

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

NARCISA BELKIS HELLY Y SU
HIJA BELKIS A. RAMÍREZ
HELLY

Apelantes

v.

HOSPITAL AUXILIO MUTUO;
DR. JOSÉ A. SUÁREZ
CASTRO; SRA. DE SUÁREZ
CASTRO Y LA SOCIEDAD
LEGAL DE GANANCIALES
COMPUESTA POR AMBOS;
AUXILIO MUTUO INSURANCE
CO.; SUÁREZ CASTRO
INSURANCE CO.

Apelados

KLAN202000057

APELACION
procedente del
Tribunal de
Primera Instancia,
Sala de San Juan

Civil Núm.:
K DP2013-1264

Sobre:
Daños y Perjuicios
e Impericia Médica

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Colom García, el Juez Sánchez Ramos, y la Jueza Reyes Berríos¹

Reyes Berríos, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 14 de enero de 2021.

Comparece la señora Narcisa Belkis Helly (Sra. Belkis Helly o apelante), y solicita que revoquemos una *Sentencia* emitida el 10 de octubre de 2019, por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan (TPI).² Mediante la misma, dicho foro denegó la *Demanda sobre daños y perjuicios e impericia médica* que interpuso la apelante en contra el doctor José Suárez Castro (Dr. Suárez Castro) y el Hospital Auxilio Mutuo de Puerto Rico, Inc. (Auxilio Mutuo, en lo sucesivo, los apelados). El TPI concluyó que la prueba de la apelante no logró establecer que el Dr. Suárez Castro fue negligente en el diagnóstico y tratamiento de la apelante. En esencia, el TPI determinó que la

¹ Mediante Orden Administrativa Núm. TA-2020-113 se designó a la Hon. Noheliz Reyes Berríos en sustitución de la Hon. Irene S. Soroeta Kodesh.

² Notificada el 11 de octubre de 2019.

apelante no pudo probar que el Dr. Suárez Castro se desviara del estándar de cuidado médico exigible; ni pudo derrotar la presunción de corrección que le cobija al médico en el tratamiento brindado. De igual manera, el TPI determinó que la apelante tampoco logró establecer negligencia alguna por parte del Auxilio Mutuo.

Además, la apelante nos solicita que revisemos la *Resolución* emitida el 16 de diciembre de 2019, mediante la cual el TPI le concedió una suma de dinero por concepto de costas y gastos litigiosos a favor de los apelados.³

Por las razones que expondremos a continuación, CONFIRMAMOS los dictámenes apelados.

-I-

El 22 de octubre de 2013, la apelante presentó una *Demanda sobre daños y perjuicios e impericia médica* en contra de los apelados. En la misma, alegó que en abril de 2012 y durante los siguientes cuatro meses, los apelados incurrieron solidariamente en negligencia por impericia médica, por no ofrecer sus respectivos deberes de brindar una atención médica correcta y adecuada; ni por observar los cuidados sanitarios y de acapnia requeridos en toda sala de cirugía, exponiéndola a sufrir una infección severa cuando se le implantó la prótesis a su rodilla derecha con patógenos bacterianos. Aseguró, que el doctor Suárez Castro fue extremadamente negligente por no ordenar las pruebas objetivas médicas indispensables para diagnosticar la causa del dolor que le aquejaba en su pierna derecha luego del reemplazo de rodilla. Aseguró, que ello hubiera evitado que se prolongara el dolor severo que le aquejó por aproximadamente siete meses. Por ello, reclamó \$1,008,000 por los daños físicos sufridos,

³ Notificada el 17 de diciembre de 2019.

\$300,000 por concepto de lucro cesante y \$15,000 por los gastos médicos.

En reacción al reclamo en su contra, los apelados presentaron sus respectivas contestaciones a la demanda. En esencia, ambos negaron las alegaciones de negligencia imputadas en su contra y plantearon varias defensas afirmativas; entre estas, aseveraron que en todo momento actuaron de manera diligente, prudente y razonable; que no incurrieron en los actos de negligencia; que el tratamiento médico ofrecido se ajustó al estado de conocimiento de la ciencia y a las prácticas prevalecientes de la medicina y que los daños reclamados eran excesivos, especulativos e inexistentes.

