

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGION JUDICIAL DE AGUADILLA Y FAJARDO
PANEL ESPECIAL

DAISY CHÉVEREZ
CHÉVEREZ

Apelante

Vs.

JOSÉ ORTIZ
FELICIANO

Apelado

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

KLAN201600160

Caso Núm.:
NSCI201300499

Sobre:
Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Coll Martí, la Jueza Lebrón Nieves y el Juez Cancio Bigas.¹

Cancio Bigas, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 12 de febrero de 2019.

Comparecen Daisy Chéverez, María Chéverez y Rosa E. Chéverez Molina, (en adelante, *demandantes* o *apelantes*), y nos solicitan que revoquemos la *Sentencia* emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Fajardo, mediante la cual declaró "No Ha Lugar" la demanda presentada.

Por los fundamentos que exponaremos, se confirma la *Sentencia* apelada.

I

Según surge del expediente, durante horas de la madrugada del 18 de julio de 2012, Daisy Chéverez comenzó a sentir un fuerte dolor abdominal. Ese mismo día, alrededor de las 7:00 a.m., Daisy Chéverez acudió a la sala de emergencias del Hospital HIMA San Pablo Fajardo (en adelante, *HIMA*), donde fue atendida por el médico de turno. Además de inicialmente haberle

¹ En sustitución de la Jueza Brignoni Mártir. Véase, Orden Administrativa TA-2017-015.

ordenado laboratorios y medicamentos, a la 1:00 p.m. de ese mismo día se le ordenó un *CT Scan* abdomino-pélvico con contraste. La interpretación de dicho estudio estuvo disponible a las 6:07 p.m., y dio la impresión de que la paciente tenía una apendicitis aguda, por lo que se recomendó fuera evaluada por el servicio de cirugía. Debido a que la paciente era beneficiaria del plan de salud gubernamental, se ordenó su traslado al *Caribbean Medical Center* (en adelante, *CMC*), donde arribó a eso de las 9:00 p.m.

La paciente fue evaluada por el cirujano Dr. José Ortiz Feliciano, quien le realizó una apendectomía el 19 de julio de 2012 a las 2:00 p.m. Luego de la cirugía, el apéndice fue enviado a patología para ser examinado, y el diagnóstico fue de apendicitis supurativa aguda. La demandante permaneció hospitalizada hasta el 22 de julio de 2012, cuando fue dada de alta por el Dr. Ortiz Feliciano. Se le instruyó a continuar tratamiento de antibiótico por la vía oral y acudir a una cita de seguimiento con el Dr. Ortiz Feliciano el 30 de julio de 2012.

La noche del 26 de julio de 2012, la demandante regresó a la sala de emergencias de *CMC*, pues presentaba fiebre e hinchazón abdominal, y fue evaluada por el médico de turno en la sala de emergencias. Al día siguiente fue admitida como paciente del Dr. Ortiz Feliciano. Se le hizo otro *CT Scan* abdomino-pélvico que reflejó la presencia de un absceso. Posteriormente, la paciente fue intervenida nuevamente por el Dr. Ortiz Feliciano para drenar el absceso que había desarrollado. La demandante fue dada de alta el 1 de agosto de 2012, para continuar

tratamiento de antibiótico intravenoso desde su hogar y se coordinó una cita de seguimiento posterior con el Dr. Ortiz Feliciano.

Así las cosas, las demandantes presentaron una Demanda sobre daños y perjuicios contra HIMA, el CMC y el Dr. Ortiz Feliciano, alegando que los demandados habían sido negligentes al brindarle tratamiento médico a Daisy Chéverez. En síntesis, alegaron que los demandados fueron negligentes porque: (1) hubo una dilación injustificada en llevar a cabo la cirugía de la demandante; (2) dieron de alta a la paciente de manera prematura sin haber investigado la causa de la fiebre que padecía; y (3) no diagnosticaron la infección posoperatoria de la paciente, lo cual llevó al desarrollo de un absceso.

Luego de los demandados haber comparecido al pleito y contestado la demanda, se llevó a cabo el descubrimiento de prueba. El juicio en su fondo fue celebrado durante los días 26, 27, 28 y 29 de octubre de 2015. Durante el primer día del juicio en su fondo, se le informó al Tribunal que las demandantes habían logrado un acuerdo transaccional con los codemandados HIMA y CMC, por lo que el juicio continuó solamente en cuanto al codemandado Dr. Ortiz Feliciano. Las partes presentaron su prueba, incluyendo los testimonios de los médicos Dr. Julio A. Albino Vázquez y Dr. Jorge Noya Monagas, peritos de la parte demandante y demandada, respectivamente.

