrafe para tratarse una úlcera en su pierna derecha. Tras someterse a determinados procedimientos quirúrgicos, el 19 de agosto de 2013, el señor Deliz Vega fue dado de alta. Su hijo, el señor Deliz Martínez y la esposa de éste, la señora Cruz, lo transportaron de regreso a su hogar. Al llegar, en el momento en que salió del automóvil y se disponía a ponerse de pie, desarrolló una hemorragia masiva proveniente de la incisión quirúrgica. Minutos más tarde, murió desangrado.

Los demandantes adujeron que el desenlace adverso del señor Deliz Vega fue producto de las actuaciones negligentes del personal médico y/o de enfermería del Hospital y del codemandado Dr. Valentín, quienes alegadamente se apartaron de la mejor práctica de la medicina al brindarle tratamiento postoperatorio.

El 25 de septiembre de 2014, el Dr. Valentín presentó su *Contestación a la Demanda*. Sostuvo que en todo momento ejerció el grado de cuidado que exige la profesión médica y que brindó al señor Deliz Vega el tratamiento médico adecuado e indicado. El 3 de noviembre de 2014, Professional Hospital presentó su *Contestación a la Demanda*. Por igual, negó todo tipo de responsabilidad por los hechos de epígrafe.

Tras múltiples incidencias procesales y un extenso descubrimiento de prueba, los días 26 y 27 de abril y 14 y 17 de octubre de 2016, se celebró el juicio en su fondo. Por la parte demandante declararon los

demandantes Carlos Deliz, Carmen Cruz, Brenda Deliz. Los testimonios de los demandantes, cónsonos entre sí, establecieron los siguientes hechos relevantes.

El 12 de agosto de 2013, el señor Deliz Martínez llevó al señor Deliz Vega a la Sala de Emergencias del Professional Hospital porque "una de sus piernas presentaba un color extraño".¹ Al parecer, éste tenía una molestia en su extremidad derecha.² Luego de la correspondiente evaluación, el señor Deliz Vega fue hospitalizado y referido a consulta con el cirujano vascular Dr. Valentín.³ El galeno le diagnosticó una condición circulatoria y le recomendó someterse a una intervención quirúrgica.⁴ El 14 de agosto de 2013, el Dr. Valentín le realizó un procedimiento conocido como un "bypass" femoropoplíteo.⁵ El señor Deliz Vega permaneció recluido en el Hospital hasta el 19 de agosto de 2013, fecha en que se le dio de alta.⁶

Luego del alta, el señor Deliz Martínez y su esposa, la señora Cruz, transportaron al señor Deliz Vega de regreso a su hogar.⁷ De camino, el señor Deliz Vega, expresó que tenía interés en acompañarlos a determinado restaurante con motivo de que la señora Cruz cumplía años.⁸ El señor Deliz Martínez le explicó que no era recomendable que estuviera caminando y le indicó que lo llevaría a su casa.⁹

Al llegar a la residencia, ya dentro de la marquesina, el señor Deliz Martínez le brindó ayuda a su

¹ Transcripción oral del juicio en su fondo, pág. 13.

² T.O. págs. 12-13.

³ T.O. pág. 13.

⁴ T.O. pág. 16.

⁵ Id.

⁶ T.O. pág. 17.

⁷ T.O. pág. 18.

⁸ T.O. pág. 23.

⁹ T.O. pág. 23.

padre para que pudiera salir del vehículo de motor.¹⁰ Según narró, "tomé su pierna derecha por el muslo y por la chancleta, la saqué del auto, él se giró, puso su pierna izquierda en el piso, ya una vez teniendo su pierna izquierda en el piso le pedí que se apoyara de mi hombro. Él puso su mano izquierda sobre la puerta y se apoyó de mi hombro y se levantó haciendo fuerza sobre su pierna izquierda".¹¹

Continuó narrando, "luego de eso pues por la posición en que estaba en la marquesina le indico que tiene que retroceder para yo poder cerrar la puerta del vehículo y que él pueda caminar libremente hacia la entrada de la casa. Él dio su paso hacia atrás, cuando voy a cerrar la puerta me fijo en un chorro de sangre que sale disparado hacia la pared de la marquesina. En ese momento le digo no te muevas que estás botando sangre. Él me miró y me dijo ¿pero qué pasa? Y yo [le dije] no te muevas, déjate caer en mis brazos para que te acuestes aquí mismo y en ese momento en que le estoy diciendo eso, otro chorro de sangre hacia la pared de la marquesina".¹²

Acto seguido, el señor Deliz Martínez procedió a llamar al servicio de emergencia 911 y le aplicó un torniquete en el área del sangrado.¹³ A la llegada de los paramédicos, ya el señor Deliz Vega había fallecido.¹⁴ No se realizó autopsia.

Por la parte demandante también declaró el perito Dr. Julio A. Albino Vázquez, quien fue cualificado como médico generalista. El Dr. Albino ofreció sus opiniones

¹⁰ Id.

¹¹ T.O. pág. 24.

¹² T.O. págs. 24-25.

¹³ T.O. pág. 25.

¹⁴ Id.

a base del expediente médico, literatura médica relacionada y entrevistas al señor Deliz Martínez y a la señora Cruz.

Su testimonio estuvo dirigido a establecer que "factores como el estado de coagulación del paciente, el tipo de cirugía que se realizó, el hecho de que el paciente mostrara sangrado luego de la cirugía, la necesidad de ser transfundido en más de una ocasión, los niveles de hemoglobina y hematocrito no óptimos, y la proximidad entre el momento en que el paciente fue dado de alta y su muerte, claramente indican que el paciente no podía ser dado de alta y ameritaba el que se le realizaran estudios vasculares en donde se pudiera identificar la condición vascular del paciente".¹⁵

Así, la médula de su argumento consistió en que el señor Deliz Vega estuvo sangrando activamente durante la hospitalización y que los demandados actuaron de forma negligente al darlo de alta prematuramente.

De otro lado, por la parte demandada declaró el Dr. Valentín, especialista en cirugía general y vascular, y el Dr. Ángel J. Menéndez, especialista en cirugía general, vascular y periferovascular. En cuanto a los testimonios e informe pericial del Dr. Menéndez, el cual forma parte de la prueba demandada, es importante destacar que hacen alusión a que el sangrado postoperatorio ocurrió en una sola ocasión y que se corrigió. Ambos galenos identificaron que el sangrado que tuvo el señor Deliz Vega durante la hospitalización era uno médico, no quirúrgico, que se identificó y manejó adecuadamente.

¹⁵ Informe pericial del Dr. Albino, pág. 327 del apéndice del recurso de apelación.

Consta en el informe del Dr. Menéndez que "al momento de ser dado de alta no hay evidencia de sangrado, su glicemia, presión arterial, función renal y condición vascular están dentro de unos parámetros adecuados, por lo que no hay razón para retenerlos más días en el Hospital. No tenía indicaciones en el momento del alta para ordenar más estudios vasculares (no hematomas en la herida, no evidencia de fracaso del puente femoropoplíteo, no sangrado activo)".¹⁶

Así, a juicio de dicha parte, el desenlace final del señor Deliz Vega "es raro que ocurra y es un evento no previsible e inevitable". Por su parte, como prueba documental, se presentó el expediente médico del señor Deliz Vega, los *curriculum vitae* de los peritos y sus respectivos informes periciales.