Luego de varios trámites procesales, el 11 de diciembre de 2018, las partes acudieron a la *Conferencia con antelación a juicio*. En la correspondiente *Resolución*, el TPI aprobó las estipulaciones de hechos que las partes acordaron incluir en el *Informe sobre conferencia con antelación al juicio*.⁴ Posteriormente, el juicio en su

⁴ Notificada el 19 de diciembre de 2018.

Hechos estipulados en el *Informe sobre conferencia con antelación al juicio*: (1) en el año 1990, la apelante sufrió un accidente automovilístico en la República Dominicana (2) el 7 de marzo de 2012, el doctor Suárez Castro evaluó a la apelante por primera vez, en las Clínicas de Ortopedia del Auxilio Mutuo (3) para la fecha en que ocurrieron los hechos, el doctor Suárez Castro era el jefe del departamento de ortopedia del Auxilio Mutuo y a su vez, era uno de los ortopedas que atendía pacientes en las clínicas de ortopedia y en la sala de emergencias de dicho hospital (4) el Dr. Orlando Fernández, es uno de los ortopedas en el departamento de ortopedia del Auxilio Mutuo (5) el 19 de octubre de 2010, la apelante visitó las clínicas externas del Auxilio Mutuo por dolor en la pierna derecha (6) el 23 de octubre de 2010, la apelante visitó las clínicas externas del Auxilio Mutuo y se le realizó un MRI en la rodilla derecha. La lectura oficial del mismo, indicó un pequeño desgarró en el cuerno posterior del menisco medial, pequeño derrame articular, pequeño quiste *Baker* y cambios leves y moderados de osteoartritis (7) el 18 de noviembre y el 23 de diciembre de 2010, la apelante fue evaluada por un neurólogo en las clínicas externas y se le diagnóstico TIA y depresión (8) el 4 de marzo de 2011, la apelante fue a sala de emergencias del Auxilio Mutuo por dolor en la rodilla derecha, por lo que se le realizaron radiografías, se le prescribieron analgésicos y descanso y se le refirió a un ortopeda (9) el 7 de marzo de 2011, el doctor Suárez Castro evaluó a la apelante y luego de evaluarla, determinó que necesitaba un reemplazo completo de rodilla (10) entre el 4 de abril y el 22 de septiembre de 2011, la apelante visitó la clínica externa del Auxilio Mutuo en seis ocasiones, en preparación para la cirugía de reemplazo de rodilla (11) el doctor Reina Sanabria, ortopeda, conocía del caso de la apelante porque había sido uno de los médicos previamente consultados por ésta, y coincidía con el tratamiento propuesto por el doctor Suárez Castro para el reemplazo de rodilla (12) el procedimiento de reemplazo de rodilla se programó para el 10 de abril de 2012 y se llevaría a cabo en el Auxilio Mutuo (13) la apelante firmó un consentimiento operatorio donde

fondo transcurrió durante los días 12 al 16 y 26 al 29 de agosto de 2019; y en el mismo, las partes presentaron extensa prueba documental y testifical. La prueba testifical de la apelante consistió en su propio testimonio y en lo pertinente, en las declaraciones de los doctores Ricardo Jesús Reina Sanabria y Edwin Miranda Aponte. Por su parte, los apelados presentaron los testimonios de los doctores Suárez Castro (coapelado), Reina Sanabria, Orlando Fernández Lugo y Miguel Ángel Colón Pérez.

Así las cosas y luego de evaluar la totalidad de la prueba presentada, el foro apelado formuló ciento cuarenta y cuatro determinaciones de hechos, las cuales se desprenden de la *Transcripción de la Prueba Oral* (TPO) que se acompaña con el presente recurso. Según surge de la misma, en el año 1990, la apelante sufrió una fractura de su fémur derecho como consecuencia de un accidente automovilístico en que estuvo involucrada. Dicha fractura no fue tratada quirúrgicamente, por lo que el hueso nunca unió, resultando en un acortamiento de la pierna derecha de aproximadamente una pulgada y una mala rotación del fémur distal. Además, ocasionó que la apelante desarrollara osteoartritis en la rodilla derecha y quedara con una deformación en su muslo derecho. Desde entonces, pero particularmente para los años cercanos al