El 30 de diciembre de 2015, el Tribunal de Primera Instancia emitió su *Sentencia* y declaró "No Ha Lugar" la demanda presentada por las apelantes. El Tribunal

incluyó, entre otras, las siguientes determinaciones de hechos:

[. . . .]

16. De acuerdo con la prueba pericial presentada, una apendicitis es una urgencia y no una emergencia médica. La diferencia entre éstas es que la emergencia médica requiere atención inmediata, mientras que la urgencia médica no.

[. . . .]

21. De acuerdo con las notas de enfermería sobre temperatura, entre el 19 y 22 de julio de 2012, la Paciente sólo tuvo fiebre dos veces: el 21 de julio de 2012 a las 2:45 pm y a la media noche. En estas ocasiones la temperatura alcanzó 40 grados y 38.3 grados respectivamente. Ortiz Feliciano fue notificado oportunamente de esto. El 22 de julio de 2012 la Paciente no tuvo fiebre.

22. El 22 de julio de 2012 la Paciente fue dada de alta del hospital a las 7:05 pm. Ese día se le tomó la temperatura a la paciente 3 veces a las 2:00 am, 8:00 am y al momento del alta. La temperatura en esos momentos fue de 37.1, 37 y 37.7 grados respectivamente. Esto significa que la Paciente no tenía fiebre en el momento en que se le dio el alta. Sin embargo, el día anterior la Paciente tuvo fiebre (temperatura mayor de 38.3 grados) en una ocasión: a las 2:00 pm cuando su temperatura subió a 40 grados. A partir de ese momento la temperatura comenzó a bajar. [...]

[. . . .]

28. La Paciente, entre el momento del alta y el 26 de julio de 2012, no se comunicó ni visitó la sala de emergencia de CMC ni las oficinas de Ortiz Feliciano para informar sobre su estado post operatorio.

[. . . .]

33. El Dr. Julio Albino Vázquez fue cualificado perito de la parte demandante. Se cualificó como perito en medicina general con experiencia en la atención y manejo de pacientes en sala de emergencia. [...]

34. El Dr. Julio Albino Vázquez no es cirujano y no tiene experiencia en el tratamiento y manejo de pacientes quirúrgicos. Destacamos que el Dr. Albino Vázquez no tiene experiencia tratando ni manejando pacientes a quienes se les ha extraído el apéndice. Su experiencia atendiendo este tipo de paciente se limita a evaluarlos inicialmente cuando llegan a una

sala de emergencia y a referirlos a los cirujanos de turno. Por esta razón, el tribunal no concedió valor probatorio a su testimonio.

35. El Dr. Jorge Noya Monagas fue cualificado como perito del demandado como cirujano general. El Dr. Noya es cirujano general desde 1979. Durante su carrera profesional ha dirigido varios departamentos de cirugía, incluyendo el del Ashford Presbyterian Hospital. Pertenece al Colegio de Médico de Cirujanos y es "fellow" del American College of Surgeons.

[. . . .]

37. La formación de un absceso es una complicación inherente de cualquier cirugía. La Paciente fue advertida de este riesgo cuando se le solicitó el consentimiento para realizar la cirugía.

38. Los parámetros para dar de alta a una paciente postoperatoria son marcadamente distintos a los de un paciente normal. Se considera que un paciente quirúrgico tiene fiebre cuando su temperatura es mayor de 38.3 grados.

39. En este caso la paciente fue dada de alta con temperatura de 37.7 por lo que estaba afebril desde el punto de vista postquirúrgico.

40. La paciente fue dada de alta con los laboratorios de sangre que le tomaron ese mismo día en la mañana reflejaban un nivel aumentado de glóbulos blancos de 14.3.

41. Una intervención quirúrgica como la realizada a la Paciente puede alterar y aumentar el conteo de células blancas y los neutrófilos.

42. En este caso, los resultados de los laboratorios de sangre son normales para una paciente que se encuentra enfrentando una apendicitis que por naturaleza es un proceso infeccioso.

[. . . .]

