

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL III

ALEICHA CRUZ FLORES,
ET AL.

Apelado

V.

HOSPITAL RYDER
MEMORIAL, INC., ET AL.

Apelante

KLAN201801228

Apelación procedente
del Tribunal de Primera
Instancia Sala Superior
de Humacao

Caso Núm.
HSCI2015-00439 (208)

Sobre:
DAÑOS Y PERJUICIOS

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Fraticelli Torres, el Juez Rivera Colón y la Juez Lebrón Nieves

Fraticelli Torres, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 29 de marzo de 2019.

El Hospital Ryder Memorial, Inc., nos solicita que revisemos y revoquemos una sentencia del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Humacao, en la que se le adjudicó responsabilidad por la muerte de la recién nacida Abril Leir Torres Cruz. Aduce que el tribunal *a quo* erró al resolver que la causa adecuada de los daños alegados por los apelados fue la ausencia de un protocolo para la administración del medicamento Misoprostol a una mujer en proceso de alumbramiento. Plantea que, en todo caso, el único responsable de los daños reclamados en la demanda es el facultativo que atendió el parto y administró la dosis excesiva a su paciente.

Luego de considerar los argumentos de ambas partes, examinar minuciosamente la prueba documental que obra en el expediente, así como la transcripción del juicio, resolvemos que procede revocar la sentencia apelada, en atención al estado de derecho aplicable a las controversias planteadas.

Veamos los antecedentes fácticos y procesales de este recurso que sirven de fundamento a nuestra decisión.

I.

El trasfondo procesal de este caso dio inicio el 27 de abril de 2017, ocasión en la que la señora Aleicha Cruz Flores (señora Cruz Flores) y el señor Melvin Torres Peña (señor Torres Peña) (conjuntamente, parte apelada) presentaron una demanda de daños y perjuicios e impericia médica contra el doctor Luis G. Flores Rivera (doctor Flores Rivera), el Centro Médico al Cuidado de la Mujer P.S.C. y el Hospital Ryder Memorial Inc. (Hospital Ryder, parte apelante).

Para efectos del recurso, consideramos importante resumir con algún detalle las alegaciones de la demanda presentada por la parte apelada contra los demandados, entre ellos, el hospital apelante.¹

En esa demanda la parte apelada alegó que, para el 2013, la señora Cruz Flores, quien entonces tenía 21 años, inició el cuidado prenatal de su segundo embarazo con el doctor Flores Rivera, médico ginecobstetra. La señora Cruz Flores no tuvo contratiempo alguno en su gestación y los sonogramas realizados demostraban que el feto tenía buen desarrollo y crecimiento.

El 10 de abril de 2014 la señora Cruz Flores sintió malestar y dolor pélvico, pero, al acudir al hospital, no hubo indicios de contracciones prematuras o complicaciones. Un mes más tarde, fue diagnosticada con una infección de estreptococo grupo B, luego de que le realizaran un cultivo vaginal. Por ello, le indicaron que sería necesario que, al momento del parto, se le administrara antibióticos.

El 30 de mayo de 2014 la señora Cruz Flores acudió a las oficinas del doctor Flores Rivera para una cita de seguimiento. Al examinarla, el galeno documentó que tenía 35 4/7 semanas de embarazo y un centímetro de dilatación. No registró nota alguna relativa a que la paciente tuviera contracciones.

Llegado el 2 de junio siguiente, la señora Cruz Flores acudió nuevamente a las oficinas del doctor Flores Rivera, quien, al examinarla,

¹ Apéndice del recurso, (Ap.), págs. 1-9; 101.

documentó que la paciente tenía **36 semanas de embarazo** y seguía con un centímetro de dilatación.² A pesar de que la apelada no manifestó tener dolor o contracciones, el médico la refirió al Hospital Ryder para inducirle el parto.

La señora Cruz Flores llegó al hospital cerca de la 1:30 de esa tarde y fue admitida a la Sala de Partos. Acto seguido, se le colocó un monitor fetal y se le administró el antibiótico *Ampicillin*, según fue ordenado por su médico. Hasta ese momento, la paciente indicó que estaba dilatando, pero no sentía ningún tipo de dolor.

Cerca de las 6:50 p.m. el doctor Flores Rivera examinó a la paciente y determinó que induciría el parto de la señora Cruz Flores, por lo que procedió a romper la membrana amniótica. Al romper la membrana, el líquido amniótico comenzó a salir con trazos de meconio. El galeno ordenó el medicamento Misoprostol en una dosis de 100 mcg., la cual administró él mismo en el canal vaginal de la señora Cruz Flores.³ Veinte minutos más tarde, los latidos del feto se encontraban entre 120 y 150 latidos por minuto y las contracciones se registraron cada minuto. A las 7:30 p.m., los latidos fetales comenzaron a disminuir, por lo que, el médico ordenó una cesárea de emergencia y a las 7:57 p.m. nació Abril Leir Torres Cruz.⁴

Así relató la parte apelada los sucesos que, a su juicio, originaron los daños que reclaman y que precedieron el nacimiento de su hija.

La niña tuvo un Apgar con una puntuación de 7 y cinco minutos más tarde aumentó a 8. La menor pesó 5 libras y 14 onzas y midió 18 pulgadas, pero tuvo que ser admitida en la Unidad de Intensivo Neonatal del hospital ese mismo día y el 10 de junio siguiente fue transferida al Hospital Hima San Pablo de Caguas. Según se relata en la demanda, el diagnóstico realizado hasta entonces era: “bebé fémica prematura adecuada para edad

² Ap., pág. 4.

³ Ap., págs. 5-6.

⁴ Ap., pág. 6.

gestacional, hipertensión pulmonar arterial, sepsis e incompatibilidad ABO”.⁵

Ya admitida en el Hospital Hima, Abril fue diagnosticada con “hipertensión pulmonar severa... fallo respiratorio, pulmonía, hemorragia pulmonar, disfunción cardiorrespiratoria, coagulopatía, anemia y convulsiones.”⁶ A pesar del tratamiento recibido, Abril falleció el 14 de junio de 2014. Estos son esencialmente los hechos que generaron el pleito de autos.

Por los daños sufridos por la pérdida de Abril, los padres de la menor reclamaron la indemnización de un \$1,000,000.00, más \$500,000.00 por los daños físicos y angustias mentales sufridos por Abril durante sus doce días de vida.⁷

El 3 de julio de 2015 el Hospital Ryder contestó la demanda y negó toda responsabilidad por los daños imputados. Adujo que el cuidado provisto por el Hospital, tanto a la madre como a la bebé, había cumplido con todos los estándares impuestos para el tratamiento de la apelada y su hija.⁸ En igual tenor se expresó el doctor Flores Rivera y el Centro Médico al Cuidado de la mujer, tras alegar como defensa que el tratamiento ofrecido a la paciente y a la niña cumplió con la mejor práctica de la medicina.⁹

Adelantados los trámites procesales de rigor, la parte apelada sometió el informe de su perito, el doctor José A. Gratacós Díaz, el cual sustituyó luego con una segunda copia, firmada **el 14 de abril de 2015**, en el que **concluyó que la causa de los daños sufridos por la parte apelada fue la inducción del parto y el uso del Misoprostol por el doctor Flores Rivera.**¹⁰ El médico concluyó:

La inducción del parto de la Sra. Cruz fue totalmente innecesaria. La utilización de Misoprostol fue en contra de las recomendaciones de

⁵ *Id.*

⁶ Ap., pág. 7.

⁷ Ap., pág. 8.

⁸ Ap., pág. 15.

⁹ Ap., págs. 17 y 19.

¹⁰ Ap., págs. 22-41.

la literatura médica vigente y del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. **Estos actos cometidos por el doctor Flores tuvieron relación causal directa con la condición desarrollada con la bebé de la Sra. Cruz ya que aumentaron innecesariamente los factores de riesgo asociados a la hipertensión pulmonar neonatal persistente.**

Apéndice del recurso, pág. 41. (Énfasis nuestro.)

Más adelante en el pleito, la parte apelada acordó una estipulación transaccional en la que relevó al doctor Flores Rivera y al Centro Médico al Cuidado de la Mujer de responsabilidad, luego del pago de \$95,000.00.¹¹ El **24 de junio de 2016** el Tribunal de Primera Instancia dictó la sentencia parcial a esos efectos.¹²

En septiembre de ese año la apelada cursó el primer pliego de interrogatorio al Hospital y, como parte de los requerimientos de rigor, solicitó que se le entregara el protocolo de enfermería y de inducción de parto que el Hospital tenía durante el año 2014 y el actual.¹³

Para el **10 de noviembre de 2016**, el perito de la apelada rindió un **adendum a su informe original** en el que concluyó que **la causa de los daños de la señora Cruz Flores fue la negligencia del Hospital al no contar con un protocolo de inducción ni de uso de Misoprostol.**¹⁴ Sostuvo que la ausencia de esos protocolos “expuso tanto a la Sra. Aleicha Cruz, como a su bebé, a una inducción del parto la cual no estaba medicamente indicada, utilizando un medicamento que en este caso estaba contraindicado y en una dosis exagerada y contraindicada.”¹⁵

Contrario a la conclusión de este galeno, el perito del Hospital, el doctor Carlos Roure Llompart, afirmó en su informe, rendido en **enero de 2016**, que el personal del Hospital había desplegado el debido cuidado y los estándares de la mejor práctica de la medicina al seguir “en todo momento las órdenes médicas del [doctor Flores Rivera] obstetra de la paciente.”¹⁶

¹¹ Ap., pág. 46-50.

¹² Ap., pág. 45.

¹³ Ap., pág. 54.

¹⁴ Ap., pág. 63.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ Ap., pág. 67.

La fecha para el juicio en su fondo se pautó para los días 31 de julio de 2017 al 2 de agosto de ese año. No obstante, pocos días antes, la parte apelada notificó que no presentaría el testimonio del doctor Flores Rivera, tras aducir que ello sería prueba acumulativa.¹⁷ El Hospital solicitó que se aplicara la presunción de la Regla 304 de Evidencia, inciso 5, (“*Toda evidencia voluntariamente suprimida resultará adversa si se ofreciere.*”), 32 L.P.R.A. Ap. VI, R. 304(5), y se concluyera que el testimonio omitido sería adverso a la parte apelada. Así lo concedió posteriormente el foro *a quo*.

Llegado el día del juicio, el Tribunal de Primera Instancia tuvo la oportunidad de escuchar los testimonios de la señora Cruz Flores, la doctora Basilia Rivera Rodríguez, pediatra que atendió a la bebé en el Hospital HIMA, el señor Torres Peña, padre de Abril, y el doctor Gratacós Díaz, como perito de la parte apelada. Mientras, por el Hospital, testificó su perito en ginecología y obstetricia, el doctor Roure Llompart.