certificaba haber leído el mismo, haber discutido las alternativas de tratamiento, conocer los riesgos inherentes y particulares de la misma y a su vez, consentía a la operación (14) la cirugía se llevó a cabo el 10 de abril de 2012, sin mayores consecuencias (15) el 11 de abril de 2012, el doctor Suárez Castro le ordenó que la apelante a que comenzara terapia física lo antes posible (16) una radiografía del 11 de abril de 2012, mostró el implante sin evidencia de complicaciones (17) el 13 de abril de 2012, el doctor Suárez Castro dio de alta a la apelante y la refirió al programa de terapia física y rehabilitación y le prescribió *Ultracet*, *Tylenol* con codeína #3 y *Xarelto* (18) el 23 de abril de 2012, el doctor Suárez Castro vio a la apelante en visita de seguimiento, le recomendó continuar la terapia física y le ordenó una máquina de terapia física para uso en el hogar (19) el 15 de mayo de 2012, la apelante fue llevada a sala de operaciones del Auxilio Mutuo para una manipulación de rodilla (20) previo a dicha manipulación, se hicieron laboratorios y una evaluación por medicina interna (21) después de la manipulación, se le ordenó que continuara con terapias y se le dio seguimiento en las clínicas del Auxilio Mutuo (22) el doctor Suárez Castro no tuvo más intervención con la apelante luego de agosto de 2012.

2012, la apelante comenzó a padecer de severos dolores en su rodilla derecha.⁵

Así las cosas, el 28 de octubre de 2010, la apelante acudió a las clínicas externas de ortopedia del Auxilio Mutuo por su condición en el fémur y por sentir dolor en la pierna derecha. En esa ocasión, fue atendida por el doctor Reina Sanabria y éste le anticipó que era candidata para un reemplazo de su rodilla derecha.⁶ En marzo de 2011, la apelante solicitó una cita con el doctor Suárez Castro para que evaluara su rodilla y el fémur derecho, luego de que le informaran que éste era experto en el tipo de condición que le aquejaba. El 7 de marzo de 2011, el doctor Suárez Castro evaluó a la apelante por primera vez en las clínicas de ortopedia del Auxilio Mutuo y le recomendó que se realizara un reemplazo de su rodilla derecha. Asimismo, le informó que consultaría la condición de su fémur con otros colegas, previo a recomendarle un tratamiento.⁷ Como el doctor Reina Sanabria ya conocía a la apelante, el doctor Suárez Castro le solicitó a éste que la evaluara para una segunda opinión sobre el plan a seguir.⁸ Tras evaluarla, el doctor Reina Sanabria concurrió con el doctor Suárez Castro, de que el reemplazo de rodilla era la mejor opción para la apelante y determinó que el fémur de la rodilla derecha de ésta no debía ser intervenido.⁹

⁵ Determinaciones de hechos (DH) núms. 4-6. TPO a la pág. 249, líneas 10-24; pág. 310, línea 6; pág. 396, líneas 1-7.

⁶ DH núm. 8. TPO a la pág. 394, líneas 16-25, pág. 395, líneas 1-5 y 7-11; pág. 706, líneas 16-24; pág. 707, líneas 1-11; pág. 708, líneas 1-2

⁷ DH núms. 13-14. TPO a la pág. 397, líneas 1-3; pág. 407, líneas 6-15; pág. 890, líneas 12-25; 896, líneas 23-25; pág. 897, líneas 1-5; pág. 898, líneas 3-21.

⁸ DH núm. 15. TPO a la pág. 407, líneas 17-22; pág. 710; pág. 811, líneas 6-10

⁹ DH núms. 16-17. En esencia, el procedimiento de reemplazo de rodilla requiere una cirugía mediante una herida vertical en el área de la rodilla. Como parte del procedimiento, se remueve la articulación y en su lugar se implanta una prótesis. Se caracteriza por ser un procedimiento doloroso, cuya recuperación requiere de múltiples terapias postoperatorias. Acorde con el paciente y sus circunstancias, la recuperación podría tomar desde meses hasta un año. TPO a la pág. 407, líneas 22-25; pág. 408, líneas 1-4; pág. 709, líneas 7-12; pág. 725, líneas 14-17; TPO a la pág. 726, líneas 14-17; pág. 811, líneas 16-18; pág. 898, líneas 11-21; pág. 899, líneas 1-3; pág. 903, líneas 3-7.