Luego de justipreciar la prueba testifical y documental presentada por las partes, 27 de noviembre de 2017, el Tribunal de Primera Instancia desestimó, con perjuicio, la demanda de autos. El foro sentenciador le mereció entera credibilidad a la prueba pericial de la parte demandada-apelada, a la cual confirió mayor peso a la luz de los criterios de educación, experiencia y conocimiento. El Tribunal hizo referencia a que los doctores Valentín y Menéndez, ambos cirujanos vasculares, poseen no sólo preparación especializada en sus respectivos campos, sino, además, vasta experiencia en ellos. Agregó que ambos declararon de forma clara y precisa, sin eludir ninguna de las preguntas formuladas. Además, el Tribunal subrayó que la precisión en sus

¹⁶ Informe pericial del Dr. Menéndez, pág. 345 del apéndice del recurso.

respectivas opiniones estuvo avalada por referencias médicas.

En sus determinaciones de hechos, el Tribunal de Primera Instancia concluyó que el paciente de epígrafe estuvo hospitalizado hasta el 19 de abril de 2013, sin mostrar más evidencia de sangrado. Entendió que el sangrado masivo que ocurrió cuando el paciente llegó a su casa fue un evento no previsible en vista del comportamiento clínico del paciente durante su hospitalización.

El Tribunal de Primera Instancia creyó la prueba pericial de la parte apelada, y concluyó que al momento de ser dado de alta no había evidencia de sangrado, su glicemia, presión arterial, función renal y condición cardiovascular estaban dentro de los parámetros adecuados, por lo que no había razón para retenerlo más días en el Hospital. Agregó que al momento del alta tampoco había indicaciones para ordenar más estudios vasculares. No había evidencia de hematomas en la herida, fracaso del puente femoropoplíteo ni sangrado activo.

Sostuvo, además, que las notas de progreso muestran clara y evidentemente que el paciente fue evaluado diariamente por varios especialistas y que gracias a este seguimiento se tomaron las decisiones correctas que permitieron dar al paciente de alta y con vida. El sangrado postoperatorio se corrigió médicamente, y en ningún momento, debido a la atención médica brindada, la vida del paciente estuvo en peligro. Asimismo, el Tribunal de Primera Instancia juzgó que el manejo del paciente fue adecuado y que pesar de sus múltiples problemas médicos se cumplió el objetivo de vascularizar

su extremidad y evitar de este modo una amputación con un riesgo aceptable. El paciente nunca tuvo un sangrado arterial durante su estadía en el Hospital.

Además, el foro de primera instancia estimó que, de haber tenido un escape de sangre de la anastomosis entre arteria femoral y poplítea, como sostiene el perito de la parte apelante, se hubiese manifestado un hematoma fácil de identificar y se hubiera llevado al paciente a sala de operaciones para reparar la fuente del sangrado.

Así, a la luz de la prueba vertida en el juicio, el Tribunal *a quo* juzgó que el tratamiento ofrecido por el Dr. Valentín satisfizo la mejor práctica de la medicina. Asimismo, concluyó que no medió negligencia por parte del Professional Hospital, sino que dicha institución le ofreció al señor Deliz Vega un cuidado adecuado. Entendió que fue éste quien con toda probabilidad provocó este adverso desenlace.

El 19 de diciembre de 2017, el Dr. Valentín presentó su *Memorando de Costas*. Por su parte, en desacuerdo con la sentencia dictada, el 22 de diciembre de 2018, la parte apelante presentó una *Moción en Solicitud de Determinaciones de Hechos y Conclusiones de Derecho Adicionales y en Reconsideración*, la cual fue denegada el 25 de enero de 2018. A su vez, el 25 de enero de 2018, el Tribunal aprobó el memorando de costas presentado por el Dr. Valentín y le concedió la suma de \$8,057.90 por concepto de costas. Aún insatisfecha, el 20 de febrero de 2018, la parte apelante acudió ante nos y planteó lo siguiente:

El TPI determinó que las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables al tratamiento de una hemorragia postoperatoria vascular eran las establecidas por la parte demandada y la literatura citada por ésta, pero aplicó las mismas arbitrariamente.

Erró el TPI al no hacer determinaciones de hecho sobre las claras omisiones de la parte demandada en el tratamiento postoperatorio del señor Roberto Deliz Vega.

Erró el TPI al conceder la totalidad de las costas reclamadas.

Luego de evaluar el expediente de autos, y contando con el beneficio de la comparecencia de ambas partes, estamos en posición de adjudicar la presente controversia.

II

A. Doctrina General Sobre la Indemnización por Daños y Perjuicios

Según se conoce, en nuestro ordenamiento jurídico el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Art. 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141. La imposición de responsabilidad civil al amparo de esta norma requiere que concurren tres (3) elementos, a saber: (1) la ocurrencia de un daño físico u emocional sufrido por el demandante; (2) que dicho daño hubiera surgido como resultado de un acto u omisión culposa o negligente del demandado y (3) la existencia de un nexo causal entre el daño sufrido y dicho acto u omisión. Nieves Díaz v. González Massas, 178 DPR 820, 843 (2010); López v. Porrata Doria, 169 DPR 135, 150 (2006). Las acciones por responsabilidad civil extracontractual "se distinguen porque la responsabilidad frente al perjudicado surge sin que le preceda una relación jurídica entre las partes". Maderas Tratadas v. Sun Alliance, 185 DPR 880, 908 (2012).

Conforme lo dispone el estado de derecho vigente, la culpa o la negligencia consiste en la falta de cuidado al no anticipar o prever las consecuencias de un acto,

tal y como lo haría una persona prudente y razonable en iguales circunstancias. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 844; Sucns. Vega Marrero v. A.E.E., 149 DPR 159, 169-170 (1999); Montalvo v. Cruz, 144 DPR 748, 755-756 (1998). Siendo ello así, la norma exige que se actúe con el grado de cuidado, diligencia, vigilancia y precaución que las particularidades del asunto de que trate exijan. Monllor v. Soc. de Gananciales, 138 DPR 600, 604 (1995).

El deber de anticipar y prever los daños no se extiende a todo peligro imaginable sino a aquel que llevaría a una persona prudente a anticiparlo. Elba A.B.M. v. U.P.R., 125 DPR 294, 309 (1990); Rivera Pérez v. Cruz Corchado, 119 DPR 8 (1987). Para determinar la previsibilidad del daño, no es necesario que se haya anticipado el mismo en la forma precisa en que ocurrió, basta con que el daño ocasionado sea la consecuencia natural y probable del acto u omisión. Sucns. Vega Marrero v. A.E.E., supra, pág. 170; Tornos Arroyo v. D.I.P., 140 DPR 265, 274 (1996).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha definido que el daño se compone de todo menoscabo material o moral que sufre una persona en sus bienes, propiedad o patrimonio, por la cual otra persona ha de responder. García Pagán v. Shiley Caribbean, etc., 122 DPR 193, 205-206 (1988). Es decir, el menoscabo puede infligirse en los bienes vitales naturales, en la propiedad o en el patrimonio del perjudicado causado en contravención a una norma jurídica y por el cual ha de responder otra. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 845. De igual manera, la reparación del daño existe únicamente como medida del daño sufrido, el cual debe ser real y

palpable, no vago o especulativo. Soto Cabral v. E.L.A., 138 DPR 298 (1995).