44. De acuerdo con la prueba pericial creída por el tribunal, el criterio médico o estándar de cuidado para manejar un paciente diagnosticado con apendicitis aguda requiere que sea intervenido quirúrgicamente en un periodo no mayor de 24 a 48 horas. El criterio para dar de alta a este tipo de paciente se requiere que éste tolere una dieta regular, que se encuentre ambulando, que tenga el abdomen blando, que la herida luzca sin indicios de infección y que tenga los signos vitales estables.

[. . . .]²

Dicho foro resolvió que no se le podía imputar al Dr. Ortiz Feliciano responsabilidad alguna por lo ocurrido previo a la paciente haber estado bajo su cuidado. El foro primario concluyó que la paciente fue intervenida quirúrgicamente en menos de 24 horas, y que su convalecencia discurrió dentro de lo esperado para ese tipo de condición. Indicó que, aún si se tomara como cierta la alegación de que el demandado se tardó en operar a la paciente, dicha demora no ocasionó daño alguno, pues el apéndice de la paciente era uno agudo y no perforado.

También concluyó que la paciente había sido dada de alta en condición estable, y que el absceso que desarrolló posteriormente era una complicación inherente del tipo de cirugía que se había realizado. Igualmente, el Tribunal entendió que la paciente había sido negligente por no haber seguido las instrucciones que se le dieron al darla de alta, pues a pesar de estarse sintiendo mal, tardó más de tres días en regresar al CMC. Por tanto, el Tribunal de Primera Instancia concluyó que dicha tardanza fue la causa de los daños sufridos. El foro primario entendió que, si la paciente hubiese buscado atención médica de inmediato, según le había sido instruido, hubiese evitado la segunda hospitalización e intervención quirúrgica, o al menos, se hubiese podido tratar la complicación desarrollada de una forma menos invasiva. Por tanto, el foro apelado determinó que la parte demandante no había demostrado que el demandado se desvió de la mejor práctica de la medicina.

² Apéndice del recurso de Apelación, págs. 7-14.

Inconforme, las demandantes acuden ante nos mediante recurso de *Apelación* y señalan que el Tribunal de Primera Instancia cometió los siguientes errores:

Primer Error

Erró el Tribunal de Primera Instancia al Determinar que no hubo dilación en operar a la demandante, alegando que el estándar de cuidado para manejar un paciente de apendicitis aguda requiere que sea intervenido en un periodo no mayor de 24 o 48 horas; que en el presente caso se intervino a la paciente en menos de 24 horas y que de haber habido tardanza la misma no ocasionó daños, pues la apéndice [sic] no se perforó.

Segundo Error

Erró el Tribunal de Primera Instancia al determinar que la apelante fue dada de alta en condición estable, sin fiebre y con los resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales.

Tercer Error

Erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que la paciente fue negligente al no acudir a sala de emergencia a buscar tratamiento médico y que sus daños se debieron a dicha negligencia.

Cuarto Error

Erró el Tribunal de Primera Instancia al no darle valor probatorio al testimonio del perito de los demandantes Dr. Albino, basándose en que éste no era cirujano y que no tenía experiencia manejando pacientes a quienes se le había extraído la apéndice [sic].

En su alegato, el apelado sostiene que la *Sentencia* emitida por el Tribunal de Primera Instancia está fundamentada en la prueba presentada, y que la parte apelante no pudo rebatir la presunción de corrección del tratamiento médico brindado. Por tanto, solicitó que confirmara la *Sentencia* apelada.

Examinado el recurso presentado y los documentos que obran en autos, estamos en posición de resolver.

II**A. La responsabilidad civil extracontractual en los casos de impericia médica**

Sabido es que, quien por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo cualquier género de culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Art. 1802 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA, sec. 5141. Esta doctrina reconoce que toda acción sobre responsabilidad por daños y perjuicios procede únicamente si concurren los siguientes elementos: 1) un daño real; 2) una acción u omisión culposa o negligente y; 3) un nexo causal entre el daño y la conducta culposa o negligente. Nieves Díaz v. González Massas, 178 DPR 820, 843 (2010). Conforme a nuestro 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. *Íd.*, pág. 844. De ese modo, la exigencia de la normativa requiere que la actuación se emplee con un grado de cuidado, diligencia, vigilancia y debida precaución. Monllor v. Soc. de Gananciales, 138 DPR 600, 604 (1995).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico sostiene que un profesional incurre en negligencia cuando “[d]esempeña su oficio, profesión u ocupación sin la debida prudencia o diligencia, o sin poseer la habilidad requerida [...]”. Pueblo v. Ruiz Ramos, 125 DPR 365, 386 (1990). Se trata, pues, de la producción de un acto culposo bajo la forma de un oficio, profesión u ocupación para la cual se presupone preparado al individuo. *Íd.*