Aquilatado el testimonio de los testigos, así como la prueba pericial, la primera instancia judicial dictó su sentencia el 1 de agosto de 2018. En ella declaró con lugar la demanda instada por la parte apelada contra el Hospital Ryder, e imputó a este un setenta por ciento (70%) de responsabilidad y el treinta por ciento (30%) restante al doctor Flores Rivera. Aunque determinó que el médico fue negligente al administrar el medicamento Misoprostol, concluyó que el Hospital fue responsable al no contar con los protocolos necesarios para el uso de ese medicamento.¹⁸

El apelante presentó una moción de reconsideración y solicitó determinaciones de hecho y conclusiones de derecho adicionales, más su petición fue declarada no ha lugar.

En desacuerdo con el dictamen del tribunal *a quo*, el Hospital Ryder presentó la apelación de autos y sostuvo que el foro apelado erró:

1. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, en la **distribución de los porcentos** (*sic*) de responsabilidad, fijando un 70 por ciento (*sic*) al Hospital Ryder y 30 por ciento (*sic*) al doctor Luis G. Flores, quien fuera relevado antes de responsabilidad mediante un acuerdo transaccional

¹⁷ Ap., págs. 97-98.

¹⁸ Ap., pág. 118.

parcial, aun cuando los diagnósticos y los tratamientos de la paciente fueron administrados exclusivamente por este.

2. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, al determinar que para el 2 de junio de 2014 Ryder Memorial Hospital Inc., **carecía de protocolos** (Guías de Procedimiento) para el uso del medicamento Misoprostol recetado y administrado por el doctor Luis G. Flores.
3. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, al determinar que **la causa** del fallecimiento de la bebé de la Sra. Aleicha Cruz obedeció a una ausencia de Guías para la inducción de partos, así como Guías de Farmacia para evitar que el doctor Luis G. Flores recetara y administrara a la paciente el Misoprostol/Cytotec de 100 microgramos.
4. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, al imponer responsabilidad al Hospital Ryder aun cuando **no se estableció el nexa causal requerido** y aun cuando el perito demandante declaró que múltiples causas pudieron producir el desenlace.
5. [...] en la apreciación de la prueba pericial, dictando sentencia de forma arbitraria aun cuando el perito de la demandante brindó **testimonio contradictorio** e inconsistente.
6. [...] al **aquilar la prueba pericial** conforme al caso de *Dye-Tex Puerto Rico, Inc. vs. Royal Insurance Inc.*, 160 DPR 658 (2000).
7. [...] en la apreciación de toda la evidencia testifical y documental, omitiendo relacionar correctamente los hechos ocurridos conforme demostrados en el juicio.
8. [...] en la apreciación de los daños y sumas concedidas.

En esencia, el recurso que nos ocupa requiere que determinemos si el foro de primera instancia adjudicó correctamente la responsabilidad imputada al Hospital Ryder por los daños causados a la parte apelada por la muerte de Abril.

Veamos, en primer lugar, cuál es el estándar de revisión que delimita nuestra función revisora, para luego examinar las normas de derecho sustantivo que informan ese ejercicio judicial.

II.

- A -

Es norma firmemente sentada que los foros apelativos no podemos intervenir con las determinaciones de hecho, **la apreciación de la prueba oral o la adjudicación de credibilidad** efectuadas por el Tribunal de Primera Instancia en ausencia de error manifiesto, pasión, prejuicio o parcialidad. Así lo dispone expresamente la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 L.P.R.A., Ap. V, R. 42.2. De forma particular, dicha regla establece que las determinaciones de hecho que se basen en testimonio oral “no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas”. Además,

ordena a los tribunales apelativos a prestarles “debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos”. Véase *Trinidad García v. Chade*, 153 D.P.R. 280, 291 (2001); *Rivera Figueroa v. A.A.A.*, 177 D.P.R. 345, 356 (2009).

Sobre este tema, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado de manera reiterada:

[L]os tribunales apelativos aceptamos como correctas las determinaciones de hechos de los tribunales de instancia, al igual que su apreciación sobre la credibilidad de los testigos y el valor probatorio de la prueba presentada en sala. Después de todo, la tarea de adjudicar credibilidad y determinar lo que realmente ocurrió depende en gran medida de la exposición del juez o la jueza a la prueba presentada, lo cual incluye, entre otros factores, ver el comportamiento del testigo mientras ofrece su testimonio y escuchar su voz. Por definición, un tribunal de instancia está en mejor posición que un tribunal apelativo para llevar a cabo esta importante tarea judicial.

Dávila Nieves v. Meléndez Marín, 187 D.P.R. 750, 771 (2013).

Igual norma se ha reiterado en la jurisprudencia patria en casos más recientes:

[E]n nuestro ordenamiento judicial le damos deferencia al juzgador de hechos en cuanto a su apreciación de la prueba testifical porque, al ser una tarea llena de elementos subjetivos, es quien está en mejor posición para aquilatarla. Es el Tribunal de Primera Instancia el que tuvo la oportunidad de oír y ver el comportamiento de la testigo. **Por ello, cuando la evidencia directa de un testigo le merece entero crédito a este, ello es prueba suficiente de cualquier hecho.** *SLG Torres-Matundan v. Centro Patología*, 193 DPR 920 (2015); *Meléndez Vega v. El Vocero de PR*, 189 DPR 123 (2013). De esa forma, **la intervención con la evaluación de la prueba testifical procedería en casos en los que, luego de un análisis integral de la prueba, nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia.** *Rivera Menéndez v. Action Service*, 185 DPR 431, 444 (2012); *S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A.*, 177 DPR 345, 356 (2009); *Flores v. Soc. de Gananciales*, 146 DPR 45, 49 (1998).

Sucn. Rosado v. Acevedo Marrero, 196 D.P.R. 884, 917–18 (2016). (Énfasis nuestro.)

En ausencia de esa insatisfacción o intranquilidad jurídica, los tribunales apelativos debemos extender deferencia a las determinaciones de los foros apelados. Esa norma está fundamentada en que, bajo las reglas procesales y probatorias de nuestro ordenamiento jurídico, la presentación de prueba “representa un esfuerzo tendente a reconstruir en la forma más fiel y exacta los hechos acaecidos fuera del escenario judicial”. *García v. A.F.F.*, 103 D.P.R. 356, 357 (1975). Ese ejercicio le corresponde en primera instancia al juez o jueza que ve y oye a los testigos

y es protagonista de la dinámica que se desarrolla en la sala en torno a esos testimonios. Por lo dicho, este foro intermedio no debe descartar, modificar ni sustituir las determinaciones de hecho del foro de primera instancia, aunque en una evaluación particular hubiéramos emitido un juicio distinto al que emitió el foro apelado. *Argüello v. Argüello*, 155 D.P.R. 62, 78 (2001).

Claro, somos conscientes de que “[e]l arbitrio del juzgador de hechos es respetable, mas no es absoluto. Una apreciación errónea de la prueba no tiene credenciales de inmunidad frente a la función revisora de [un tribunal apelativo]”. *Vda. de Morales v. De Jesús Toro*, 107 D.P.R. 826, 829 (1978).

De otra parte, se han exceptuado de esta regla de deferencia los supuestos en que las determinaciones de hechos se basan exclusivamente en prueba documental o **pericial**. Esta excepción tiene su fundamento en el hecho de que en estos casos el tribunal apelativo está en idéntica posición que el tribunal inferior al examinar esa prueba. *Sucn. Rosado v. Acevedo Marrero*, 196 D.P.R., en la pág. 918. En igual posición también se encuentra el foro apelativo cuando examina la corrección de las conclusiones de derecho contenidas en el dictamen apelado. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 D.P.R., en las págs. 770; *Díaz García v. Aponte Aponte*, 125 D.P.R. 1, 13-14 (1989).

En síntesis, el tribunal apelativo respetará y sostendrá la apreciación de la prueba oral que realiza el tribunal sentenciador, excepto en los casos de error manifiesto en el desempeño de esa función, cuando el examen detenido de toda la prueba convenza al foro revisor 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 de Puerto Rico, Inc. v. Rodríguez Sanabria*, 100 D.P.R. 826, 830 (1972); *Pueblo v. Luciano Arroyo*, 83 D.P.R. 573, 581 (1961).

Atendido este primer asunto, procedamos a examinar las normas jurídicas que enmarcan la imposición de daños y perjuicios en nuestro ordenamiento, particularmente las que se refieren a la responsabilidad en civil en casos de impericia médica y hospitalaria.

- B -

Es doctrina reiterada que el artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico dispone para el resarcimiento de la persona agraviada por la acción u omisión culposa o negligente de otra. 31 L.P.R.A. sec. 5141. En el ámbito general de la responsabilidad civil extracontractual se reconoce que todo perjuicio, material o moral, tiene que ser reparado si concurren los tres requisitos o elementos del Artículo 1802 ya citado: (1) la existencia de un daño real; (2) nexo causal entre el daño real y la acción u omisión imputada al demandado; y (3) una acción u omisión culposa o negligente. *López v. Porrata Doria*, 169 D.P.R. 135, 150 (2006); *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R. 748, 755 (1998); *Soc. Gananciales v. G. Padín Co., Inc.*, 117 D.P.R. 94, 106 (1986).

Se ha definido la culpa o negligencia como la falta del debido cuidado, esto es, no anticipar ni prever las consecuencias racionales de un acto, o de su omisión, que una persona prudente habría de prever en tales circunstancias. También, se ha definido la culpa como la omisión de la diligencia exigible, mediante cuyo empleo pudo haberse evitado el resultado dañoso. *Ramos v. Carlo*, 85 D.P.R. 353, 358 (1962). A su vez, la diligencia exigible es la que cabe esperar del ser humano medio o la persona razonable, que la doctrina llama el buen *pater familias*. *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R., en la pág. 756; *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 D.P.R. 700, 704 (1982).

Por lo dicho, el elemento esencial de la responsabilidad por culpa o negligencia es la previsibilidad y el riesgo involucrado en las circunstancias del caso en específico. El deber de cuidado incluye tanto la obligación de anticipar como la de evitar la ocurrencia de daños, cuya probabilidad es razonablemente previsible. *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R., en la pág. 756.