En una reclamación por responsabilidad civil extracontractual se pueden reclamar daños patrimoniales o económicos, que consisten en lo que llamamos daños emergentes o lucro cesante. Cintrón Adorno v. Gómez, 147 DPR 576, 587 (1999). Asimismo, el reclamante también puede reclamar daños generales o morales, consistentes en las angustias físicas, las angustias mentales, la pérdida de compañía, el afecto y la incapacidad. Id. Los daños morales tienen la finalidad de indemnizar el dolor, los sufrimientos físicos y las angustias mentales que padece una persona como consecuencia de un acto culposo o negligente. Id., pág. 597.

Cuando el alegado daño es producto de una omisión, el promovente está obligado a demostrar la existencia de un deber jurídico de actuar atribuible al causante, que, de no haberse incumplido, hubiese evitado la ocurrencia del agravio aducido. Soc. de Gananciales v. G. Padín Co., Inc., 117 DPR 94, 105-106 (1986).

La negligencia se define como "la falta del debido cuidado, que a la vez consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o de la omisión de un acto, que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias". Colón, Ramírez v. Televisión de P.R., 175 DPR 690, 707 (2009). En ese sentido, para fines de imputar negligencia, es forzoso identificar si el demandado podía prever, dentro de las circunstancias particulares pertinentes, que su acción u omisión podría causar algún daño. Pons v. Engebretson, 160 DPR 347, 355 (2003).

Cónsono con el deber de previsión, una persona sólo es responsable de las consecuencias probables de sus actos. Blás v. Hosp. Guadalupe, 146 DPR 267, 298 (1998). De ahí que se reconozca que la mera ocurrencia de un accidente, no constituye prueba de la negligencia del demandado en una acción sobre daños y perjuicios. Admor. F.S.E. v. Almacén Ramón Rosa, 151 DPR 711, 724 (2000).

Según reseñamos, la adjudicación de responsabilidad civil extracontractual y con ella, el deber de indemnizar, presupone la existencia de un nexo causal entre el acto culposo o negligente y el daño acaecido. En virtud de esta premisa, la doctrina ha sido enfática al establecer que sólo se han de resarcir aquellos agravios que constituyen una consecuencia lógica del hecho que impone tal deber. Estremera v. Inmobiliaria Rac. Inc., 109 DPR 852, 856 (1980).

La existencia de un nexo causal entre el acto culposo o negligente y el daño acaecido descansa en la teoría de la causalidad adecuada, la cual expresamente dispone que no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que, ordinariamente, lo produce según la experiencia general. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 844. Mediante la teoría de causalidad adecuada, no es causa toda condición peligrosa que produzca un resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. Toro Aponte v. E.L.A., 142 DPR 464, 474 (1997); Parrilla v. Ranger American of P.R., 133 DPR 263, 270-271 (1993).

B. Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalario

Nuestro máximo foro judicial local ha manifestado que en una acción de daños y perjuicios por

responsabilidad profesional médico-hospitalario "el demandante tiene que demostrar primero, cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; segundo, demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y, tercero, que esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente". Arrieta v. De la Vega, 165 DPR 538, 548-549 (2005).

Para que un demandante pueda prevalecer en su reclamación de alegada impericia médica no basta establecer que hubo negligencia o una omisión. Debe presentar prueba suficiente para controvertir la presunción de corrección a favor del médico. Además, en nuestro ordenamiento jurídico local se reconoce que el error de juicio honesto y razonable por parte del doctor constituye un eximente de responsabilidad cuando las autoridades médicas están en desacuerdo sobre cuál es la cura adecuada. Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 DPR 639, 650 (1988). Asimismo, un médico no es responsable por el mero hecho de realizar un diagnóstico o efectuar un tratamiento equivocado. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 DPR 719, 731 (1983).

Sobre el particular, nuestra última instancia judicial local ha expresado lo siguiente:

Es norma reiterada por este Tribunal en casos de responsabilidad profesional médica, la presunción de que el médico ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Corresponde al reclamante controvertir tal presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. Vda. de López v. ELA, 104 DPR 178, 183 (1975).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico destacó que para establecer un caso *prima facie* de daños y perjuicios por alegada impericia médica, el demandante tiene que presentar prueba suficiente sobre: (1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas y especialistas; (2) probar que el demandado incumplió con dichas normas en el tratamiento del paciente; y (3) que ello fue la causa de la lesión o daño sufrido por el reclamante. Medina Santiago v. Vélez 120 DPR 380, 385 (1988). El demandante no puede descansar en especulaciones o conjeturas. Ramos, Escobales v. García, González, 134 DPR 969, 976 (1993).

Por otra parte, si de la prueba presentada surge que más de una causa pudo ocasionar el daño, no debe imponérsele responsabilidad al galeno, salvo que luego de evaluada la totalidad de la prueba surja que su negligencia fue la que con mayores probabilidades causó el daño. Reyes v. Phoenix Assurance Co., 100 DPR 871, 876 (1972); Rodríguez Crespo v. Hernández, *supra*, págs. 649-650; Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas, 109 DPR 517, 521 (1980).

Además, en cuanto a la prueba pericial, se ha establecido que el hecho de que un perito sea generalista y otro especialista en determinado campo de la medicina no es un factor determinante para la evaluación del testimonio pericial o su calificación, pero que estas credenciales son de gran peso al estimar el valor probatorio del testimonio. Ernesto L. Chiesa, *Reglas de Evidencia de Puerto Rico 2009*, San Juan, Publicaciones JTS, 2009, págs. 223-224.

Ahora bien, el deber de cuidado hacia los pacientes no sólo se le exige a los médicos, sino también a los

hospitales. Núñez v. Cintrón, 115 DPR 598, 605 (1984). Nuestro Tribunal Supremo ha reconocido que los hospitales han ido asumiendo gran interés en la calidad de los servicios ofrecidos por sus médicos a los pacientes. Id. Es por ello que tienen un interés legítimo para que sus facultativos posean las cualificaciones y observen la conducta requerida para la consecución del mejor cuidado y tratamiento de los pacientes que allí acuden. Id.

Nuestra última instancia judicial local ha reiterado el deber de los médicos y los hospitales de ofrecer a sus pacientes la atención que satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica a la luz de los medios modernos de enseñanza y comunicación. López v. Dr. Cañizares, 163 DPR 119 (2004); Márquez Vega v. Martínez Rosado, 116 DPR 397, 404-405 (1985). Así pues, conforme a lo establecido en el Art. 1803 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5142, sobre la responsabilidad vicaria, procede imponerle responsabilidad a los hospitales por el incumplimiento con ese deber de parte de sus empleados para con los pacientes recluidos. López v. Dr. Cañizares, supra; Márquez Vega v. Martínez Rosado, supra, pág. 405; Núñez v. Cintrón, supra.

C. Apreciación de la prueba testifical, documental y pericial

Según se conoce, en aquellos casos en los que, a través de un recurso apelativo, se impute al Tribunal de Primera Instancia la comisión de algún error relacionado con la suficiencia de la prueba testifical o con la apreciación de la prueba, la parte apelante tiene la obligación de presentar una exposición narrativa de la prueba para colocar a esta segunda instancia judicial en

posición de revisar la sentencia apelada. Regla 19, inciso a, del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B; Álvarez v. Rivera, 165 DPR 1, 13 (2005).