Bajo nuestro ordenamiento jurídico, las acciones por impericia profesional son de índole predominantemente extracontractual y, por tanto, se atienden al amparo del Art. 1802 del Código Civil, *supra*, sec. 5141; Martínez Marrero v. González Droz, 180 DPR 579, 592 (2011); Véase, Oliveros v. Abreu, 101 DPR 209 (1973).

En el contexto médico, la responsabilidad civil extracontractual de un facultativo puede ocurrir por razón de su negligencia en cualquiera de las etapas de la prestación de servicios, a saber, en la etapa del diagnóstico, tratamiento y postratamiento. Asimismo, un médico responde por los daños que sufre un paciente cuando no ha mediado un consentimiento informado. Lozada Tirado et al. v. Testigos Jehová, 177 DPR 893, 911 (2010).

Es menester aclarar que una acción para imputarle responsabilidad profesional a un médico no es distinta a la de un caso ordinario de daños y perjuicios por negligencia bajo el Art. 1802 del Código Civil, *supra*, sec. 5141; Rodríguez et al. v. Hospital et al., 186 DPR 889, 900 (2012). A esos efectos, se requiere que el demandante pruebe: (1) cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; (2) que el demandado incumplió con dichas normas en el tratamiento del paciente; y (3) que el incumplimiento fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. Arrieta v. De la Vega, 165 DPR 538, 548-549 (2005); Medina Santiago v. Vélez, 120 DPR 380, 385 (1988). Examinemos con mayor detenimiento estos elementos.

1. La norma de cuidado

Conforme a la norma mínima de cuidado médico exigible, elemento intrínsecamente relacionado al concepto de la previsibilidad, nuestro estado de derecho exige que el médico brinde a sus pacientes “[a]quella atención médica que a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y, conforme al estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevaleciente de la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la propia profesión médica”. Arrieta v. De la Vega, *supra*, pág. 549; Ríos Ruiz v. Mark, 119 DPR 816, 820 (1987). En el caso de los especialistas, la normativa se ha refinado aún más. A esos efectos, se espera que estos “tenga[n] los conocimientos profesionales, así como las destrezas y competencias de los médicos con la misma especialidad” y que, al atender al paciente, “aplique[n] sus conocimientos y destrezas con el grado de cuidado que se espera ejerza un profesional con su misma preparación”. Medina Santiago v. Vélez, 120 DPR 380, 384-385 (1988).

2. Incumplimiento con la norma de cuidado

Establecida la norma de cuidado médico exigible, corresponde al demandante demostrar que el médico se apartó de la misma. No obstante, al médico le asiste una presunción de haber ejercido un grado razonable de cuidado y haber ofrecido un tratamiento adecuado. Arrieta v. De la Vega, *supra*, pág. 549; Crespo v. Hernández, 121 DPR 639, 650 (1988). Asimismo, se debe tener presente que no siempre es posible determinar la norma de cuidado exigible, pues hay casos donde las autoridades médicas divergen respecto al diagnóstico o

tratamiento aplicable. En observancia a esta realidad, nuestro estado de derecho reconoce el "error de juicio" como un posible eximente de la responsabilidad civil imputada al médico. Arrieta v. De la Vega, *supra*, pág. 550; Morales v. Hospital Matilde Brenes, 102 DPR 188, 194 (1974).

3. Que el incumplimiento con la norma de cuidado haya ocasionado la lesión sufrida por el demandante

Para poder prevalecer en una causa de acción por impericia médica, el demandante está obligado a demostrar la existencia de un nexo causal entre el incumplimiento con la norma de cuidado exigible y los daños sufridos. Esto es conocido también como la doctrina de la causalidad adecuada, la cual establece que "[n]o es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general". Jiménez v. Pelegrina Espinet, 112 DPR 700, 705 (1982); Nieves Díaz v. González Massas, *supra*, pág. 844; López v. Porrata Doria, 169 DPR 135, 151-152 (2006).