No obstante, ese deber no se extiende a todo riesgo posible. Entonces, para examinar si un daño pudo ser el resultado natural y probable de un acto negligente, debemos evaluar si después del suceso, mirado retrospectivamente, **tal daño aparece como la consecuencia razonable y ordinaria del acto que se alega fue negligente.** *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R., en las págs. 756-757. Es decir, aunque el deber de previsión no se extiende a todo peligro imaginable que pueda amenazar la seguridad de las personas, la norma es que el riesgo que debe preverse debe estar basado en probabilidades y no en meras posibilidades o conjeturas. *López v. Porrata Doria*, 169 D.P.R., en la pág. 164-165.

Como ya indicamos, para que proceda la imposición de responsabilidad por daños y perjuicios, es necesario que exista un nexo causal entre el daño y la acción u omisión negligente. Para establecer este elemento, el Tribunal Supremo de Puerto Rico se ha regido por el principio de **causalidad adecuada** que 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**”. *Soc. de Gananciales v. Jerónimo Corp.*, 103 D.P.R. 127, 134 (1974). Además, es necesario que el daño pueda preverse dentro del curso normal de los acontecimientos. *Jiménez v. Pelegrina*, 112 D.P.R. 700, 704 (1982).

En lo que toca al elemento del nexo causal, reiteramos que existirá tal conexión si, al mirar el daño en retrospectiva, este parece ser la consecuencia razonable, común y natural de la acción u omisión imputada al autor demandado. *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R., en las págs. 756-757. **Es esa relación directa la que permite concluir que el acto torticero imputado es la causa adecuada del daño reclamado.** *Id.*

Una vez el tribunal sentenciador determina la existencia de los daños alegados y la relación o nexo causal entre el daño y quien lo provoca, es decir, la parte demandada, procede entonces estimar a cuánto ascenderá la compensación monetaria que será adjudicada a favor de la parte perjudicada.

- C -

Cuando la parte demandada por un acto torticero es una institución que ofrece servicios médicos, la jurisprudencia ha elaborado criterios adicionales a los ya reseñados, por causa de la concurrencia de circunstancias que activan otras figuras jurídicas. Por ejemplo, sabido es que la responsabilidad civil por actos torticeros se extiende a los actos de las personas por quienes se debe responder, por medio de la llamada responsabilidad vicaria reconocida en el Artículo 1803 del Código Civil, 31 L.P.R.A. sec. 5142. Generalmente los hospitales responden al amparo de esta disposición legal por los actos negligentes o intencionales de sus empleados, siempre que aquellos ocurran en el ámbito de sus funciones. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo*, 177 D.P.R. 484, 504-505 (2009).

En esas circunstancias, se ha definido el acto negligente como "el quebrantamiento del deber impuesto o reconocido por ley de ejercer, como lo haría [una persona] prudente y razonable, aquel cuidado, cautela, circunspección, diligencia, vigilancia y precaución que las circunstancias del caso exijan, para no exponer a riesgos previsibles e irrazonables de daños como consecuencia de la conducta del actor, a aquellas personas que, por no estar ubicadas muy remotas de este, un hombre prudente y razonable hubiese previsto, dentro de las circunstancias del caso, que quedaban expuestas al riesgo irrazonable creado por el actor". *López y otros v. doctor Cañizares*, 163 D.P.R. 119, 132 (2004); *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 D.P.R. 397, 404-404 (1985); Herminio M. Brau, *Los daños y perjuicios extracontractuales en Puerto Rico* 183 (2da. Ed., Publicaciones J.T.S. 1986).

Es decir, que la responsabilidad por no ejercer el deber de cuidado exigible en determinado campo del saber humano consiste en no actuar de manera diligente cuando es posible anticipar los daños que la inacción provocaría. Tal probabilidad debe ser razonablemente previsible. Brau del Toro, *Op. Cit.*, pág. 184, citado también con aprobación en *López y otros v.*

doctor Cañizares, 163 D.P.R., en la pág. 132. Por lo dicho, para ser liberado de responsabilidad, el hospital deberá demostrar que su personal ejerció la prudencia necesaria que lo libera de responsabilidad institucional.

Ahora bien, es necesario distinguir el escenario antes relatado de los casos en los que se imputa responsabilidad al hospital por los actos de un médico que solo tiene privilegios en la institución hospitalaria. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo*, 177 D.P.R., en la pág. 513. Bajo este supuesto, la norma nos dice que, de ordinario, el hospital no responde por las actuaciones negligentes de ese galeno. *Id.* Se ha dicho que podría imputársele responsabilidad al hospital si este no sigue:

(a) una cuidadosa selección de los médicos a quienes les ha conferido el privilegio; (b) exigir que esos médicos se mantengan al día con cursos de mejoramiento profesional; (c) mantenerse al tanto del trabajo de esos médicos e intervenir, cuando sea posible, ante un acto obvio de impericia médica de éstos; (d) discontinuar el privilegio concedido ante repetidos o crasos actos de impericia médica de esos médicos; y (e) mantenerse razonablemente al día en cuanto a los adelantos tecnológicos habidos.¹⁹

Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo, 177 D.P.R., en la pág. 513.

Es decir, la “visión tradicional de concebir a un hospital como simplemente una estructura dotada de facilidades físicas, personal y equipo para la práctica del arte de la medicina se ha ido desvaneciendo”. Desde “años recientes el deber de cuidado hacia el paciente no sólo corresponde a su médico sino al hospital”. *Núñez v. Cintrón*, 115 D.P.R. 598, 605 (1984); *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 D.P.R., en las págs. 405-406.

Esta visión adelantó la tendencia de ampliar la responsabilidad de los hospitales, no solo por “los actos negligentes cometidos por los médicos empleados y agentes de los mismos bajo la teoría de *respondeat superior*, [sino también] —bajo la llamada doctrina de ‘responsabilidad corporativa’— aun por actos negligentes cometidos por médicos a quienes el hospital meramente le ha concedido el privilegio de utilizar sus facilidades para atender a sus pacientes privados. [Citas omitidas.]” *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 D.P.R., a las págs. 402-403.

¹⁹ Citas omitidas.

A pesar de lo expresado, cada reclamación contra un hospital, por los alegados daños sufridos por el paciente de un facultativo con privilegios, debe examinarse en su propio contexto y a partir de sus singulares circunstancias. Por ejemplo, en *Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo* el Tribunal Supremo concluyó que un hospital no era responsable por la ausencia de un protocolo para el traslado de un menor a otra institución hospitalaria. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Auxilio Mutuo*, 177 D.P.R., en la pág. 506. Allí, el Alto Foro reiteró la necesidad de establecer la **relación causal** entre la actuación del hospital y el daño ocasionado. Particularizó que esa relación debe establecerse de forma concluyente y categórica. *Id.* en la pág. 504. Entonces, para que la responsabilidad civil contra el hospital prospere, debe la parte demandante demostrar que esa relación causal tuvo lugar. No basta con hacer referencia a la posibilidad de evitar el daño con determinada conducta, sino a las probabilidades que las circunstancias probadas sugieren para tal desenlace.

En el caso de autos, al aplicar la normativa reseñada, la señora Cruz Flores tenía que demostrar que la alegada ausencia de protocolos para la inducción de partos o el uso y manejo del misoprostol fue la **causa adecuada** de los daños alegados, es decir, lo que con mayor probabilidad ocasionó la muerte de Abril.

Pasamos entonces a discutir los señalamientos de error número 3 y 4, pues constituyen los planteamientos fundamentales de la apelación.²⁰

III.

²⁰ Estos son:

3. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, al determinar que **la causa** del fallecimiento de la bebé de la Sra. Aleicha Cruz obedeció a una ausencia de Guías para la inducción de partos, así como Guías de Farmacia para evitar que el doctor Luis G. Flores recetara y administrara a la paciente el Misoprostol/Cytotec de 100 microgramos.
4. [...] al dictar sentencia de forma arbitraria contraria a la prueba desfilada, al imponer responsabilidad al Hospital Ryder aun cuando **no se estableció el nexo causal requerido** y aun cuando el perito demandante declaró que múltiples causas pudieron producir el desenlace.

Para descargar responsablemente nuestra función revisora, procedamos a examinar la prueba testifical vertida en sala durante los tres días de juicio.

- A -

Como indicado, durante los tres días de juicio testificaron los padres de Abril, la señora Cruz Flores y el señor Torres Peña, la doctora Basilia Rivera Rodríguez y los dos peritos, el doctor Gratacós Díaz por la parte apelada y el doctor Roure Llompart por la parte apelante.

i.

Durante su turno testifical, la señora Cruz Flores relató que el 2 de junio de 2014 acudió a una visita de seguimiento a la oficina del doctor Flores Rivera. Ese día no sentía dolor o molestia alguna. Tras ser evaluada por el galeno, este le indicó que ella estaba dilatando, por lo que la refirió al Hospital.²¹ Al llegar a sala, ella les pidió a las enfermeras que verificaran si estaba de parto, porque ella no sentía ninguna molestia o síntoma que apuntara a un alumbramiento.²²

Detalló que el doctor Flores Rivera acudió al Hospital a eso de las siete de la noche y, luego de examinarla, le rompió fuente con un instrumento y le colocó una pastilla en el canal vaginal. Al poco tiempo, comenzó a sentir los dolores de parto.²³

Una vez el dolor acrecentó, comenzó a secretar el líquido amniótico, el cual tenía un color marrón verdoso. En ese momento le explicaron que había meconio en el líquido amniótico y le informaron que le harían una cesárea de emergencia porque la bebé tenía estrés fetal.²⁴

La señora Cruz Flores testificó que, cuando la niña nació, no escuchó su llanto, sino cuando se la llevaron a la Unidad de Intensivo del Hospital. Detalló el proceso de traslado y el estado de la menor durante el

²¹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 18.

²² T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 25.

²³ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 27.

²⁴ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 29.

tiempo en que estuvo en el Hospital Ryder y en el Hospital Hima.²⁵ Explicó que, ya en el Hospital Hima, adormecieron a Abril. Relató que le colocaron cerca de cinco o seis tubitos con tratamiento.²⁶

La señora Cruz Flores explicó que el día del fallecimiento de su hija, pudo cargarla en sus brazos por cerca de 15 minutos.²⁷ Luego del deceso de su niña, la señora Cruz Flores experimentó sentimientos de tristeza y desilusión. Por ello, buscó ayuda profesional, se integró a un grupo de apoyo y recibió asistencia de la Trabajadora Social de la Universidad en la que estudiaba en ese entonces.²⁸ Relató que quedó nuevamente embarazada en el 2015. Al principio de ese embarazo sintió mucho temor a perder el bebé.²⁹

ii.