En ausencia de error, prejuicio o parcialidad, los tribunales apelativos no intervendrán con las determinaciones de hechos, con la apreciación de la prueba, ni con la adjudicación de credibilidad efectuadas por el Tribunal de Primera Instancia. González Hernández v. González Hernández, 181 DPR 746, 776 (2011); Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR, 175 DPR 799, 811 (2009). Esta deferencia descansa en que el juez ante quien declaran los testigos es quien tiene la oportunidad de verlos y observar su manera de declarar, apreciar sus gestos, titubeos, contradicciones y todo su comportamiento mientras declaran; factores que van formando gradualmente en su conciencia la convicción sobre la verdad de lo declarado. Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones, 176 DPR 31, 68 (2009). Aún en aquellos casos en los que surjan conflictos entre la prueba corresponde al juzgador de los hechos dirimirlos. Flores v. Soc. de Gananciales, 146 DPR 45, 50 (1998).

Las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas. Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2. Solo se podrá intervenir con estas conclusiones cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba. González Hernández v. González Hernández, supra, pág. 777. "Se impone un respeto a la aquilatación de credibilidad del foro primario en consideración a que solo tenemos

records mudos e inexpresivos". Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR, supra, pág. 811.

En Pueblo v. Ortega Santiago, 125 DPR 203, 212 (1990), nuestro Tribunal Supremo expresó:

El abuso de discreción se puede manifestar de varias maneras en el ámbito judicial. Se incurre en ello, entre otras, y en lo pertinente, cuando el juez en la decisión que emite no toma en cuenta e ignora, sin fundamento para ello, un hecho material importante que no podría ser pasado por alto; cuando, por el contrario, el juez sin justificación y fundamento alguno para ello, le concede gran peso y valor a un hecho irrelevante e inmaterial y basa su decisión exclusivamente en el mismo; o cuando, no obstante considerar y tomar en cuenta todos los hechos materiales e importantes y descartar los irrelevantes, el juez livianamente sopesa y calibra los mismos.

"Cuando la evidencia directa de un testigo le merece entero crédito al juzgador de hechos, ello es prueba suficiente de cualquier hecho". Rivera Menéndez v. Action Service, 185 DPR 431, 444 (2012). Es por tanto que "la intervención con la evaluación de la prueba testifical procedería en casos en los que luego de un análisis integral de esa prueba, nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia". Id.

El Tribunal Supremo, citando a Don Alfonso de Paula Pérez, ha resumido el dinamismo y la certeza que imparten los sentidos de un juzgador que observa al mismo tiempo al testigo:

[Y] es que no sólo habla la voz viva. También hablan las expresiones mímicas: el color de las mejillas, los ojos, el temblor o consistencia de la voz, los movimientos, el vocabulario no habitual del testigo, son otras tantas circunstancias que deben acompañar el conjunto de una declaración testifical y sin embargo, todos estos elementos se pierden en la letra muda de las actas, por lo que se priva al Juez de otras tantas circunstancias que han de valer, incluso, más que el texto de la declaración misma para el juicio valorativo que ha de emitir en el momento de fallar; le

faltará el instrumento más útil para la investigación de la verdad; la observación. Ortiz v. Cruz Pabón, 103 DPR 939, 947 (1975).

Además, cabe enfatizar que resulta un principio básico en nuestro ordenamiento jurídico que, en la apreciación de la prueba desfilada ante el foro recurrido, el alcance de la revisión judicial sobre cuestiones de hecho está regulado por lo dispuesto en la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2, la cual, en lo pertinente, dispone que:

Las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos.

Sin embargo, también es norma reconocida que el arbitrio del juzgador de hechos, aunque respetable, no es absoluto. Una apreciación errónea de la prueba no tiene credenciales de inmunidad frente a la función revisora de los tribunales. Ramos Acosta v. Caparra Dairy Inc., 113 DPR 357 (1982); Vda. de Morales v. De Jesús Toro, 107 DPR 826, 829 (1978). Así pues, los foros apelativos pueden intervenir con la apreciación de la prueba testifical que haga el juzgador de los hechos, cuando éste actúe con pasión, prejuicio o parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla. Dávila Nieves v. Meléndez Marín, 187 DPR 750 (2013); S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A., 177 DPR 345 (2009); Quiñones López v. Manzano Pozas, 141 DPR 139, 152 (1996); Rodríguez v. Concreto Mixto, Inc., 98 DPR 579 (1970).

Asimismo, se podrá intervenir con la apreciación de la prueba cuando de un examen detenido de la misma el foro revisor se convenza de que el juzgador descartó injustificadamente elementos probatorios importantes o

que fundamentó su criterio únicamente en testimonios de escaso valor, o inherentemente improbables o increíbles. C. Brewer P.R., Inc. v. Rodríguez, 100 DPR 826, 830 (1972); Pueblo v. Luciano Arroyo, 83 DPR 573, 581 (1961).

De otro lado, es axioma judicial que ante la prueba pericial y documental el tribunal revisor se encuentra en igual posición que el foro recurrido y, por tanto, está facultado para apreciar la prueba apoyándose en su propio criterio. Dye-Tex de P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., 150 DPR 658, 662 (2000). Por ello, los foros apelativos no están obligados a seguir necesariamente la opinión de un perito, aunque sea técnicamente correcta. Hernández v. Pneumatics & Hydraulics, 169 DPR 273, 297 (2006).

D. Costas

La parte que prevalece debe presentar su memorando de costas "dentro del término de diez (10) días contados a partir del archivo en autos de copia de la notificación de la sentencia". Regla 44.1 (b), 32 LPRA Ap. V, R. 44.1 (b). Según la Regla 68.2 de las Reglas de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 68.2, el término de diez (10) días es un término jurisdiccional e improrrogable. Así pues, "el tribunal carece de poder o autoridad legal para aprobar cualquier memorándum de costas presentado tardíamente y/o uno suplementario para adicionar partidas omitidas en el memorando original". Burlington Air Exp., Inc. v. Mun. Carolina, 154 DPR 588, págs. 617-618 (2001).

III. Aplicación del Derecho a los Hechos

En los primeros dos señalamientos de error la parte apelante impugna la apreciación de la prueba realizada por el foro de primera instancia, quien juzgó que la

parte apelante no sostuvo sus alegaciones sobre impericia médica.

Tras aquilatar la prueba pericial, el Tribunal apelado determinó no reconocerle valor persuasivo alguno a las opiniones del Dr. Albino, perito de la parte apelante. El Dr. Albino es médico generalista con un año de residencia en medicina de familia y otro en medicina interna, abogado e investigador médico certificado en los Estados Unidos.¹⁷ No es cirujano general, ni vascular.¹⁸ Desde los años '90 no tiene privilegios ni está autorizado a admitir pacientes en ningún hospital en Puerto Rico.¹⁹ Tampoco interviene en el cuidado postoperatorio de pacientes.²⁰ Desde el 1994 se dedica a realizar peritaje en casos sobre impericia médica.²¹ A juicio del foro *a quo*, éste no demostró tener la experiencia, credenciales ni el conocimiento necesario para sostener una base sólida sobre su opinión pericial.

Por otro lado, al Tribunal le mereció entera credibilidad los doctores Valentín y Meléndez, peritos de la parte apelada. El Dr. Valentín es especialista en cirugía general y vascular, mientras que el Dr. Menéndez es especialista en cirugía general, vascular y periferovascular.²²

El foro primario le confirió mayor credibilidad a dichos peritos por apreciar que no sólo contaban con mejores cualificaciones, sino por la forma clara y espontánea en que declararon, así como, la precisión en sus opiniones avalada por referencias médicas.