En el ámbito médico, lo anterior requiere que el nexo causal no se establezca a base de una mera especulación o conjetura. Crespo v. Hernández, *supra*, pág. 650; Sáez v. Municipio de Ponce, 84 DPR 535, 543 (1962). Por tanto, no basta con afirmar que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional o que el tratamiento en cuestión haya fallado. Arrieta v. De la Vega, *supra*, pág. 550.

B. Testimonio pericial en casos de impericia médica

En nuestro ordenamiento, la cualificación pericial es una determinación exclusiva del juzgador de los hechos, conforme a la Regla 109(A) de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 109(A). Por otra parte, la Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. IV, R. 702, indica que “[c]uando el conocimiento científico, técnico o especializado sea de ayuda para la juzgadora o el juzgador poder entender la prueba o determinar un hecho en controversia, una persona testigo capacitada como perita -conforme a la Regla 703- podrá testificar en forma de opiniones o de otra manera”. En cuanto a ello, el comentarista Ernesto L. Chiesa Aponte explica que el testimonio de un perito será admisible cuando dicho testigo:

[...] tenga el conocimiento, destreza, experiencia, entrenamiento o educación formal en relación con la materia de modo que su testimonio sea de ayuda al juzgador. No se requiere grado académico ni publicaciones en el área particular de peritaje, aunque esto afecte el valor probatorio del testimonio pericial [...] La jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que la especialidad del perito se dirige, no a la calificación, sino al valor probatorio del testimonio pericial. [...]

[...] Se dice que un médico puede testificar como perito sobre cualquier rama de la medicina. Pero se hace hincapié en que la especialidad pesa mucho al estimar el valor probatorio. E.L. Chiesa Aponte, Reglas de Evidencia de Puerto Rico, San Juan, Ediciones SITUM, 2016, pág. 243-244.

El Tribunal Supremo de Puerto Rico estableció que, aunque la carencia de determinada especialidad no afecta la cualificación de un perito, ésta si afecta el peso de la prueba pericial. Díaz v. Pneumatics & Hydraulics, 169 DPR 273, 295 (2006). De igual forma ha señalado que, aunque prevalezca un enfoque

interpretativo liberal, donde un generalista y un especialista cualifican ambos como peritos, el especialista está en mejor posición respecto al valor probatorio de su opinión. *Íd.*

C. La apreciación de la prueba en casos civiles y el estándar de revisión apelativa

Sabido es que, en los casos de naturaleza civil, nuestro ordenamiento jurídico dispone que la decisión del juzgador o la juzgadora se hará, de ordinario, mediante la preponderancia de la prueba y en base a criterios de probabilidad. Regla 110 (F) de Evidencia, 34 LPRA Ap. VI. La preponderancia de la prueba equivale, a su vez, a que se establezcan "[c]omo hechos probados aquéllos que con mayores probabilidades ocurrieron". Pagán et al. v. First Hospital, 189 DPR 509 n. 4 (2013); Zambrana v. Hosp. Santo Asilo de Damas, 109 DPR 517, 521 (1980). A esos efectos, es norma reconocida que los jueces de primera instancia son quienes están en mejor posición de aquilatar la prueba, toda vez que escucharon a los testigos y observaron su comportamiento mientras declaraban. L.M. Quality Motors v. Motorambar, Inc., 183 DPR 259, 268 (2011).

A tono con lo anterior, la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V., R. 42.2, dispone, en lo pertinente, que: "[l]as 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 los testigos [...]". *Íd.*

Así pues, es norma reiterada en nuestro ordenamiento jurídico que los tribunales apelativos debemos brindarle gran deferencia al juzgador de los hechos, pues es éste quien se encuentra en mejor posición para evaluar la credibilidad de un testigo. Por tanto, en ausencia de error manifiesto, prejuicio, pasión o parcialidad, no intervendremos con sus conclusiones de hechos y apreciación de la prueba. Rivera Menéndez v. Action Services, 185 DPR 431, 448 (2012); Argüello v. Argüello, 155 DPR 62, 78 (2001); Ortiz v. Cruz Pabón, 103 DPR 939, 946 (1975).