Eventualmente, el 10 de abril de 2012, el doctor Suárez Castro realizó la cirugía de reemplazo de la rodilla derecha de la apelante en el Auxilio Mutuo.¹⁰ Aunque la cirugía conllevó cierto grado de dificultad, debida a la presencia de un eje anterior del fémur y una limitación postoperatoria de la amplitud de movimiento de la rodilla como consecuencia del accidente sufrido en el 1990, la misma se llevó a cabo sin complicación, el curso postoperatorio inmediato fue normal y estuvo hospitalizada del 10 al 13 de abril de 2012.¹¹ Entre el periodo del 11 y 13 de abril de 2012, la apelante recibió terapias físicas, las cuales toleró adecuadamente y refirió una intensidad de dolor de 8/10.¹² Mientras estuvo hospitalizada, a la apelante también se le proveyó un equipo mecánico de terapia conocido un *Continuous passive motion machine* (CPM).¹³ Consecuentemente, el doctor Suárez Castro le entregó a la apelante una orden médica para que adquiriera el CPM y le instruyó sobre su uso inmediato en el hogar y sobre el programa de terapia física que recibiría, a los fines de que lograra un curso ininterrumpido en su recuperación.¹⁴ Además, le proveyó a la apelante su número de teléfono celular para que se comunicara directamente con él, en caso de cualquier duda o problema en su proceso de recuperación.¹⁵

Sin embargo, la apelante no adquirió el CPM según instruida, por lo que estuvo con la pierna totalmente inmovilizada y sin recibir

¹⁰ DH núm. 18. TPO a la pág. 410, líneas 2-3.

¹¹ DH núms. 19-21. TPO a la págs. 90-95; pág. 242, líneas 21-25; pág. 410, líneas 21-25; pág. 411, líneas 1-2; pág. 899, líneas 24-25; pág. 900, líneas 1-19; pág. 901, líneas 22-25.

¹² DH núm. 22. TPO a la pág. 98, líneas 1-2; pág. 248, líneas 6-12; pág. 804, líneas 1-9; pág. 905, líneas 1-8; pág. 908, líneas 1-7.

¹³ DH núms. 23-24. El uso del CPM es particularmente importante en el proceso de recuperación, porque mantiene la articulación en movimiento, promueve un arco de movimiento adecuado y evita la formación de adherencias que limitan y causan dolor al movimiento. TPO a la pág. 411, líneas 16-20; pág. 417, líneas 9-10; pág. 904; pág. 905, líneas 1-8; pág. 906, líneas 13-22; pág. 907, líneas 11-25.

¹⁴ DH núms. 25-26. TPO a la pág. 411, líneas 16-24; pág. 422, líneas 21-24; pág. 423, líneas 1-12; pág. 425, líneas 15-19; pág. 551, líneas 19-22; pág. 552, líneas 1-2; pág. 905, 12-15.

¹⁵ DH núm. 27. TPO a la pág. 416, líneas 16-18; pág. 583, líneas 10-12; pág. 906, líneas 23-25.

ningún tipo de terapia, desde el 13 de abril de 2012, fecha en que fue dada de alta, hasta el 16 de abril de 2012, cuando comenzó el programa de rehabilitación y terapias físicas ordenadas por el doctor Suárez Castro. Así pues, el 16 de abril de 2012, cuando comenzaron las terapias físicas, la apelante refirió una intensidad de dolor en su rodilla de 10/10. No obstante, el dolor fue disminuyendo paulatinamente; pues en las dos terapias subsiguientes efectuadas el 18 y 20 de abril de 2012, la apelante refirió una disminución de dolor de 8/10.¹⁶