Culminado el testimonio de la apelada, pasó a ocupar la silla de testigos la doctora Basilia Rivera Rodríguez, quien es pediatra en el Hospital Hima San Pablo, en el área de intensivo neonatal.³⁰

La doctora Rivera Rodríguez relató que, al encontrarse con Abril en el área de intensivo, esta estaba conectada a un ventilador mecánico. Tenía un fallo respiratorio severo, por razón de la hipertensión pulmonar.³¹ La recién nacida había dejado de orinar, lo que provocó hipotensión y perfusión tisular.³² Entonces, ordenó que se aumentara la presión del ventilador y dio seguimiento a una orden de “pasar sangre” que se había expedido previamente.³³ No obstante, manifestó que la niña no estaba respondiendo al tratamiento.³⁴ Indicó que Abril estaba recibiendo alimentación intravenosa y que se le colocó una línea central en la vena

²⁵ T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 30-40.

²⁶ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 40.

²⁷ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 42.

²⁸ T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 50-51.

²⁹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 53.

³⁰ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 66.

³¹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 93.

³² T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 94.

³³ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 103.

³⁴ *Id.*

femoral.³⁵ Luego de describir extensamente el tratamiento brindado por ella, la testigo indicó que fue ella quien hizo la nota final en el récord de Abril sobre el tratamiento recibido por ella poco antes de fallecer.

iii.

Como adelantado, el doctor José A. Gratacós Díaz fue el perito de la parte apelada. Detalló que lleva 39 años en la profesión de ginecología y obstetricia y, de ellos, ha sido perito por espacio de 38. Está certificado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y por el Colegio de Médicos de Puerto Rico. Como parte de su experiencia profesional, fue Director del Departamento de Medicina-Materno Fetal de la Escuela de Medicina.³⁶ En su testimonio, explicó que trabaja con embarazos de alto riesgo. Sobre los hechos relevantes del pleito, afirmó que el medicamento Misoprostol es utilizado con frecuencia en las salas de parto.³⁷

El doctor destacó que para este caso preparó dos informes y que el segundo de ellos fue un adendum al original.³⁸ Señaló que para su análisis utilizó, entre otros, las Normas y Procedimientos del Hospital Ryder para administrar pitocina, del 2016, así como las Guías para el Uso de Misoprostol para Maduración Cervical del Hospital Ashford.³⁹ Declaró que evaluó el expediente médico de la señora Cruz Flores y que no existía indicación de que la dama tuviera contracciones.⁴⁰ Opinó que, a las 36 semanas de embarazo, la bebé aún era prematura.⁴¹

Sobre el consentimiento requerido para un proceso de inducción de parto, el galeno expresó:

P. ¿Qué consentimiento, si alguno, debía aparecer si la paciente iba a ser enviada al hospital para parto?

R. Si yo envío a la paciente al hospital para una inducción de parto, tiene que haber un consentimiento escrito donde se le explica al paciente la razón para la inducción de parto, las alternativas que hay. La paciente puede decirme, "No quiero que me induzca el parto". Y

³⁵ T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 107-108.

³⁶ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 135-138.

³⁷ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 135.

³⁸ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 141.

³⁹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 146.

⁴⁰ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 150.

⁴¹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 154-155.

tiene su derecho. Hay que explicare por qué la voy a inducir y hay que decirle cuáles son los riesgos de la inducción del parto.⁴²

Sobre la intervención del Hospital en la obtención de ese consentimiento, el doctor indicó:

Lcda. Ramos: Continuamos. Doctor, ¿qué consentimiento, si alguno, debería tomar el personal del Hospital Ryder a esta paciente?

El Testigo: El hospital, el personal del hospital, el personal de enfermería no tiene como responsabilidad tomar consentimiento. Eso es responsabilidad del médico. La responsabilidad del personal de enfermería es documentar que los permisos pertinentes estén tomados en el expediente médico. Y en este caso de esta paciente, el uso de Cytotec requiere un permiso. La inducción requiere un permiso. Le toca al personal de enfermería revisar que en el expediente esto esté.

Si este permiso no está en el expediente médico, pues, entonces no se debe proceder con la orden médica hasta que el médico no complete esto.

T.P.O., 31 de julio de 2018, págs. 166-167.

Recalcó que la señora Cruz Flores no estaba de parto al momento de llegar al Hospital y que los latidos cardiacos de la bebé eran normales.⁴³

Explicó que una vez se le administró el Misoprostol, la señora Cruz Flores comenzó a tener contracciones cada minuto, dolor severo y los latidos del bebé comenzaron a bajar.⁴⁴ Mencionó que una de las complicaciones del Misoprostol o Cytotec es la taquisístole, o la presencia de contracciones cada minuto.⁴⁵ Detalló que esas contracciones tienen efecto sobre la oxigenación del infante.⁴⁶

El médico explicó que el Misoprostol se usa para inducir el parto, ya que ablanda el cuello uterino con el fin de que sea un parto natural.⁴⁷ Al referirse a las contraindicaciones, sostuvo:

No se puede utilizar en pacientes que tengan o hayan tenido algún tipo de alergia al Misoprostol en el pasado. No se puede utilizar en pacientes que tengan presentaciones anormales, como puede ser un bebé que venga atravesado, placenta previa. No se puede utilizar en pacientes que han tenido una cesárea anterior porque se le puede romper el útero. No se puede utilizar en pacientes que estén de parto porque este medicamento no se usa para aumentar el parto. Este medicamento es para inducir el parto.

⁴² T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 146.

⁴³ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 171.

⁴⁴ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 172.

⁴⁵ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 176.

⁴⁶ T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 177-178

⁴⁷ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 187.

Y no se debe utilizar en pacientes que tengan un “Bishop Score” de 9 o más. El “Bishop Score” es una puntuación que el ginecólogo le da al examen pélvico de su paciente cuando decide que tiene que usar uno de estos medicamentos, para explicarle al paciente cuál es la posibilidad que ella va a tener de un parto vaginal, ante este intento de inducir el parto.⁴⁸

T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 187-188.

Sostuvo que la escala para la señora Cruz Flores era sobre nueve.⁴⁹

Durante su testimonio directo sobre la inducción de un parto, la representante legal del Hospital objetó las preguntas que se le hacían sobre las guías y normas provenientes del Hospital Ashford.⁵⁰

Tenemos reparo, y quiero hacer especial énfasis en que el hecho de que haya sido circulado durante el descubrimiento de prueba, que los peritos hubieran dicho lo que hubieran dicho sobre ese documento, independientemente de eso, ese documento no es literatura médica que establezca un estándar de práctica. Ese documento es ... no sabemos verdaderamente ni si es un documento aprobado por otra institución, que no es nuestra institución, la que está aquí demandada. Y nosotros entendemos que no es pertinente, ni tiene tampoco las garantías de confiabilidad.

T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 15.

Sobre esta controversia probatoria, el Juez aclaró que el documento se aceptaba y marcaba como parte de los documentos utilizados por el perito para preparar su informe.⁵¹ Al continuar su testimonio, el doctor Gratacós Díaz destacó que, al hacer una inducción, el obstetra a cargo debe seguir cierto procedimiento:

Este procedimiento requiere unas indicaciones y unas contraindicaciones. Entre las cosas que el paciente debe saber, entre los elementos que debe saber, es cuál es la probabilidad de que esa inducción de parto sea exitosa o no, cuál es la razón para inducirla y cuáles son los riesgos de la inducción.

Este documento fielmente recoge lo que la literatura médica ha aprobado sobre esto, sobre, primero que nada, no hacer inducciones antes de las 39 semanas, cómo podemos evitar eso, cuándo los tenemos que hacer, por qué lo hacemos. Y una vez tenemos las indicaciones para inducir un parto de las 39 semanas, explicarle al paciente cuáles son las posibilidades de que ella acabe en ... tenga mayor o menor probabilidad de una cesárea. Eso es lo que es el “Bishop Score”.

Cualquier ginecólogo que va a hacer una inducción de parto, lo primero que hace es un examen pélvico. Y en ese examen pélvico ... responsablemente ... y en ese examen pélvico va a determinar las cosas que describe esta puntuación. Esta puntuación incluye si el cuello del útero está abierto o no. Esto se llama dilatación.

[...]

⁴⁸ T.P.O., 31 de julio de 2017, págs. 187-188

⁴⁹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 188.

⁵⁰ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 15.

⁵¹ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 16.

T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 18-19.

El perito hizo referencia a un documento intitulado "Patient Safety Checklist". Sobre este indicó que era importante no inducir un parto antes del tiempo requerido. Ahora, sostuvo que es el médico quien tiene la responsabilidad de explicarle al paciente las alternativas de tratamiento.⁵² Añadió, sin embargo, que "[l]os hospitales tienen como norma, por las instituciones que los acreditan, que se tomen estas medidas para evitar que se hagan inducciones innecesarias."⁵³ Indicó que los protocolos para seguir este tipo de procedimientos son una práctica estandarizada de la medicina y se encuentran en la literatura médica y han sido avalados por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.⁵⁴

A preguntas de la representación legal de la señora Cruz Flores sobre cómo el uso de ese tipo de protocolos hubiese ayudado a en este caso, el perito mencionó que:

Si Aleicha llega a sala de parto con 36 semanas de embarazo, y había que cuestionarse por qué ... si era necesario inducir el parto o no. Yo sé que el doctor la admite con un diagnóstico de que ella estaba de parto. Eso no está documentado en el expediente, porque el monitor fetal muestra que no estaba de parto. La evidencia del examen pélvico de las 11:00 de la mañana no se puede corroborar. Pero si es una paciente que tiene 36 semanas de embarazo y tiene contracciones, pues entonces tiene contracciones prematuras. Y el tratamiento para una paciente con 36 semanas y contracciones prematuras puede que, en algunos casos, sea tratar de detener el parto y no acelerarlo porque el bebé es prematuro hasta las 37 semanas. **Y en eso entra los criterios del médico.**

Si a las 6:50 de la tarde, cuando el doctor llega y la examina, la encuentra en cuatro o cinco centímetros, ya esto es evidencia, de acuerdo con el examen de él - - no tenemos prueba de esto ni por el monitor fetal, ni por ninguna otra persona que la haya examinado. **Solamente confiamos en el examen de él. Si esta paciente ya estaba cinco centímetros, clínicamente está de parto activo y no necesita ningún medicamento para inducirle el parto, porque esos hallazgos que solamente él los sabe, ya estaba de parto.**

T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 23-25. (Énfasis nuestro.)

Al hablar sobre el medicamento Misoprostol, el galeno explicó que ese medicamento tiene varios usos y las dosis a ser administradas dependerían del tipo de procedimiento que se estaría realizando.⁵⁵ El

⁵² T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 22.