Nuestro más Alto Foro ha explicado que incurre en pasión, prejuicio o parcialidad “[a]quel juzgador que actúe movido por inclinaciones personales de tal intensidad que adopta posiciones, preferencias o rechazos con respecto a las partes o sus causas que no admiten cuestionamiento, sin importar la prueba recibida en sala e incluso antes de que se someta prueba alguna”. Dávila Nieves v. Meléndez Marín, 187 DPR 750, 782 (2013).

Ahora bien, debe aclararse que dicho estándar de deferencia no aplica cuando se trata de prueba pericial o documental. Cuando las conclusiones de hecho de un tribunal de primera instancia estén basadas en prueba pericial o documental, los foros apelativos se encuentran en la misma posición que el foro recurrido. González Hernández v. González Hernández, 181 DPR 746, 777 (2011); Sepúlveda v. Depto. de Salud, 145 DPR 560, 573 (1998). Ello implica que los foros apelativos “[e]stará[n] facultado[s] para adoptar su[s] propio[s] criterio[s] en la apreciación y evaluación de la prueba pericial y hasta

descartarla, aunque resulte técnicamente correcta". González Hernández v. González Hernández, *supra*, pág. 777; Mun. de Loíza v. Sucns. Suárez, et al., 154 DPR 333, 363 (2001); Prieto v. Maryland Casualty Co., 98 DPR 594, 623 (1970).

III

En síntesis, las apelantes cuestionan la apreciación de la prueba realizada por el foro apelado.

Como primer señalamiento de error, las apelantes plantean que el Tribunal de Primera Instancia erró al concluir que el estándar de cuidado médico requiere que un paciente con apendicitis aguda sea intervenido entre 24 a 48 horas; erró al determinar que no hubo una dilación para intervenir quirúrgicamente a la paciente del presente caso, pues ella fue operada dentro de 24 horas; y que también erró al determinar que, de haber existido alguna dilación, la misma no ocasionó daños.

Las apelantes arguyen que la determinación del Tribunal de Primera Instancia de que el periodo de espera de 24 a 48 horas para operar por apendicitis aguda se considera un tiempo adecuado no está avalada por la prueba presentada. En cuanto a ello, alegan que el apelado vio a la paciente la misma noche que llegó a CMC, entiéndase el 18 de julio de 2012, y que injustificadamente esperó hasta el otro día en la tarde para operarla. Dicha alegación es inmaterial, pues según de la transcripción del juicio en su fondo, las partes habían estipulado el contenido de los récords médicos. Del récord médico surge que el apelado fue consultado el 19 de julio de 2012 a las

7:00 a.m. y que contestó la consulta una hora más tarde.³ Igualmente, de la transcripción de los procedimientos surge que el perito de las apelantes admitió que, tomando como cierto lo que surge del récord médico, la cirugía ocurrió dentro de un periodo de tiempo razonable.⁴

Por otra parte, como bien indican las apelantes en su recurso, el Dr. Noya ofreció testimonio sobre un artículo médico donde se recomienda el periodo óptimo de 18 horas para intervenir quirúrgicamente a un paciente padeciendo de apendicitis; pero que excederse de dicho periodo de tiempo no aumenta la morbilidad o posibles complicaciones, sino los costos médicos de mantener al paciente admitido al hospital por más tiempo.⁵

Incluso, el perito del apelado testificó que, debido a que la paciente había sido sometida a un CT abdominopélvico con contraste mientras estuvo en HIMA, se consideraba que ella no estaba "PO" o sin nada por boca, lo cual podría resultar peligroso si fuese operada sin esperar un tiempo razonable. Esto, ya que la persona estaría en mayor riesgo de vomitar al administrarle anestesia general, y por ende, el riesgo a aspirar aumenta. Por tanto, el Dr. Noya testificó que si el apelado hubiese intervenido con la paciente la noche del 18 de julio de 2012, cuando las apelantes alegaban fue que la vio por primera vez, dicho acto hubiese constituido impericia médica. Además, a preguntas del Tribunal, el perito del apelado indicó

³ *Íd.*, pág. 98.

⁴ Según el récord médico, el apelado fue consultado el 19 de julio de 2012 a las 7:00 a.m., contestó la consulta a las 8:00 a.m., y operó a la apelante a las 2:00 p.m.

⁵ *Apéndice del recurso de Apelación*, pág. 397.

que los casos de apendicitis comienzan a complicarse luego de 48 horas, y que la apelante se encontraba dentro del marco de 48 horas cuando fue operada.