¹⁷ T.O. págs. 72-75.

¹⁸ T.O. pág. 98.

¹⁹ Id.

²⁰ T.O. págs. 101-103.

²¹ T.O. pág. 72.

²² T.O. págs. 314-315; 459-460.

Un examen minucioso del expediente médico y de la exposición narrativa revela que el foro apelado no erró en su apreciación. En el presente caso, la parte apelante intentó establecer, sin éxito, que el alta del señor Deliz Vega constituyó un manejo inadecuado de su condición postoperatoria. Adujo, en esencia, que el Dr. Valentín, médico que atendió al señor Deliz Vega, le dio de alta prematuramente. Sostuvo que tal inobservancia tuvo un nexo con el sangrado contundente que experimentó el señor Deliz Vega una vez fue dado de alta y arribó a su hogar, situación que le provocó la muerte.

De otra parte, la parte apelada, logró acreditar que al ser dado de alta el paciente se encontraba en condición estable y que no había razón para retenerlo días adicionales en el Hospital. La prueba pericial de dicha parte, la cual a continuación esbozamos, estableció que el alegado sangrado profuso que sufrió el señor Deliz Vega al llegar a su casa fue un suceso imprevisible en consideración a la condición que observó el paciente durante su hospitalización.

Recapitulando, según el testimonio del Dr. Valentín, perito de la parte apelada, la relación médico paciente tuvo su génesis cuando el señor Deliz Vega se presentó a la Sala de Emergencia del Professional Hospital con un problema de circulación sanguínea.²³ El paciente presentó una úlcera venosa infectada en su pierna derecha y una úlcera infectada en el dedo grande de esa misma extremidad de naturaleza diabética complicada con insuficiencia arterial.²⁴ El señor Deliz Vega, de 67 años de edad, padecía de múltiples

²³ T.O. pág. 317.

²⁴ Id.

condiciones médicas.²⁵ Era diabético y tuvo enfermedad coronaria que había requerido cirugía cardíaca.²⁶ **Sufría de arritmia cardíaca conocida como fibrilación atrial, razón por la cual estaba en uso permanente del anticoagulante warfarina, marca Coumadin.**²⁷ El paciente había tenido cuatro episodios de derrame cerebral, insuficiencia renal y fallo congestivo cardíaco.²⁸

El galeno añadió que el paciente llegó al Hospital en estado anémico y anticoagulado, lo que era de esperarse pues, según explicó, la warfarina licúa la sangre, de manera tal que el paciente tenga menos propensidad a formar coágulos.²⁹ El Dr. Valentín declaró que, en vista de la insuficiencia circulatoria y la anticoagulación, pensó que el paciente habría de necesitar múltiples intervenciones.³⁰ Así el, 12 de agosto de 2013, el doctor comenzó por limpiar la pierna, a saber, realizó un desbridamiento de todo el tejido infectado en el pie y pierna derecha.³¹ Esto para disminuir el tejido infectado y reducir la presencia bacterias y toxinas.³² Indicó que cuando el señor Deliz Vega llegó al Hospital reportó un nivel de hemoglobina de 10.3.³³ Explicó que la hemoglobina y los hematocritos tienen una correlación directa y que prefiere utilizar el hematocrito como método de medición porque se pueden detectar cambios con mayor facilidad.³⁴

Al día siguiente del desbridamiento, el 13 de agosto de 2013, el Dr. Valentín realizó un cateterismo

²⁵ Id.

²⁶ T.O. pág. 318.

²⁷ Id.

²⁸ Id.

²⁹ T.O. págs. 323-324.

³⁰ T.O. pág. 325.

³¹ T.O. pág. 325.

³² Id.

³³ T.O. pág. 326.

³⁴ Id.

de la pierna o arteriograma.³⁵ El Dr. Valentín afirmó que dicho procedimiento mostró una multiplicad de arterias ocluidas.³⁶ Su recomendación fue un puente o "bypass" femoropoplíteo para evitar la zona obstruida y restablecer la circulación del paciente.³⁷ El 14 de agosto de 2013, realizó el "bypass" y una endarterectomía para eliminar placas de las arterias ocluidas y restablecer el flujo sanguíneo.³⁸ **El procedimiento fue exitoso.**³⁹ **El Dr. Valentín subrayó que controló la infección y que la circulación mejoró.**⁴⁰ La pérdida estimada de sangre en dicho procedimiento fue de 800cc, la cual el galeno catalogó como **"un poquito sobre lo normal, pero totalmente anticipable en vista de dos procedimientos en el trasfondo de un paciente anticoagulado"**.⁴¹ **Agregó que "para las circunstancias en que estábamos trabajando, muy satisfactorio"**.⁴² Luego de esta intervención, el señor Deliz Vega permaneció hospitalizado bajo cuidado postoperatorio.⁴³

Tras la cirugía, el 14 de agosto de 2013, se reportó que el paciente tenía un nivel de hemoglobina de 7.9 y 24.2 de hematocritos.⁴⁴ El galeno explicó que la baja en la hemoglobina obedeció a la pérdida de sangre intraoperatoria.⁴⁵ Como parte de las medidas tomadas, ese día se transfundió al señor Deliz Vega.⁴⁶ El Dr. Valentín explicó que el protocolo médico le exigía transfundir a pacientes que arrojan un nivel de

³⁵ T.O. págs. 325, 328-329.

³⁶ T.O. págs. 330-331.

³⁷ T.O. pág. 331.

³⁸ T.O. pág. 333.

³⁹ T.O. pág. 334.

⁴⁰ T.O. pág. 335.

⁴¹ Id.

⁴² Id.

⁴³ T.O. págs. 335-336.

⁴⁴ T.O. pág. 337.

⁴⁵ T.O. pág. 338.

⁴⁶ Id.

hematocritos por debajo de 28 dentro de las primeras 24 horas después de la cirugía.⁴⁷ Transcurridas esas primeras 24 horas, el criterio médico para transfundir al paciente se reduce a 25 hematocritos.⁴⁸ El Dr. Valentín refirió que **después de la transfusión de sangre, el 15 de agosto de 2013, los niveles de hemoglobina y hematocritos aumentaron a 8.4 y 25.2, respectivamente.**⁴⁹ **Aclaró que los niveles de hematocritos y hemoglobina no detectan o revelan la existencia de un sangrado activo.**⁵⁰

Reiteró que **el paciente estaba anticoagulado, lo que provocó que sangrara más durante la cirugía.**⁵¹

Manifestó que, con miras a la cirugía, disminuyó la dosis de anticoagulantes.⁵² No la eliminó, para no exponer al paciente a riesgo de derrames cerebrales.⁵³ Acto seguido el galeno hizo referencia a los niveles de coagulación sanguínea del paciente.⁵⁴ Explicó que los valores de la coagulación, que se identifican en los laboratorios como INR, se monitorean para identificar el efecto de los anticoagulantes en el paciente.⁵⁵ El paciente arrojó 1.96 de coagulación en la fecha de su ingreso al Hospital, "que quiere decir que el paciente está tardando en coagular el doble sobre un paciente normal".⁵⁶ "Nosotros queríamos llevar más o menos a esa línea fronteriza de 1.5", explicó. Subrayó "a las 6:00 a.m. del día que lo voy a operar el paciente tiene

⁴⁷ Id.