⁵³ *Id.*

⁵⁴ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 23.

⁵⁵ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 26.

medicamento ayuda a dilatar el cuello del útero.⁵⁶ Se utiliza en una dosis de 400 microgramos cuando una mujer en su primer trimestre tiene que someterse a un aborto, porque el bebé falleció en el útero.⁵⁷ No obstante, cuando se trata de inducir el parto con ese medicamento, explicó que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, así como la literatura médica, recomiendan una dosis de 25 microgramos.⁵⁸ Indicó que, al subir la dosis a 50 microgramos, el riesgo de complicaciones incrementa.⁵⁹ Sostuvo que, para administrar una dosis más alta, es necesario esperar cuatro horas desde la primera administración.⁶⁰

Puntualizó que los riesgos de este medicamento incluyen la presencia de meconio en el líquido amniótico y taquisistolia.⁶¹ Al explicar este último síntoma, el cual estuvo presente en el caso de la señora Cruz Flores, el médico manifestó que las “contracciones tan corridas no permiten que la recuperación que necesita el feto durante el parto para oxigenarse adecuadamente la pueda tener.”⁶²

Con relación al proceso de solicitar el medicamento, el galeno explicó que, en su experiencia, él solicita el medicamento a la farmacia, la orden se procesa y la farmacia le indica si hay que hacer algún tipo de modificación en cuanto a dosis y hora de administración, si existe alguna discrepancia. Para el médico es “un “double check” de que lo estamos haciendo bien”.⁶³ Mencionó que, en el caso del Misoprostol, al ser una tableta de 100 microgramos, el médico solicita la dosis de 25 microgramos y es la farmacia la que envía el medicamento ya cortado en esas dosis.⁶⁴

⁵⁶ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 22.

⁵⁷ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 26.

⁵⁸ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 27.

⁵⁹ *Id.*

⁶⁰ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 29.

⁶¹ En el contexto de un parto, el término se refiere a las contracciones uterinas en un determinado periodo de tiempo.

⁶² T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 29.

⁶³ T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 35-36.

⁶⁴ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 37.

De manera contradictoria con su testimonio previo, el médico concluyó que, en el caso de la señora Cruz Flores, **el uso del medicamento era contraindicado porque esa pastilla no se puede usar en pacientes que se encuentran ya de parto. Afirmó que la señora Cruz Flores mostraba signos de parto activo a las 6:50 pm, por lo que no era necesario administrar el medicamento.** Asimismo, destacó que la dosis utilizada fue cuatro veces mayor.⁶⁵

Durante el testimonio del perito, se trajo a la consideración del tribunal las “Guías para el uso de Misoprostol para maduración del cuello uterino” del Hospital Presbiteriano.⁶⁶ El perito indicó que esas guías estaban basadas en las recomendaciones aceptadas para el uso del medicamento por parte del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.⁶⁷

A preguntas de la representación legal de la señora Cruz Flores sobre qué debe hacer el personal del hospital antes de administrar el Misoprostol, el perito afirmó:

Yo creo que todos los componentes que me ayudan a mí a dar un cuidado médico adecuado a un paciente deben tener como finalidad la seguridad del paciente y el ofrecerle un buen cuidado de salud. Para eso, cada sistema tendrá sus medidas para garantizar que se hace lo correcto.

[...]

La inducción del parto requiere conocimiento del paciente, requiere que entienda los beneficios y los riesgos y que el paciente diga si está de acuerdo o no. El lugar donde se va a hacer esto tiene que poder salvaguardar los derechos de ese paciente.

Si el médico comete el error por equivocación, por descuido, por mala preparación, por la razón que sea, de hacer una recomendación que es adversa a la salud del paciente, pues el hospital debe tener los mecanismos para poder detener el dispensario, en el caso de Aleicha, un medicamento que esté contraindicado o que no tiene la indicación médica y en una dosis exagerada. Si en este caso se hubiese ejecutado eso, pues ella no hubiese recibido 100 microgramos de Misoprostol.

T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 52-54.

El doctor indicó que a la señora Cruz Flores no se le tomó un consentimiento informado sobre el procedimiento de inducción, así como

⁶⁵ T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 38-39.

⁶⁶ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 46.

⁶⁷ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 46.

se le administró dicho medicamento, sin que mediara tal documento. Ello no es cónsono con la literatura médica que requiere esos procedimientos para dar el tratamiento.⁶⁸

El perito sostuvo que, en este caso, se hizo una inducción de parto que estaba contra indicada y Abril nació prematura.⁶⁹ A su vez, al utilizar el medicamento en una dosis incorrecta, ello provocó que la señora Cruz Flores desarrollara las complicaciones mencionadas por el medicamento.⁷⁰ No obstante, el médico afirmó que Abril “se sacó con suficiente tiempo como para que naciera en buenas condiciones.”⁷¹

En fin, el galeno concluyó que el Hospital Ryder carecía de protocolos para el uso del medicamento.⁷² Opinó que, si ese protocolo hubiese existido, todo lo ocurrido hubiese podido detenerse.⁷³ Reiteró que los documentos sobre el consentimiento para la inducción del parto deben entregarse antes de hacer el procedimiento.⁷⁴

iv.

El señor Torres Peña expresó que su hija falleció una víspera del día de los padres. Afirmó que, a la muerte de la niña, su vida cambió. Comenzó a aislarse, no se sentía preparado para regresar a su trabajo.⁷⁵ Declaró que la pérdida fue fuerte para ellos porque tenían todo preparado para recibir a la bebé. Ella fue una bebé deseada y planificada.⁷⁶

v.

El doctor Carlos Roure Llompart fue el perito de la parte apelante. Lleva cerca de 40 años como ginecólogo obstetra, pero los últimos trece años se ha dedicado a la ginecología exclusivamente.⁷⁷ Ha dirigido el

⁶⁸ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 54.

⁶⁹ T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 62-63.

⁷⁰ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 63.

⁷¹ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 56.

⁷² T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 64.

⁷³ T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 64-65.

⁷⁴ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 99.

⁷⁵ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 116.

⁷⁶ T.P.O., 1 de agosto de 2017, pág. 117.

⁷⁷ T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 8, 15 y 33.

Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina y Centro Médico, como también del Departamento de Obstetricia del Hospital Ashford Presbyterian.⁷⁸ Fue cualificado por el Tribunal como perito en obstetricia y perinatología.⁷⁹

Indicó que ha pertenecido al Safety and Peer Review Committee o Comité de Seguridad y Revisión de Pares del Hospital Ashford.⁸⁰ Explicó que en ese comité se evalúan y estudian los casos atendidos de obstetricia y ginecología.⁸¹ Asimismo, en ese comité se actualizaron las guías de manejo del departamento.⁸² Como parte de esas guías, están las que utilizó el perito de la apelada.⁸³ Al hablar sobre las guías, indicó que "...esas guías que prepara el comité luego se las presenta al departamento, el departamento le hace sugerencias porque no son guías de nadie, son guías de nosotros, de la facultad, en donde expresamos cómo queremos hacer las cosas y luego, esa es nuestra guía." ⁸⁴

En cuanto al uso de las guías o protocolos, como algunos lo llaman, son las guías del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Los hospitales pueden ajustar esas guías de acuerdo a sus necesidades, pero deben mantenerse en la misma línea.⁸⁵ El perito destacó que las guías que utiliza un hospital no las prepara el propio hospital, sino los facultativos.⁸⁶

Declaró que un embarazo a término sería a las 38 semanas, antes de eso son pretérmino, o lo que se conoce como prematuro. La práctica es que no se induzca el parte antes de las 39 semanas.⁸⁷

⁷⁸ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 16.

⁷⁹ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 33.

⁸⁰ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 17.

⁸¹ *Id.*

⁸² T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 18-20.

⁸³ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 22.

⁸⁴ *Id.*

⁸⁵ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 80.

⁸⁶ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 84.

⁸⁷ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 36.

De otra parte, el perito explicó que un parto aumentado o “augmentation of labor” es un proceso en el que la paciente está de parto, pero de momento el proceso se detiene o aguanta.⁸⁸

En cuanto a los factores de riesgos de hipertensión pulmonar, el doctor destacó que la literatura médica indica la presencia de meconio en el líquido amniótico.⁸⁹ Aclaró que, en este caso, el meconio estaba presente antes de que se administrara el Misoprostol.⁹⁰

El galeno opinó que en este caso no se trataba de la maduración del cuello del útero o inducción de parto. A su juicio, la señora Cruz Flores sí estaba de parto, conforme al trazado de las contracciones de la apelada.⁹¹ Por ello, indicó que las guías o protocolos que se trajeron al caso como muestra y ejemplo no guardan relación con el caso de la señora Cruz Flores, porque ella no tuvo una inducción de parto.⁹²

Al explicar su evaluación sobre el caso, afirmó:

[...] este no es un bebé que sufre de hipoxia intraparto. Hipoxia significa que no sufre de falta de oxígeno en el parto. Tiene buena variabilidad, que lo hemos dicho. Lloro al nacer. Tiene la puntuación de Apgar que descarta daño intraparto. Pero luego de cortar el cordón umbilical, desarrolla hipoxia, que es falta de oxígeno, neonatal, “distress neonatal”. Se le compensa y no oxigena adecuadamente. Su problema no es de origen intraparto. Su problema es secundario al tratamiento ... no es secundario al tratamiento intraparto. Es hipoxia natal después de nacido secundario a hipertensión pulmonar persistente.

[...]

El meconio no es causa del hospital. Si vamos a decir que el darle Misoprostol lo causó, eso fue el doctor Flores. Es un juicio clínico, no tiene nada que ver con el hospital.

[...]

Y verdaderamente lo que ocurrió no es culpa ... no fue operación del hospital, si es que ocurrió debido a algo del parto.

T.P.O., 2 de julio de 2017, pág. 162-163.

⁸⁸ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 45.

⁸⁹ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 147.

⁹⁰ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 155.

⁹¹ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 158.

⁹² T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 160-161.