Igualmente, las apelantes arguyen que, debido a que la paciente llegó a la sala de emergencias de HIMA el 18 de julio de 2012 alrededor de las 7:00 a.m. y fue operada el 19 de julio de 2012 a las 2:00 p.m., hubo una dilación de 37 horas en operarla. Según indicado anteriormente, el Tribunal resolvió que no se le podía imputar al apelado responsabilidad alguna por lo ocurrido previo a la paciente haber estado bajo su cuidado, por lo que sólo se podía tomar en consideración lo ocurrido luego de su intervención con la paciente por primera vez en la mañana del 19 de julio de 2012.

Por esa misma línea, las apelantes intentan alegar que, debido a la dilación en operar a la paciente, la condición de apendicitis aguda que presentaba se complicó y convirtió en un apéndice perforado. Para apoyar dicha contención, arguyen que el informe del *CT Scan* hecho posteriormente, cuando la paciente regresó al CMC por segunda vez, indicaba que la paciente había tenido un apéndice perforado. Según surge de la transcripción del juicio en su fondo, el mismo perito de las apelantes testificó que, independientemente de que el *CT Scan* hecho durante la segunda hospitalización indicara que hubo un apéndice perforado, esto no sucedió. Incluso, el Dr. Albino indicó, lo cual fue acogido por el foro apelado como una de sus determinaciones de hechos, que el mejor examen que podría hacerse para determinar si en efecto un apéndice estaba perforado era la patología hecha

posterior a la cirugía. Como bien surge del expediente, dicho estudio reveló que el apéndice no estaba perforado.

Tomando en consideración todo lo anterior, y luego de darle entera credibilidad al testimonio del Dr. Noya, perito del apelado, el Tribunal razonablemente concluyó que no hubo dilación en la intervención quirúrgica de la paciente. Observamos que, contrario a lo alegado por las apelantes, dicha determinación está apoyada por la prueba presentada, por lo que el foro apelado no erró al así proceder.

Las apelantes plantean como segundo error que el Tribunal de Primera Instancia haya determinado que la paciente fue dada de alta en condición estable, sin fiebre y con los resultados de los estudios de laboratorios dentro de parámetros normales. En cuanto a ello arguyen que, una hora antes de ser dada de alta la paciente, su hermana le tomó la temperatura y tenía 38.4 grados. Las apelantes no presentaron prueba adicional para sustentar dicha alegación. Sin embargo, del récord médico surge que la última temperatura de la paciente que fue documentado por el servicio de enfermería fue el día de su alta a las 4:00 p.m., y tenía 37.7 grados.⁶

De la transcripción del juicio en su fondo surge que el perito del apelado testificó que una temperatura de 38.3 durante las primeras 72 horas constituiría fiebre para un paciente posoperatorio. Así las cosas, el Dr. Noya confirmó que la paciente había sido dada de alta estando estable. De igual manera, de la exposición narrativa estipulada por las

⁶ *Íd.*, pág. 136.

partes surge que el apelado explicó que solamente un 2-3% de los pacientes con apéndice no perforado que son operados sufren complicaciones.

También arguyen que el documento titulado "*Discharge Summary*"⁷ del expediente médico de la paciente, confirma que la paciente no estaba estable al momento de ser dada de alta, pues varios encasillados⁸ bajo la sección "*discharge status*" no fueron marcados. Sin embargo, de una simple revisión del referido documento surge que, bajo dicha sección, el apelado marcó el encasillado de "*stable*"; y del mismo testimonio del Dr. Noya surge que el hecho de que el apelado no haya marcado los otros encasillados no significa que la paciente tuviese fiebre u otra condición preocupante. Pues como bien señaló el perito del apelado, si el médico marcó que la paciente estaba estable, se tenía que inferir que la paciente ciertamente estaba estable.

Las apelantes arguyen que su perito ofreció testimonio a los efectos de que la paciente fue dada de alta prematuramente, teniendo resultados alterados en las pruebas de laboratorio hechas. En cuanto a ello también señalan que, si la paciente no hubiese sido dada de alta, se hubiese podido investigar la causa de la infección que alegaban ya presentaba, evitando así el desarrollo del absceso. Sin embargo, el mismo perito de las apelantes testificó que un absceso es una complicación **inherente** de cualquier tipo de cirugía, y que dicha condición no constituía impericia médica. Incluso, según surge del expediente, la

⁷ *Íd.*, pág. 95.