El 23 de abril de 2012, la apelante acudió a la oficina del doctor Suárez Castro a su primera visita postoperatoria; y en esa ocasión, le informó al médico que el día anterior se había lastimado la rodilla, por lo que éste le instruyó que tomara los medicamentos que le había recetado para el dolor y continuara con la terapia física.¹⁷ Los días subsiguientes, la apelante refirió un nivel de dolor más alto de 9/10; por lo que el 25 de abril de 2012, su terapeuta la orientó una vez sobre el uso del CPM.¹⁸ Sin embargo, el 29 de abril de 2012, la apelante llamó al doctor Suárez Castro a su teléfono por un dolor intenso que sentía en su rodilla, por lo que éste le instruyó que fuese a sala de emergencias.¹⁹ En la sala de emergencias, el médico de turno se comunicó con el doctor Suárez Castro y éste ordenó la realización de laboratorios, una radiografía de la rodilla y una prueba

¹⁶ DH núm. 30. TPO a la pág. 98, líneas 1-2, 15-20; pág. 100, líneas 21-24; pág. 737, líneas 15-17; pág. 909, líneas 7-8; pág. 1004, líneas 23-25.

¹⁷ DH núms. 31-32. TPO a la pág. 112, líneas 6-25; pág. 113, líneas 1-14; pág. 243, líneas 5-12; pág. 244, pág. 337, líneas 6-12; líneas 1-11; pág. 341, líneas 341; pág. 342, líneas 1-2; pág. 915, líneas 9-25; pág. 919, líneas 23-25.

¹⁸ DH núm. 33. Según los peritos, ello era cónsono con que se había lastimado la rodilla operada y no había realizado las terapias con la máquina de CPM según instruida. TPO a la pág. 113, líneas 11-20; pág. 422, líneas 16-24; pág. 738, líneas 1-9; pág. 916, líneas 16-23.

¹⁹ DH núm. 34. Esta fue la única vez que la apelante llamó al doctor Suárez Castro a su celular. TPO a la pág. 117, líneas 18-23; pág. 418, líneas 15-21; pág. 433, líneas 8-15; pág. 434, líneas 1-12; pág. 583, líneas 3-21; pág. 639, líneas 4-6; pág. 921, líneas 14-25; pág. 935, líneas 3-6.

de *doppler* para descartar que el dolor que sentía la apelante se debiera a un trombo venoso.²⁰ En esa ocasión, los laboratorios resultaron normales, con excepción de una leve elevación de los neutrófilos; y de igual manera, la temperatura de la apelante era normal; ni se reportó rubor o eritema en la herida.²¹ Como los resultados de las radiografías y del *doppler* también resultaron normales, la apelante fue dada de alta e instruida a que al día siguiente, visitara la oficina del doctor Suárez Castro.²² Así las cosas, el 30 de abril del 2012, el doctor Suárez Castro evaluó a la apelante en las clínicas externas del Auxilio Mutuo e indicó que la herida se veía bien, pues no había rubor, no estaba enrojecida ni drenada ni había fiebre corporal. Ese día, el doctor Suárez Castro le discontinuó las terapias físicas a la apelante por unos días; pero le instruyó a que continuara con el uso del CPM en su hogar.²³

El 7 de mayo de 2012, es decir, una semana después, el doctor Suárez Castro reevaluó a la apelante; y esa ocasión, ésta continuaba con dolor y el arco de movimiento de la rodilla había disminuido a 30 grados.²⁴ Ese día, la apelante le admitió al doctor Suárez Castro que no había podido realizar las terapias en su hogar porque que no había adquirido el CPM según se le había instruido.²⁵ Ante este cuadro, el doctor Suárez Castro sospechó que la rodilla de la apelante había desarrollado una contractura, por lo cual decidió manipularla bajo

²⁰ DH núm. 35. TPO a la pág. 119, líneas 9-16; pág. 120, líneas 6-7; pág. 269, líneas 6-16; pág. 233, líneas 16-23; pág. 922, líneas 1-2; pág. 927, líneas 11-25; pág. 1065, líneas 18-25; pág. 1066, líneas 1-8.