⁴⁸ T.O. págs. 438-439.

⁴⁹ T.O. pág. 339.

⁵⁰ T.O. pág. 381.

⁵¹ T.O. pág. 340.

⁵² Id.

⁵³ Id.

⁵⁴ Id.

⁵⁵ Id.

⁵⁶ T.O. pág. 343.

esto".⁵⁷ Explicó que se trata de hacer un balance entre no tener mucha anticoagulación para que la herida selle y no tener muy poca para no vaya a formar un coágulo.⁵⁸ "En la medida que nos vamos alejando de la fecha en que se realizó la operación, yo quiero que ese valor siga aumentando", declaró.⁵⁹ Por tal razón, se le da un suplemento con un anticoagulante llamado Pradaxa.⁶⁰ Así, los valores se continúan monitoreando a lo largo de la hospitalización para identificar cuándo el paciente está adecuadamente anticoagulado y eliminar eventualmente el anticoagulante suplementario.⁶¹

Al ser inquirido sobre el nivel de hemoglobina observado los días 15 y 16 de agosto de 2013 (luego de la cirugía) el doctor explicó que éste disminuyó por dos razones.⁶² **La primera, porque el paciente estaba sangrando por la herida debido a la anticoagulación.**⁶³ **La segunda, porque la redistribución del flujo sanguíneo toma hasta 48 horas después de la cirugía.**⁶⁴ En ese tenor, señaló que el proceso de redistribución del paciente se extendió hasta el 17 de agosto de 2013.⁶⁵

El galeno también explicó la diferencia entre un sangramiento médico y uno quirúrgico.⁶⁶ El médico, se atiende sin necesidad de intervención quirúrgica, mientras que el quirúrgico requiere cirugía.⁶⁷ Declaró que los procedimientos quirúrgicos siempre deben ser el

⁵⁷ T.O. pág. 344.

⁵⁸ T.O. págs. 344-345.

⁵⁹ T.O. pág. 345.

⁶⁰ Id.

⁶¹ Id.

⁶² T.O. pág. 347.

⁶³ Id.

⁶⁴ T.O. pág. 350.

⁶⁵ Id.

⁶⁶ T.O. pág. 351.

⁶⁷ Id.

último recurso, una vez se hayan agotado todas las alternativas no invasivas.⁶⁸

De otra parte, señaló que descartó realizar estudios radiológicos para identificar de dónde venía el sangrado del paciente porque "esos estudios en estas circunstancias simplemente no se hacen".⁶⁹ Es "insólito" añadió.⁷⁰ La literatura médica no los avala.⁷¹ En lo que a las circunstancias para detectar la presencia de sangramiento se refiere, declaró que pueden darse dos escenarios.⁷² Uno, "se forma un chichón debajo de la piel o bota la sangre para afuera".⁷³ Sostuvo a que a la luz de la literatura médica, "una vez el paciente deja de sangrar no se hace nada más".⁷⁴

El Dr. Valentín hizo referencia a los niveles de hemoglobina, hematocritos y coagulación del señor Deliz Vega después del 16 de agosto de 2013, conforme constan en el expediente médico.⁷⁵ Haciendo referencia a tales laboratorios, el galeno declaró que **el 16 de agosto de 2013, al paciente se le realizaron dos transfusiones de sangre adicionales que tuvieron resultados fructuosos.**⁷⁶ Refirió que luego de dichas transfusiones el nivel de hemoglobina y hematocritos del paciente aumentó y éste

⁶⁸ Id.

⁶⁹ T.O. pág. 353.

⁷⁰ Id.

⁷¹ Id.

⁷² T.O. pág. 354.

⁷³ Id.

⁷⁴ Id.

⁷⁵ Véase expediente médico, págs. 351-369 del apéndice del recurso de autos.

FECHA	HEMOGLOBINA/HGB	HEMATOCRITOS/HCT	COAGULACION/INR
12-agosto (fecha de admisión)	10.3	31.6	1.96
14-agosto (fecha "bypass")	7.9	24.2	1.64 (a.m.) 1.51 (p.m.)
15-agosto	8.4	25.2	1.39
16-agosto	7.7	23.5	1.85
17-agosto	8.6	25.5	1.95
18-agosto	8.6	25.7	1.88
19-agosto (alta médica)	n/a	n/a	2.06

⁷⁶ T.O. pág. 355.

fue dado de alta el 19 de agosto de 2013 en condición estable.⁷⁷ Reiteró que a 48 horas de la cirugía "no había indicios de un proceso significativo de sangramiento ni de redistribución".⁷⁸

El Dr. Valentín también hizo referencia a las órdenes médicas postoperatorias del paciente que constan en el expediente médico. Particularmente, identificó que, a la luz de la orden médica de 14 de agosto de 2013, el señor Deliz Vega debía guardar reposo en cama por espacio de 48 horas luego de la cirugía, pero que **no estaba encamado por orden médica.**⁷⁹ Hizo la distinción entre el paciente que guarda reposo en cama y el encamado.⁸⁰ Explicó que el primero, contrario al segundo puede levantarse de la cama y realizar actividad de tipo "ambulatorio".⁸¹ El segundo no puede levantarse de la cama bajo ninguna circunstancia, pues no tiene la capacidad de ambular.⁸² **Explicó que levantarse, ir al baño y/o hacer una fuerza indebida en esa extremidad no es suficiente para poder crear un sangrado profuso.**⁸³

Luego declaró sobre el sangramiento postoperatorio. Aludió a las *Notas Descriptivas de Enfermería*. La nota de 15 de agosto de 2013 lee como sigue: "paciente alerta, orientado, con herida quirúrgica en pierna derecha, **no refiere dolor al momento, paciente con sangrado leve,** se hace presión, se toman los signos vitales, se administran medicamentos de órdenes médicas, se observa para cambios. El Dr. Báez, internista, evalúa al paciente, quien ordena CBC, se toman muestras de sangre

⁷⁷ T.O. págs. 355-356.

⁷⁸ Id.

⁷⁹ T.O. págs. 356-357; pág. 454 del apéndice del recurso.

⁸⁰ T.O. pág. 357.

⁸¹ T.O. págs. 357-358.

⁸² T.O. págs. 357-359.

⁸³ T.O. pág. 447.

y se manda a referencia".⁸⁴ El Dr. Valentín explicó que por *sangrado leve* debía entenderse "un sangrado que ocurre en los vendajes".⁸⁵ Reseñó que el lego, y en ocasiones las enfermeras, erradamente identifican cualquier descarga serosa o serosanguinolenta como un sangrado leve por su color.⁸⁶

El Dr. Valentín fue inquirido sobre determinadas anotaciones del Dr. Báez con fecha de 15 de agosto de 2013. Particularmente, se hizo referencia a que dicho galeno reseñó que observó que "profuse bleeding".⁸⁷ Indicó que dicha situación se atendió e hizo referencia a sus *Notas de Progreso* de 16 de agosto de 2013, donde constató que el **sangrado se había controlado y que la herida quirúrgica tenía buen pulso y fue descrita "wound of minimal bleeding"**.⁸⁸

Así, el galeno hizo referencia a su *Notas de Progreso* del 17 de agosto de 2013 y declaró sobre su contenido. En la misma se establece lo siguiente: "El paciente refiere que **se siente mejor, en el examen físico específicamente los vitales están estables. Tiene por ejemplo el pulso de 69, o sea que ese paciente no tiene taquicardia y una presión 150/78 que tampoco tiene presión baja. El examen de la pierna dice que no tiene eritema ni sangramiento. No tiene descargas de ningún tipo, seropurulenta, serosanguinolenta o serosa. No discharge"**. El Dr. Valentín explicó que la herida estaba **evolucionando sin mayor infección**.⁸⁹

⁸⁴ Pág. 489 del apéndice del recurso. Se consultó al Dr. Báez, médico internista, para una evaluación preoperatoria.