⁸ Los encasillados bajo "*Discharge status*" eran los siguientes: "*Stable*", "*Afebrile*", "*Normal Vital Signs*", "*Pain*", "*Yes*", "*No*", "*Other*".

paciente fue informada del riesgo de desarrollar un absceso pélvico como resultado de la cirugía.⁹ Cónsono con lo anterior, el perito del apelado testificó que no había ninguna relación entre la demora para operar a la paciente y el desarrollo posterior del absceso.

Por tanto, contrario a lo alegado por las apelantes, colegimos que el foro apelado contó con suficiente prueba como para razonablemente determinar que la paciente fue dada de alta estando estable, por lo que no se cometió el segundo error señalado.

Las apelantes plantean como tercer error, que el Tribunal de Primera Instancia no debió determinar que la paciente había sido negligente al no regresar a la sala de emergencias cuando se sintió mal, y que dicha omisión fue lo que le ocasionó sufrir daños. Arguyen que la prueba presentada demostraba que la paciente fue diligente al buscar atención médica con su médico de cabecera el día después de haber sido dada de alta. Sin embargo, dicho argumento no nos convence. Según surge de la exposición narrativa estipulada por las partes, el apelado testificó que al dar de alta a la paciente le instruyó que regresara a la sala de emergencias si se sentía mal, para que lo llamaran. Igualmente, indicó discutirlo con su hermana, quien firmó el documento confirmando entender las instrucciones.¹⁰ Asimismo, el Dr. Noya confirmó que era la práctica usual de los cirujanos recomendar a los pacientes que regresen al hospital si luego de ser dados de alta surge una complicación. El apelado testificó que entre los días 22 y 27 de julio de 2012,

⁹ *Apéndice del recurso de Apelación*, pág. 119.

¹⁰ *Íd.*, pág. 95.

no recibió comunicación alguna de la paciente o sus familiares.

Según surge de la exposición narrativa estipulada por las partes, la misma paciente admitió que sabía que CMC aceptaba el plan médico gubernamental. La paciente había sido trasladada a dicha institución médica luego de haber acudido a HIMA, e incluso fue operada allí, por lo que la paciente no tenía motivo fundado alguno para entender que no la aceptarían como paciente allí sin primero acudir donde su médico primario. Por tanto, su alegación de que, luego de ser dada de alta acudió a su médico primario porque tenía el plan médico gubernamental, no tiene mérito.

En vista de ello, nos parece razonable la determinación hecha por el foro apelado en cuanto a que la paciente fue negligente. No se cometió el tercer error señalado.

Como cuarto y último señalamiento de error, las apelantes plantean que el Tribunal de Primera Instancia erró al no darle valor probatorio a su perito, el Dr. Albino. En cuanto a ello, el Foro Primario determinó que dicho galeno no tenía experiencia manejando pacientes a quienes se le había extraído el apéndice. Como bien indicamos anteriormente, la carencia de determinada especialidad no afecta la cualificación de un perito, pero sí podría afectar el valor probatorio que un tribunal pueda merecerle. Regla 702 de Evidencia, *supra*. El Tribunal cualificó al Dr. Albino como un médico generalista con experiencia en sala de emergencias y en el manejo de casos de apendicitis. Según surge de la transcripción de los procedimientos, el Dr. Albino

confirmó que no había tenido experiencia con pacientes a los cuales ya se le había extraído el apéndice, sino que su experiencia se limitaba a evaluar a dichos pacientes cuando llegaban a sala de emergencias y referirlos al servicio de cirugía para evaluación. El foro apelado tomó dicho testimonio en consideración y determinó que no le brindaba valor probatorio.

Según indicado anteriormente, la norma establecida es que este tribunal no intervendrá con las conclusiones de hechos y apreciación de la prueba del Tribunal de Primera Instancia, excepto si se percibiera error manifiesto, prejuicio, pasión o parcialidad. De una revisión del expediente no surge que las determinaciones del foro apelado fuesen irrazonables. Por tanto, colegimos que no se cometieron los errores señalados.

IV

Por los fundamentos que anteceden, se confirma el dictamen apelado.

Notifíquese inmediatamente.

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

LCDA. LILIA M. OQUENDO SOLÍS
Secretaria del Tribunal de Apelaciones