El doctor Roure Llompart destacó que la apelada sí estaba de parto, pero el parto se aguantó, por lo que, para que se dieran contracciones más fuertes, se le aumentó el parto.⁹³

En el contrainterrogatorio, el perito coincidió que el uso de Misoprostol debía ser de 25 microgramos y luego de 50.⁹⁴ Aceptó que en el caso de la señora Cruz Flores no había indicaciones de inducir un parto.⁹⁵ Asimismo, hubo controversia sobre si previo a la administración del Misoprostol el bebé presentó desaceleraciones.⁹⁶ **Aclaró que al llegar la señora Cruz Flores al hospital no tenía contracciones en los primeros 20 minutos, pero que empezaron luego y se hicieron más corridas y que las mismas a las 6 de la tarde eran contracciones de parto.**⁹⁷

[Nótese que el doctor Gratacós Díaz sostuvo lo mismo en su testimonio.⁹⁸ El doctor Flores Rivera llegó más tarde y fue él quien introdujo la pastilla en la vagina de su paciente.⁹⁹]

En el examen redirecto, el perito reiteró que la señora Cruz Flores estaba de parto antes de que se le administrara el Misoprostol. Por ello, explicó que lo que se hizo fue aumentar el parto, no inducirlo.¹⁰⁰ Reiteró que en este caso hay una diferencia palpable entre el consentimiento que se requiere para inducir a una paciente y el aumento de parto.¹⁰¹ También explicó que, en el manejo activo de un parto con una **paciente con meconio**, debe mediar al menos su consentimiento verbal, pues el escrito no siempre puede obtenerse por la urgencia de la situación.¹⁰²

Del análisis hecho por el perito sobre los latidos del bebé, concluyó que no hubo “fetal distress” porque el bebé tenía buena variabilidad y al

⁹³ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 165.

⁹⁴ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 193.

⁹⁵ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 192.

⁹⁶ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 186.

⁹⁷ T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 201-202.

⁹⁸ T.P.O., 1 de agosto de 2017, págs. 38-39.

⁹⁹ T.P.O., 31 de julio de 2017, pág. 27.

¹⁰⁰ T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 222-223.

¹⁰¹ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 225.

¹⁰² T.P.O., 2 de agosto de 2017, págs. 226-227.

nacer presentó un buen APGAR.¹⁰³ Reiteró que los protocolos del hospital no son relevantes porque no era un caso de inducción de parto.¹⁰⁴

- C -

Reseñados los aspectos importantes del testimonio de los testigos en este caso, dirijamos nuestra atención a las determinaciones de hecho consignadas por el foro intimado en su sentencia de 1 de agosto de 2018.

Destacamos las más relevantes:

[...]

6. El 2 de junio de 2014 nació la hija de Aleicha y Melvin, Abril Torres Cruz.

7. El cuidado pre-natal de la demandante Aleicha Cruz estuvo a cargo del doctor Flores Rivera.

8. Aleicha Cruz no mostró ninguna anormalidad durante su embarazo, las pruebas realizadas de rutina reflejaron resultados normales y el periodo prenatal transcurrió sin ninguna eventualidad.

9. El 30 de mayo de 2014, Aleicha visitó la oficina del doctor Flores para una visita de rutina. El doctor Flores documentó en el expediente, un embarazo de 35 y 4/7 semanas y un examen pélvico mostrando un cuello uterino blando y con un centímetro de dilatación. El bebé se encontraba en estación menos tres, quiere decir que estaba alto, con membranas amnióticas intactas y no se documentó la presencia de contracciones uterinas ni que la paciente tuviera ninguna queja en ese momento. Se le recomendó a Aleicha regresar el próximo lunes, 2 de junio de 2014.

10. En la vista del 2 de junio de 2014, el doctor Flores documentó embarazo de 36 semanas y un examen pélvico de un centímetro. Idéntico al que describió cuatro días antes. No se documentó que Aleicha tuviese dolor pélvico, sangramiento o contracciones.

11. Ese mismo día, el doctor Flores envió a Aleicha al Hospital Ryder Memorial de Humacao para ser admitida en Sala de Partos. **Del expediente médico del doctor Flores no se desprende la razón por la cual se envió el Hospital. Para esa fecha, el bebé aún era prematuro.**

12. Aleicha Cruz testificó que no presentaba dolor o molestia.

13. Aleicha Cruz llegó al Hospital Ryder Memorial de Humacao a la 1:00pm y no volvió a ver al doctor Flores Rivera hasta alrededor de las 7:00pm de ese día.

14. Al llegar al Hospital Ryder, fue admitida a Sala de Partos como a la 1:00pm y solicitó a las enfermeras que le realizara un examen vaginal ya que ella entendía que no estaba dilatando y tampoco tenía dolor. Aleicha no sentía que estuviera de parto.

15. El expediente médico del Hospital Ryder Memorial documenta que Aleicha llegó a Sala de Parto del Hospital Ryder a la 1:35pm.

16. La primera nota de enfermería del Hospital Ryder Memorial aparece a la 1:35pm. **Allí se documentó que Aleicha fue admitida a Sala de Parto bajo el servicio del doctor Flores.** El diagnóstico de admisión documentado por la enfermera fue embarazo intrauterino de 36 semanas. Se identificó como problema, dilatación sin dolor. La queja principal aparece en el récord médico de Aleicha al admitirse fue que estaba dilatando.

¹⁰³ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 233.

¹⁰⁴ T.P.O., 2 de agosto de 2017, pág. 238.

17. Durante las horas de la 1:00pm a 7:00pm, Aleicha testificó que se bañó y se quedó dormida. Durante su testimonio enfatizó que "...no tenía dolores, ni sentía nada..."
18. Aleicha fue conectada al monitor fetal alrededor de la 1:45pm.
19. De la 1:45pm a las 7:00pm el trazado fetal era uno completamente normal, con evidencia de un latido cardiaco fetal con buena variabilidad, sin evidencia de ninguna deceleración, excepto una deceleración variable que simplemente pudo ser por movimiento de la mamá, del bebé o del cordón. Tenía una irritabilidad uterina que no tenía nada que ver con estar de parto. Aleicha no tenía un patrón de contracciones de parto. En este periodo de tiempo, Aleicha no estaba de parto.
20. Luego del examen vaginal realizado en las oficinas del doctor Flores, Aleicha testificó que el doctor Flores no volvió a realizare un examen vaginal hasta las 7:00pm, cuando la vio en el Hospital. No obstante, el doctor Flores anotó en el r[é]cord del Hospital Ryder Memorial un examen vaginal de las 11:00am en el cual describió una dilatación de 5 a 6 centímetros. Quedó demostrado que este examen no ocurrió ya que a esa hora Aleicha no se encontraba en el Hospital y la propia Aleicha testificó que el doctor Flores no la evaluó a esa hora. Tampoco existen notas de enfermería de dicho examen vaginal.
- 21. A las 7:00pm, el doctor Flores realizó un examen vaginal a Aleicha Cruz y colocó un medicamento vaginal, una pastilla.**
- 22. Del récord médico del Hospital Ryder Memorial se desprende que a las 6:50pm, el doctor Flores le rompió fuente y colocó el medicamento Misoprostol,² una pastilla de 100 microgramos.¹⁰⁵ Al romper fuente se observó la presencia de meconio.**
23. Al colocar el Misoprostol, en menos de media hora, Aleicha comenzó a presentar contracciones cada minuto, dolor severo y los latidos del bebé comenzaron a bajar. Los latidos del bebé comenzaron a bajar cada vez con más profundidad y una prolongación más grande desde que bajaban hasta que recuperaba. **Esto afectó la oxigenación del bebé.**
24. Aleicha Cruz testificó que comenzó a sentir dolores luego de que el doctor Flores le colocó el medicamento y le rompió fuente.
25. La demandante Aleicha Cruz indicó que no se le explicaron las consecuencias del uso de ese medicamento administrado y tampoco firmó ningún consentimiento. El Hospital Ryder Memorial no procuró que se tomara un consentimiento informado para el uso de Misoprostol y tampoco procuró que se tomara un consentimiento informado a Aleicha para que se le realizara una inducción de parto en sus facilidades.
26. En ese momento Aleicha Cruz se sentía "*mal, adolorida, nerviosa, no entendía qu[é] estaba sucediendo*"¹⁰⁶
27. Del expediente médico estipulado por las partes se desprende que se le tuvo que realizar una cesárea de emergencia a Aleicha debido a "*stress fetal*", angustia fetal. Esto es que, se está sometiendo al bebé a un estímulo que no puede tolerar y hay que intervenir quirúrgicamente.
28. Del expediente médico estipulado por las partes, surge en múltiples ocasiones el diagnóstico de "*fetal distress*".
29. El diagnóstico final del doctor Flores fue embarazo alumbrado mediante cesárea, 36 semanas de embarazo, "*fetal distress*".
- 30. La primera nota del doctor Flores que aparece en el récord médico del Hospital Ryder Memorial es a las 8:40pm del 2 de junio de 2014. La misma describe el *stress fetal* y documenta:**

¹⁰⁵ Nota 2 de la sentencia: También referido como Cytotec en el juicio.

¹⁰⁶ En la sentencia aparecen varias determinaciones en bastardillas.

non reassuring fetal heart rate, abnormal abnormality in fetal heart rate, persistent late decelerations y meconio.

31. El doctor Flores documentó como razón para realizar la cesárea, *fetal distress*. Como complicaciones de parto se documentó en el expediente médico del Hospital Ryder Memorial.

[...]

B. Testimonio doctor José A. Gratacós-Perito de la Parte Demandante

80. El doctor José Antonio Gratacós Díaz, es médico, obstetra ginecólogo, con sub-especialidad en embarazos de alto riesgo y es *Board Certified*. Para la fecha del juicio, el doctor Gratacós llevaba 39 años de práctica de los cuales 37 han sido en la práctica privada y ha fungido como experto por 39 años. Tanto para la parte demandada compara la parte demandante en proporciones casi idénticas.

81. El doctor Gratacós se especializa en obstetricia y ginecología, mayormente atendiendo embarazos de alto riesgo. Esta(sic) activo en su práctica y tiene vasta experiencia en el uso de Cytotec y/o Misoprostol.

82. El doctor Gratacós ha sido autor de múltiples publicaciones, entre ellas una muy relevante al caso que nos ocupa, relacionada con Monitoreo Fetal. Fue ganador del Primer Premio en el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en los años 80, con la presentación de su tesis para la sub especialidad de Materno Fetal.

83. El doctor Gratacós fue director del Departamento de Medicina Materno Fetal de la Escuela de Medicina y fue profesor asociado en la Universidad del Sur de California.

84. El Tribunal cualificó al doctor Gratacós como perito en gineco-obstetricia y partos de alto riesgo.

85. El doctor Gratacós testificó que es responsabilidad del personal de enfermería documentar que los consentimientos pertinentes estén firmados por los pacientes y formen el expediente médico. En este caso, el consentimiento de Aleicha para el uso de Misoprostol y el consentimiento para la indicción del parto. Si esto no está en el expediente médico, la enfermera no debe proceder con la orden médica.