²¹ DH núms. 36-38. Tanto el Dr. Edwin Miranda, perito de la apelante, como los demás médicos que testificaron, explicaron que la elevación en los neutrófilos podía deberse, entre otras razones, a la misma cirugía, sin que ello significase la presencia de un proceso infeccioso. Además, según los peritos, es lo que se esperaría en un proceso infeccioso. TPO a la pág. 270, líneas 12-24; pág. 272, líneas 1-17; pág. 917, pág. 918, líneas 1-6; pág. 922, líneas 3-25; pág. 923, líneas 19-25; pág. 926, líneas 6-16; pág. 927, líneas 1-21.

²² DH núm. 39. TPO a la pág. 927, líneas 14-21; pág. 928, líneas 7-25.

²³ DH núm. 40. TPO a la pág. 115, líneas 4-18; pág. 260, líneas 18-25; pág. 261, líneas 1-21; pág. 263, líneas 4-6; pág. 926, líneas 6-19.

²⁴ DH núm. 41. TPO a la pág. 139, líneas 14-17; pág. 935, líneas 7-12; pág. 936, líneas 1-3; pág. 1120, líneas 19-22.

²⁵ DH núm. 42. TPO a la pág. 139, líneas 17-19; pág. 936, líneas 3-7.

anestesia para liberar adherencias, mejorar el dolor y el arco de movimiento.²⁶ Como parte del proceso de preadmisión para la manipulación de la rodilla, la apelante fue sometida a laboratorios y a una evaluación por medicina interna, quien posteriormente, dio el visto bueno para el procedimiento. Asimismo, los laboratorios que se le realizaron a la apelante arrojaron resultados normales y las radiografías de la rodilla mostraron que la prótesis estaba alineada y fija y los récords médicos reflejaron que el dolor de rodilla de la apelante había mejorado luego de la manipulación. De igual manera, se obtuvo un aumento a 90 grados de flexión en el arco de movimiento de la rodilla.²⁷ El 21 de mayo de 2012, las notas de terapia física revelaron que la apelante sentía su pierna más suelta; dos días después, refirió que podía flexionar más la rodilla; el 15 junio de 2012, mostró un aumento en el arco de movimiento y una disminución en su dolor consistente de 5/10; y tres días después, refirió un nivel de intensidad de dolor de 4/10.²⁸ Entretanto, el doctor Suárez Castro continuó proveyéndole seguimiento de cerca a la apelante, evaluándola prácticamente todas las semanas.²⁹ Sin

²⁶ DH hecho núm. 43. PO a la pág. 139, líneas 20-24; pág. 140, líneas 5-7; pág. 268, líneas 13-18; pág. 290, líneas 18-25; pág. 454, líneas 1-2; pág. 936, línea 8, líneas 12-14 y líneas 19-25; pág. 937, líneas 1-22; pág. 1003, líneas 17-23.

²⁷ DH núm. 44-46. Todos los peritos coincidieron en cuanto a que una manipulación, sin más, no mejora o resuelve los síntomas de una infección. TPO a la pág. 155, líneas 8-15; pág. 172, líneas 1-3; pág. 204, líneas 13-16; pág. 253, líneas 1-3; pág. 268, líneas 13-18, pág. 269, líneas 1-5; pág. 15-22; pág. 450, líneas 8-16; pág. 452, líneas 16-19; pág. 714, líneas 13-20; pág. 752, líneas 7-8; pág. 814, líneas 15-18; pág. 816, líneas 6-17; pág. 942, líneas 5-8; pág. 1003, líneas 21-23; pág. 1004, líneas 23-24; pág. 1013, líneas 23-24; pág. 1076, líneas 20-23; pág. 1121, líneas 3-4.

²⁸ DH núms. 47-49. Acorde con la prueba pericial, de haber existido un proceso infeccioso para esa fecha, la apelante no habría reflejado una mejoría en su dolor o un aumento en el arco del movimiento (ROM) de su rodilla. Más aun, toda vez que la apelante no había sido tratada con antibióticos. TPO a la pág. 166; línea 7; pág. 189, líneas 8-14 y 19-22; pág. 253; pág. 254; pág. 253, líneas 1-25; pág. 254; pág. 255, líneas 1-25; pág. 268, líneas 1-13; pág. 354; pág. 622, líneas 4-7; pág. 814, líneas 20-22; pág. 816, líneas 1-5; pág. 942, líneas 13-24; pág. 943; pág. 944, líneas 1-4; pág. 1076, líneas 13-22.