⁸⁵ T.O. pág. 359.

⁸⁶ T.O. págs. 359-360.

⁸⁷ Pág. 432 del apéndice del recurso.

⁸⁸ Pág. 436 del apéndice del recurso; T.O. págs. 452-453.

⁸⁹ Pág. 440 del apéndice del recurso; T.O. págs. 366-367.

Luego declaró sobre las *Notas Progreso de Enfermería* con fecha de 18 de agosto de 2013, en donde se identifica "**poco sangrado**".⁹⁰ También hizo referencia a sus *Notas de Progreso* de dicha fecha que leen: "**Clean surgical wound, staples que son unas grapas que se usan para cerrar la herida, en sitio. Negativo para eritema, negativo para edema. Eritema que la piel esté roja. Negativo para edema, que es que la piel esté hinchada. Y negativo para sangramiento. Los márgenes de la herida los describió como limpios. Que no tiene exudados o secreciones o no tiene debris, que es tejido muerto, que lo sabemos por el cambio de color. En términos de temperatura, no tiene fiebre está hemodinámicamente estable.** Le impartió al paciente instrucciones de continuar con el cuidado local de la herida y el tratamiento de antibióticos".⁹¹

Explicó que hemodinámicamente estable implica que el paciente que **no tiene alteración en el pulso ni en la presión**.⁹² Afirmó que los hallazgos de esa evaluación, así como los laboratorios del 18 de agosto de 2013, confirman que el paciente estaba **estable y mejorando gradualmente**.⁹³ Declaró, además, que en vista de que el **paciente presentó mejoría determinó no transfundirlo el 18 de agosto de 2013**.⁹⁴

La última *Nota de Progreso* del galeno, también identificada como *Nota del Alta*, se complementó el 19 de agosto de 2013.⁹⁵ Los hallazgos de la evaluación final fueron: "**El paciente nos refiere que se siente bien. Tiene 36 de temperatura. No tiene fiebre. 69 de pulso,**

⁹⁰ Pág. 501 del apéndice del recurso; T.O. págs. 368-369.

⁹¹ Pág. 444 del apéndice del recurso; T.O. pág. 372.

⁹² T.O. pág. 373.

⁹³ T.O. pág. 374.

⁹⁴ T.O. pág. 365.

⁹⁵ T.O. pág. 374.

18 de respiraciones por minuto. Pulso no taquicardiaco. Range normal. Herida bypass está cerrada con las grapas y en sitio, no demuestra eritema, no demuestra sangramiento activo. La úlcera del pie con márgenes limpios, no tiene debris, no tiene descargas, ni tejido necrótico y/o tejido muerto. Positivo para granulación (cuando la herida empieza a sanar tiene un tejido de color grano).⁹⁶ El galeno declaró que en vista de la mejoría del paciente procedió a darle de alta e impartirle las correspondientes instrucciones.⁹⁷

Por la parte apelada también declaró el Dr. Menéndez. Enfatizó en que la comorbilidad del paciente (el historial de múltiples condiciones médicas) representa un caso médico de alta complejidad.⁹⁸ Haciendo referencia al expediente médico del paciente, el Dr. Menéndez identificó las siguientes condiciones en su informe pericial: diabetes mellitus tipo II descontrolada; hipertensión arterial descontrolada; anemia ferropénica crónica; enfermedad coronaria obstructiva s/p puentes aortocoronarios x 3; fibrilación atrial; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; fallo cardiaco congestivo; historial de trombosis venosa de las extremidades inferiores; úlceras maleolares por hipertensión venosa crónica desde 2009; úlcera infectada y que no cicatriza en pierna derecha y fascitis necrotizante del dedo grande del pie derecho con celulitis; enfermedad aterosclerótica difusa de la pierna derecha; hiperlipidemia; bloqueo cardiaco de rama

⁹⁶ Pág. 446 del apéndice del recurso; T.O. págs. 374-376.

⁹⁷ T.O. pág. 378.

⁹⁸ T.O. págs. 462-463.

izquierda; e insuficiencia renal por nefropatía diabética (proteínuria).⁹⁹

Coincidió con el Dr. Valentín en cuanto a que durante la hospitalización el paciente tuvo lo que se conoce como un sangrado médico porque estaba anticoagulado.¹⁰⁰ Refirió que el 14 de agosto de 2013, el paciente arrojó un nivel de hemoglobina de 7.9 gramos y que siguiendo las guías médicas vigente se ordenó transfundir al paciente.¹⁰¹ Entiende que, pese a que en esa fecha se transfundió al paciente, éste se encontraba hemodinámicamente estable. Síntomas que hubiesen demostrado que el paciente no estaba hemodinámicamente estable hubiesen sido dolor de pecho, que no estuviera orinando, que estuviese hipotenso, entre otros, ninguno de los cuales reflejó el paciente.¹⁰² Añadió que, acorde con las nuevas guías médicas, ese paciente no hubiera requerido una transfusión de sangre.¹⁰³ **Sostuvo que la vida del señor Deliz Vega en ningún momento corrió peligro.**¹⁰⁴

En cuanto a la nota de "profuse bleeding" suscrita por el Dr. Báez, indicó que el paciente llegó a estar en Pradaxa y en Plavix, un inhibidor de la coagulación y un anti-plaquetario, respectivamente, ambos medicamentos producen sangrado médico.¹⁰⁵ Subrayó que cuando se dio de alta al paciente no había evidencia de sangrado médico.¹⁰⁶ Declaró que la estadía promedio para un puente femoropoplíteo suele ser de dos días.¹⁰⁷

⁹⁹ Pág. 342 del apéndice del recurso.

¹⁰⁰ T.O. pág. 464.

¹⁰¹ Id.

¹⁰² Id.

¹⁰³ Id.

¹⁰⁴ Id.

¹⁰⁵ Id.

¹⁰⁶ T.O. pág. 465.

¹⁰⁷ Id.

El galeno juzgó que el manejo del Dr. Valentín fue excelente.¹⁰⁸ Declaró "yo hubiese manejado al paciente igual".¹⁰⁹ Aseveró que para que la herida quirúrgica se desgarre el paciente "tuvo que haber hecho un esfuerzo grande al pararse, una movida brusca que justifique que esa anastomosis (el empate entre la vena y la arteria) se haya roto".¹¹⁰ "Él tiene que haber hecho un esfuerzo sumamente brusco para que eso se desgarre porque la anastomosis está cogido con una sutura polifilamentosa a la cual se le hace un mínimo de siete nudos para que no se suelte. De la única forma es que haya habido un tirón, un jalón para que eso empiece a sangrar bruscamente. Eso es una arteria que está conectada directamente con los vasos profundos, la aorta y la femoral", agregó.¹¹¹

Reiteró que el sangrado postoperatorio se corrigió médicamente y que al momento de ser dado de alta no existía evidencia de sangrado.¹¹² Subrayó que el expediente médico muestra que el paciente fue evaluado diariamente por varios médicos.¹¹³ Sostuvo que las alegadas circunstancias que provocaron el desenlace final del paciente, de ser ciertas, no eran previsibles ni evitables.¹¹⁴

Coincidió con el Dr. Valentín en cuanto a que la literatura médica no reconoce ningún estudio radiológico para determinar sangrados de esta naturaleza".¹¹⁵ El galeno explicó que no se justifica la carga de contraste a un paciente en fallo renal para averiguar un estudio

¹⁰⁸ T.O. pág. 466.