86. O sea, si el consentimiento para el uso de Misoprostol no se encuentra en el expediente, la enfermera no debe proceder con la orden.

87. Misoprostol es un medicamento que se utiliza para madurar el cuello uterino y así inducir el parto y aumentar la probabilidad de que una inducción de parto termine en un parto vaginal y no una cesárea.

88. Este medicamento es contra indicado para pacientes que están de parto y no se debe utilizar en pacientes con un bishop score de 9 o más.

89. Si la evaluación de las 11:00am hubiera ocurrido, lo cual no existe evidencia de ello y la propia paciente testificó que el doctor Flores no la volvió a evaluar hasta alrededor de las 7:00pm, Aleicha hubiera tenido un bishop score mayor de 9 al momento de usar el medicamento.

90. No obstante, de la prueba presentada y creída quedó demostrado que no existió tal evaluación.

91. El examen pélvico de Aleicha, el 2 de junio de 2014 a las 9:00am, reflejó una dilatación de un centímetro.

92. El bishop score de Aleicha el 2 de junio de 2014 en la mañana era de 1 ó 2 (sic). Con un bishop score de 1 ó 2 (sic), las probabilidades de una cesárea durante una inducción son altísimas.

93. La buena práctica de la medicina exige que los hospitales tengan protocolos para la inducción de parto y estos contengan las indicaciones y contra indicaciones de dicho procedimiento.
94. La literatura médica ha aprobado y reconocido que se mantengan estos protocolos en los hospitales.
95. El paciente debe conocer cuáles son los riesgos, complicaciones y probabilidad de que la inducción del parto sea exitosa y no termine en una cesárea.
96. Las instituciones acreditadoras exigen a los hospitales tomar las debidas medidas para que no se realicen inducciones innecesarias y contraindicaciones en sus facilidades. Para ello, los hospitales deben mantener normas y protocolos.
97. Estas normas aparecen en la literatura médica, textos, boletines del Colegio Americano de Obstetras y Cirujanos.
98. En este caso, el haber tenido protocolos en el Hospital Ryder Memorial hubiese evitado la inducción de parte de Aleicha y la consecuente muerte del bebé.
99. Es contra indicado realizar inducciones de parto antes de las 39 semanas.
100. En adición, el Colegio Americano de Cirujanos y Obstetras establece que la dosis recomendada de Misoprostol para inducir el parto o ablandar el cuello uterino, es de 25 microgramos. Además, recalca que si se utiliza una segunda dosis de 25 microgramos, que serían 50 microgramos, aumentan los riesgos de complicaciones para la mamá y para el bebé. Para utilizar una segunda dosis hay que esperar 4 horas y monitorear a la mamá y al bebe (sic). Este medicamento viene en pastillas de 100 microgramos.
101. Uno de los riesgos asociados al uso de Misoprostol es la taquisístole o hiperestimulación. Esto es, presentar contracciones cada minuto. La taquisístole no permite que el feto se recupere entre cada contracción y se oxigene adecuadamente.¹⁰⁷
102. La pastilla de Misoprostol es una pastilla de 100 microgramos que debe cortarse. La manera responsable, como hombre prudente y razonable, es que la farmacéutica del Hospital la corte.
103. El doctor Gratacós expresó: *"Hace 15 o 20 años atrás ese medicamento estaba en Sala de Parto y en una manera rústica lo picábamos nosotros."* *"Con el pasar del tiempo, nos dimos cuenta que picarlo nosotros mismos no era seguro para el paciente, hay que ser muy cuidadosos con la dosis"*.
104. Las farmacias de los hospitales tienen los instrumentos necesarios para cortarla y es la farmacia del hospital, la responsable de despachar el medicamento en la dosis indicada. La dosis indicada es 25 microgramos.
105. En este caso se utilizó una dosis cuatro veces mayor a la indicada. Se utilizaron 100 microgramos.
106. La Farmacia del Hospital debe verificar que las dosis solicitadas sean las indicadas y de no serlo, deben llamara al médico y notificarle.
107. La literatura médica es unánime en que el Misoprostol no se utiliza en pacientes de parto activo y no se utiliza en pacientes con bishop score de 9 o más.
108. En el caso de Aleicha Cruz el Misoprostol estaba contraindicado de todos modos. Aleicha no se encontraba de parto, su bebé era prematuro, ésta contaba con 36 semanas.
109. El Misoprostol es un medicamento originalmente para tratar úlceras. No obstante, la literatura médica aceptada por el Colegio

¹⁰⁷ La sentencia recoge la siguiente cita: El Dr. Gratacós Díaz explicó: *"Es como si nos metemos debajo del agua y salimos, pero no nos dejan respirar afuera y nos vuelven a meter al agua muy rápido"*

Americano de Obstetras y Ginecólogos **ha reconocido su uso, útil y seguro, para la maduración del cuello uterino y para la inducción de parto en pacientes con cuello uterino con un bishop score bajo o no favorable.**

110. Antes de suministrar Misoprostol a un paciente, este debe conocer los beneficios y los riesgos y dar su consentimiento. El Hospital donde se va a suministrar el medicamento debe salvaguardar este derecho del paciente.
111. El Hospital debe tener los mecanismos para poder detener el que se dispense un medicamento que está contraindicado para un paciente.
112. En este caso, el Hospital Ryder debía tener los mecanismos necesarios para evitar que se dispensara el Misoprostol ya que estaba contraindicado para Aleicha. Además, debía tener los mecanismos para no suministrar una dosis exagerada.
113. Si el Hospital Ryder Memorial hubiera cumplido con su responsabilidad, no se hubieran suministrado 100 microgramos de Misoprostol a Aleicha.
114. El Hospital Ryder Memorial no procuró que se le tomara un consentimiento informado a Aleicha para suministrarle el Misoprostol.
115. El Hospital Ryder Memorial no tomó un consentimiento informado a Aleicha para realizarle una inducción de parto en sus facilidades.
- 116. El único consentimiento que surge del expediente médico del Hospital Ryder es un consentimiento para realizar la cesárea a Aleicha.**
117. La literatura médica requiere que se tomen consentimientos informados a los pacientes antes de suministrarle Misoprostol y antes de inducir un parto.
118. Del expediente médico del Hospital Ryder, no surge ninguno de estos consentimientos. En el expediente médico del Hospital Ryder Memorial debería haber un consentimiento y documentación escrita del permiso para la inducción tal y como lo requieren las normas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
119. Abril murió de hemorragia pulmonar y de hipertensión pulmonar neonatal persistente. Los factores de riesgo de hipertensión pulmonar son: prematur[idad], partos inducidos, **cesárea y meconio**.
120. Quedó demostrado que, a Aleicha Cruz se le hizo una inducción de parto, medicamento no indicado. No había razón materna, no había razón fetal para la inducción. El bebé de Aleicha era prematuro.
121. Como resultado de haber utilizado Misoprostol, Aleicha desarrolló complicaciones propias de este medicamento. Aleicha desarrolló taquisístole que provocó un “fetal distress.”
122. Quedó establecido que, el Hospital Ryder carecía de protocolos para el uso de Misoprostol para la fecha de los hechos alegados en la Demanda.^{4 108}
123. El doctor Gratacós testificó en cuanto a la responsabilidad y negligencia del Hospital Ryder Memorial que:

¹⁰⁸ La sentencia incluye en la cita número 4: Durante el descubrimiento de prueba, la parte demandante solicitó al Hospital Ryder copia de los protocolos vigentes a la fecha del 2 de junio de 2014. El Hospital Ryder produjo unos protocolos del 2016, documento preparado posterior a la fecha de los hechos del caso de epígrafe. El documento producido no contenía las indicaciones, contraindicaciones, beneficios y riesgos del uso del medicamento. El documento no tenía nada que ver con la solicitud realizada. El Tribunal tomó conocimiento judicial del interrogatorio y la contestación a interrogatorio. Además, tomó conocimiento judicial de que la representante legal del Hospital Ryder Memorial indicó que el documento producido era lo único que había disponible en el Hospital.

“Si hubiese habido un protocolo vigente en ese momento, o y yo puedo hablar de mi experiencia, en base a la literatura médica, al hospital donde yo trabajo por 37 años y a mi trabajo como perito. Si hubiese habido un protocolo en ese momento, todo esto se pudo detener.

*Se puede cuestionar **¿por qué este paciente se va a inducir a las 36 semanas?** ¿Por qué se le va a dar Cytotec? ¿Por qué se le va a dar una dosis tan alta? ¿Por qué se le va a dar una indicación en un caso que no está indicado?*

Y si asumimos que no se le indujo el parto y que lo que se hizo fue aumentar el parto. Yo no he encontrado en los últimos 20 años ninguna literatura médica donde diga que el Cytotec es adecuado para aumentar el parto. Inclusive, los protocolos que hemos traído como referencia lo señalan así.⁵¹⁰⁹

Ningún protocolo habla de aumentar el parto con Cytotec. Estos, hablan de cuándo no se usa. Y esta señora tenía todas las razones para no usarlo. Si asumimos que lo que tenía era un parto prematuro con 36 semanas y creemos que es prudente aguantar ese bebé por los beneficios que tiene la vida ultra uterina después de las 36 semanas, sabemos que el cerebro crece un montón después de las 36 semanas. Pues, lo que había que hacer era tratar de parar el parto. Había otras cosas que podíamos hacer que no fuera sacar el bebé de ella antes de tiempo.”

124. A las 6:50 pm cuando el doctor Flores decide que va a utilizar el medicamento en la paciente, la enfermera del Hospital Ryder debía procurar tener firmados los consentimientos de inducción y uso de Misoprostol antes de realizar las gestiones con farmacia para solicitar el medicamento.

C. Testimonio doctor Carlos A. Roure Llompert-Perito Hospital Ryder

125. El doctor Carlos A. Roure es Obstetra-ginecólogo de profesión. Para la fecha del juicio se dedicaba a ginecología clínica y no había realizado partos hacía 13 años. No posee publicaciones en medicina, no ha recibido awards o reconocimientos y no practica la obstetricia hace 13 años.
126. El doctor Roure solamente ha fungido como perito para la parte demandante en un 5% de las veces que ha sido perito.
127. El doctor Roure aceptó que no utiliza el medicamento Misoprostol para obstetricia desde el año 2004 y que nunca en su vida [h]a calculado un Bishop score.
128. En cuanto a su opinión pericial, testificó que el expediente del doctor Flores era irrelevante para preparar su opinión pericial en el caso.
129. Este está de acuerdo en que la primera nota de enfermería que aparece en el récord médico del Hospital Ryder Memorial es a las 1:40pm.
130. El doctor Roure también está de acuerdo con que no existen notas de enfermería de un examen pélvico que el doctor Flores añadió en el récord médico del Hospital Ryder Memorial el 2 de junio de 2014 a las 11:00am. Aceptó que no sabe si el examen pélvico ocurrió.
131. Concuera con el doctor Gratacós en que el último examen pélvico que aparece en el récord de las oficinas del doctor Flores, muestra un centímetro de dilatación.
132. Aceptó que Aleicha no tenía contracciones al llegar al Hospital Ryder Memorial el 2 de junio de 2014.

¹⁰⁹ Se hace referencia a una nota al calce identificada con el número 5, más no surge de la propia sentencia la descripción correspondiente a esa nota.

133. Concuerta con doctor Gratacós que, luego de colocar el Misoprostol a Aleicha, se comenzaron a observar deceleraciones de los latidos fetales.
134. Concuerta con doctor Gratacós además, que luego de romper fuente y colocar el Misoprostol comenzó un patrón de contracciones uterinas cada minuto y medio a dos y después cada minuto. También aceptó que hubo deceleraciones tardías persistentes luego del uso de misoprostol.
135. El doctor Roure aceptó que no existe en el expediente médico del Hospital Ryder Memorial un consentimiento para el uso de Misoprostol ni para inducción de parto.
136. El doctor Roure estuvo de acuerdo con que no debe inducirse un parto antes de las 39 semanas y que no debe usarse Misoprostol a las 36 semanas para inducir un parto.
- 137. Además, concuerda con que no había indicaciones en el caso de Aleicha para inducir el parto.**
138. El doctor Roure aceptó que la dosis aceptada de Misoprostol para inducir un parto es de 25 microgramos y hasta 50 microgramos en algunas ocasiones, únicamente cuando se le informa al paciente que esto puede ocasionar taquístole (sic) o *fetal distress*.
139. El doctor Roure aceptó que en el récord médico del Hospital Ryder no aparece documento que se haya informado a Aleicha sobre los riesgos y complicaciones al usar el medicamento Misoprostol.
140. Aunque el doctor Roure testificó que no había ocurrido *fetal distress* en el caso, éste fue impugnado en más de cinco ocasiones con el expediente médico, donde aparecía el diagnóstico de *fetal distress*. Este diagnóstico fue confirmado en múltiples páginas del expediente médico estipulado por las partes.
141. El doctor Roure testificó que no sabe si existe un protocolo en la farmacia del Hospital Ryder para el despacho de Misoprostol.
142. Además, no sabe cómo el Hospital Ryder Memorial maneja sus protocolos ni si tenía protocolos para la fecha de los hechos del presente caso.
143. Finalmente, el doctor Roure aceptó que no ha visto ningún protocolo del Hospital Ryder Memorial para el uso de Misoprostol para el año 2014. No sabe si existía uno y tampoco lo solicitó para preparar su opinión pericial.

Destacadas las determinaciones relevantes a los dos señalamientos analizados, procedamos a disponer del recurso ante nuestra consideración con el rigor requerido.

IV.

El Hospital Ryder Memorial cuestiona ante nos la imputación de responsabilidad hecha por el foro sentenciador por los daños sufridos por los apelados a consecuencia de la muerte de su hija Abril. En esencia, plantea que la primera instancia judicial erró al determinar que la ausencia de protocolos para el uso de Misoprostol y del consentimiento de la apelada fue la “causa próxima” (sic) de los alegados daños. Específicamente

puntualiza que la prueba desfilada no pudo establecer un **nexo causal** entre los daños alegados por la señora Cruz Flores y las alegadas actuaciones del Hospital Ryder. A su juicio, el Tribunal de Primera Instancia apreció e interpretó de manera inadecuada la prueba presentada y admitida.

No conteste con los planteamientos de la parte apelante, la señora Cruz Flores sostiene que el dictamen apelado debe confirmarse en todos sus extremos. Afirma que la ausencia de protocolos y el manejo inadecuado del Misoprostol por parte del Hospital causaron los daños reclamados; daños que eran previsibles y pudieron haber sido evitados de haber contado el Hospital con las medidas de rigor.

Este tribunal ha hecho un análisis minucioso de la prueba oral vertida en juicio, de los informes periciales, de las determinaciones de hecho suscritas por el foro primario, así como de las normas jurídicas que rigen las controversias planteadas. Luego de ese estudio, nos vemos impedidos de sostener el dictamen apelado. Resolvemos que procede revocar la sentencia apelada por ausencia de nexo causal entre los daños alegados y la conducta imputada al Hospital Ryder. Es decir, del examen exhaustivo de esa prueba no surge que las actuaciones del Hospital Ryder fueron la **causa adecuada** de la triste experiencia vivida por los padres apelados y su hijita y de los daños y angustias mentales que ella produjo.

El foro *a quo* determinó que la negligencia del apelante, que dio paso a la imputación de responsabilidad, consistió en la ausencia de protocolos para la administración del Misoprostol. El tribunal concluyó que la causa directa de la muerte de Aleicha se debió al uso contraindicado del Misoprostol. Atribuyó esa administración incorrecta a la ausencia de un protocolo para ese medicamento, el cual hubiese evitado la cadena de eventos que produjo la muerte de Abril. No obstante, esas conclusiones no encuentran apoyo en la evidencia que obra ante nuestra consideración. Por el contrario, la prueba demostró que el doctor Flores Rivera administró un medicamento en una dosis contraindicada a una gestante, que tal parece

que ya estaba de parto y que presentó meconio al romper fuente, por lo que hubo que precipitar el alumbramiento por cesárea por tal condición. La ausencia de protocolos, en ese escenario, no fue el factor determinante de esa cadena de eventos, por lo que no puede generar responsabilidad.

Recuérdese que, en su **demanda y testimonio**, la apelada describió los sucesos que generaron el pleito, concentrados en apenas una hora y siete minutos desde que el doctor Flores Rivera llegó al Hospital hasta que nació la niña por cesárea. Reiteramos que ella afirmó que el doctor Flores Rivera llegó al Hospital cerca de las 6:50 p.m. y la examinó. A esa hora fue que determinó que “induciría el parto” de la señora Cruz Flores, por lo que procedió a romper la membrana amniótica. **Al romper la membrana, el líquido amniótico comenzó a salir con trazos de meconio.** Y ella afirmó que entonces le dijeron que, por el meconio, tenían que hacerle la cesárea, para lo cual ya había dado su consentimiento expreso. Luego fue que el obstetra ordenó el medicamento Misoprostol en una dosis de 100 mcg., la cual administró él mismo en el canal vaginal de la señora Cruz Flores.¹¹⁰

Durante la próxima media hora, además de la complicación que produjo el meconio, se suscitó la situación que se describe en el récord como *fetal distress*, por lo que el médico realizó una cesárea de emergencia y **67 minutos después**, a las 7:57 p.m. nació Abril Leir.¹¹¹ Repetimos, así relató la parte apelada los sucesos que, a su juicio, originaron los daños que reclaman.

Sin duda, ante este cuadro de eventos, ocurridos en la sala de parto del Hospital Ryder, **todos en unos 67 minutos**, poco podían aportar los protocolos del Hospital, de haber existido, para remediar o evitar la situación, cuya nota discordante inicial fue la **presencia de meconio al provocarse la ruptura de fuente**. Y esto ocurrió, en palabras de la apelada, antes de que se le colocara la pastilla de misoprostol. Si a eso

¹¹⁰ Ap., págs. 5-6.

¹¹¹ Ap., pág. 6.

añadimos que, aunque se llevó allí a una gestante con 36 semanas, a quien no debió inducirse el parto —sobre esto no hay controversia—, ella tenía que estar suficientemente dilatada para que su médico pudiera romper el saco amniótico con el fin de acelerar o aumentar el parto que, **según ambos peritos**, ya había comenzado a partir de las 6:00 de la tarde de ese día.

Dicho de otro modo, la ausencia de los protocolos no provocó de manera directa los daños alegados. Recordemos que la **causa adecuada** “[no es] toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, **sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general**”.

Es decir, como dijimos respecto al elemento del nexo causal, existirá tal conexión si, al mirar el daño en retrospectiva, este parece ser la consecuencia razonable, común y natural de la acción u omisión imputada al autor demandado. *Montalvo v. Cruz*, 144 D.P.R., en las págs. 756-757. Reiteramos, es esa relación directa la que permite concluir que el acto torticero imputado es la **causa adecuada** del daño reclamado. *Id.* Y en este caso no quedó probado que la ausencia de protocolo fuera el factor que causó o precipitó la situación vivida por los apelados y su hijita.

A nuestro juicio, los aludidos protocolos, en otras circunstancias, pudieran ser útiles para evitar un desvarío profesional en el entorno médico y hospitalario. Pero no olvidemos, como sugirió el doctor Roure Llompart, que esos protocolos los preparan los médicos para sus colegas médicos. Realmente lo que hacen es documentar lo que ya un médico especialista debió aprender en la Escuela de Medicina o repasar en cursos de educación continua. El protocolo de un hospital no es el que educa ni entrena al especialista en el uso del misoprostol, en las consecuencias de un parto prematuro o inducido, en las consecuencias del meconio. La responsabilidad profesional del doctor Flores Rivera en este caso es obvia. Y así lo concluyó el perito de la parte apelada desde comienzos del pleito. Luego que este salió del litigio, por lo que parece una transacción módica, se desarrolló una nueva teoría para extender la responsabilidad al Hospital.

Implicar civilmente al Hospital en el cuadro descrito nos parece injusto e infundado.

Incluso, el testimonio del doctor Roure Llompart nos pareció más realista, razonable y creíble; más consciente de la urgencia y de la correlación de factores que pudieron provocar el estado de salud de la niña luego de nacer, ya separada del seno materno.

Por tales razones, no podemos suscribir las determinaciones de hecho del Tribunal de Primera Instancia que adjudican responsabilidad civil al Hospital Ryder en este caso, pues esa decisión no se sostiene en la prueba presentada ante ese foro y examinada por el tribunal *ad quem*.

Resolvemos que la parte apelada no probó el nexo causal existente entre la omisión que se le imputó al Hospital Ryder y los daños alegados y probados en el juicio. Procede la revocación de la sentencia que decretó su responsabilidad. Con este pronunciamiento, no hay necesidad de considerar los demás errores señalados en la apelación.

IV.

Por los fundamentos expresados, se revoca la sentencia del Tribunal de Primera Instancia que impuso responsabilidad al Hospital Ryder Memorial Inc. por los daños alegados en la demanda de epígrafe.

Así lo acordó y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

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