¹⁰⁹ Id.

¹¹⁰ Id.

¹¹¹ T.O. pág. 469.

¹¹² T.O. pág. 471.

¹¹³ T.O. pág. 472.

¹¹⁴ T.O. pág. 473.

¹¹⁵ T.O. pág. 495.

cuando se tiene la certeza de que se está ante un sangrado médico.¹¹⁶ Explicó que el desprendimiento del injerto o donde la vena se une a la arteria (anastomosis) conlleva un sangrado profuso y continuo, a saber, un sangrado quirúrgico.¹¹⁷

De haber habido un sangrado en la herida quirúrgica en el hospital, el paciente hubiese presentado un hematoma "y todo el mundo lo va a identificar", declaró.¹¹⁸ A su juicio, se hubiese manifestado en la herida porque está sangrando directamente la arteria.¹¹⁹ "Aunque se haya soltado la anastomosis en un segmento nada más, iba a sangrar", señaló. "Más aún cuando se trata de paciente anticoagulado. Iba a manifestarse no con un sangrado difuso *on and off*, pero sí va a sangrar con un hematoma en el área. O aquí en la ingle o abajo en la pierna. Visible para todo el mundo y se forma una emergencia quirúrgica", declaró.¹²⁰

Como puede apreciarse, la prueba pericial estableció que no hubo un sangrado excesivo y/o quirúrgico en la etapa postoperatoria. El paciente toleró bien el procedimiento quirúrgico. El único sangrado sustancial que se evidenció fue el que el Dr. Báez documentó el 15 de agosto de 2013, al día siguiente de la cirugía. Surge de las notas de progreso de enfermería y del Dr. Valentín, las cuales constan en el expediente médico e identificamos anteriormente, que dicho sangrado se controló a tiempo con el ajuste de medicamentos, que la herida quirúrgica estaba sanando

¹¹⁶ T.O. págs. 503, 518.

¹¹⁷ T.O. pág. 541.

¹¹⁸ T.O. pág. 542.

¹¹⁹ T.O. pág. 543.

¹²⁰ Id.

bien y que la condición médica del señor Deliz Vega era estable.

El sangrado que se reportó en las notas de progreso con posterioridad al 15 de agosto de 2013 fue leve o mínimo. La prueba desfilada no estableció que el vendaje del paciente estuviera empapado de sangre, el ritmo cardiaco del paciente era normal, no se estableció que orinara menos de lo acostumbrado o nada en absoluto.

Tampoco hay evidencia de que el paciente se hubiera levantado de la cama y sufrido un golpe. Por el contrario, se observó que la mayoría del tiempo se mantuvo en cama, según le fuera ordenado. Sobre este particular, el Dr. Valentín explicó que el hecho de que el paciente se hubiera levantado de su cama para ir al baño tampoco guarda relación con un sangrado profuso. Subrayó que el señor Deliz Vega era un paciente ambulatorio, por lo que podía levantarse de la cama y ello no lo exponía a riesgo alguno.

Asimismo, el Dr. Valentín constató que los niveles de coagulación sanguínea, hemoglobina y hematocritos del paciente se mantuvieron dentro de los límites normales. Consignó, además, que estos se mantuvieron aumentando. Por igual, constató que la baja que tuvo el paciente en la hemoglobina y hematocritos tras la cirugía obedeció a que éste recibía tratamiento con anticoagulantes para su condición de fibrilación atrial. El Dr. Valentín hizo hincapié en que estos niveles tampoco eran motivo para pensar que estaba ocurriendo un sangrado.

El Dr. Menéndez coincidió con el testimonio pericial brindado por el Dr. Valentín. Como constató en su informe: "Al momento de ser dado de alta no hay evidencia de sangrado, su glicemia, su presión arterial,

su función renal y su condición cardiovascular están dentro de unos parámetros adecuado, por lo que no hay razón para retenerlo más días en el Hospital". En apoyo de lo anterior, nos referimos a la nota de alta de 19 de agosto de 2013: **"El paciente nos refiere que se siente bien. No tiene fiebre. Pulso no taquicardiaco. Range normal. Herida bypass está cerrada con las grapas y en sitio, no demuestra eritema, no demuestra sangramiento activo. La úlcera del pie con márgenes limpios, no tiene debris, no tiene descargas, ni tejido necrótico y/o tejido muerto. Positivo para granulación (cuando la herida empieza a sanar tiene un tejido de color grano)"**.

De modo que, a la luz del cuadro clínico del paciente no había indicio alguno de sangrado o complicación médica.

Los doctores recalcaron que cualquier evidencia de sangrado se hubiera podido identificar a simple vista, pero que ese no fue el caso aquí. Asimismo, opinaron que el sangrado que sufrió el paciente al llegar a su casa fue un sangrado arterial anómalo e imprevisible que con toda probabilidad fue provocado por un movimiento brusco. Por igual, el expediente médico consigna que el paciente fue evaluado diariamente por enfermeras y especialistas médicos. La parte apelante no logró probar la conexión del daño con las acciones de la parte apelada. Por su parte, el testimonio pericial dejó claro que el tratamiento y manejo postoperatorio brindado al señor Deliz Vega se ofreció conforme a la mejor práctica de la medicina.

Sin dejar de reconocer la capacidad profesional del Dr. Albino, coincidimos con la actuación del foro primario de otorgarle mayor peso probatorio a los testimonios del Dr. Valentín y el Dr. Menéndez, por ser

especialistas en cirugía vascular con vasta experiencia. Hacemos eco de las expresiones de nuestro Tribunal Supremo en Dye-Text P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R., supra, pág. 664, "aunque un médico esté capacitado para testificar sobre cualquier área de la medicina, la especialidad puede ser decisiva en cuanto a valor probatorio de su testimonio". En adición a las calificaciones de los doctores Valentín y Menéndez, la solidez de las bases de sus respectivos testimonios deja claro que el foro sentenciador no indició en su apreciación de la prueba.

Por último, en su tercer señalamiento de error la parte apelante impugna la aprobación conferida por el foro de primera instancia al memorando de costas presentado por el Dr. Valentín. Sin embargo, obsérvese que la parte apelante no discutió adecuadamente dicho señalamiento en el cuerpo del recurso conforme lo exige nuestro Reglamento, por lo que el mismo se entiende renunciado. Véase Regla 16(C) (1) (f) del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 16(C) (1) (f). Ninguno de los errores señalados se cometió.

IV.

V. Disposición del Caso

Por los fundamentos antes expuestos, confirmamos la *Sentencia* apelada.

Lo acordó y manda el Tribunal, y lo certifica la Secretaria del Tribunal.

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