²⁹ DH núm. 50. TPO a las págs. 190-200; pág. 1026, líneas 22-25; pág. 1221, líneas 22-24.

embargo, aunque la hinchazón y el dolor de la rodilla continuaron mejorando, el arco de movimiento no mostraba mejoría.³⁰

El 16 de julio de 2012, en una visita de seguimiento que la apelante hizo al doctor Suárez Castro, este documentó pérdida del arco de movimiento recuperado luego de la manipulación. Por ello, descartó realizarle un segundo procedimiento a la apelante, al temer que la artrofibrosis que causaba la rigidez aumentara.³¹ Ante el cuadro que continuaba presentando la apelante, el doctor Suárez Castro la refirió nuevamente al doctor Reina Sanabria para una segunda opinión y le proveyó una orden de doce terapias de agua; las cuales tomó entre las fechas de 24 de julio al 9 de septiembre de 2012, en la piscina del Young Men's Christian Association (YMCA).³² El 9 de agosto de 2012, el doctor Reina Sanabria evaluó a la apelante y su impresión fue cónsona con la del doctor Suárez Castro, por lo que le recomendó que continuara con el tratamiento que le había ordenado el doctor Suárez Castro.³³ Sin embargo, en contestación a la consulta, el doctor Reina Sanabria no recomendó una revisión de la cirugía pues ello provocaría un aumento de adherencias o fibrosis en la articulación y limitaría aún más el rango de movimiento de la rodilla.³⁴ Luego de esta visita, la apelante optó por continuar su tratamiento con el doctor Reina Sanabria, por lo cual, no regresó a las oficinas del doctor Suárez Castro.³⁵ Consecuentemente, el 16 de

³⁰ DH núm. 51. TPO a las págs. 190-200; pág. 945, líneas 22-25; pág. 1005, líneas 1-14; pág. 1013, líneas 23-24.

³¹ DH núm. 52. TPO a la pág. 200, líneas 13-25; 204, líneas 20-23; pág. 256, líneas 18-25; pág. 257, líneas 1-17; pág. 731, líneas 15-16; pág. 732, líneas 1-3; pág. 760, líneas 1-3; pág. 947, línea 25; pág. 948, líneas 1-2 y 7-8; pág. 1004, líneas 1-4; pág. 1010, líneas 12-13, pág. 1013, líneas 23-24; pág. 1014, líneas 1-18.

³² DH núms. 53 y 54. TPO a la pág. 201, líneas 4-7; pág. 257, líneas 18-22; pág. 811, líneas 19-24; pág. 948, líneas 5-16; pág. 949, líneas 1-10; pág. 1024, líneas 6-10; pág. 1083, líneas 24-25; pág. 1084, líneas 1-7 y 16-24; pág. 1222, líneas 19-20.

³³ DH núms. 55-56. TPO a la pág. 204, líneas 8-11; pág. 288, líneas 10-15, pág. 289, líneas 3-6; pág. 462, líneas 6-10; pág. 712; pág. 814, líneas 15-22.

³⁴ DH núm. 57. TPO a la pág. 205, líneas 1-5; pág. 289, líneas 10-16; pág. 712, líneas 1-13; pág. 751, líneas 20-22; pág. 752, líneas 7-14; pág. 753, líneas 21-25; pág. 814, líneas 9-22; pág. 819, líneas 22-25; pág. 820, líneas 1-4.

³⁵ DH núm. 58. TPO a la pág. 257, líneas 23-25; pág. 461, líneas 8-20.

julio de 2012, fue la última ocasión en que el doctor Suárez Castro intervino con la apelante en su proceso postoperatorio.³⁶

El 29 de septiembre de 2012, a casi dos meses desde su primera evaluación con el doctor Reina Sanabria y luego de casi seis meses desde la cirugía realizada por el doctor Suárez Castro, la apelante regresó a las oficinas del doctor Reina Sanabria.³⁷ En dicha visita, el cuadro que presentó la apelante fue uno muy diferente al previamente observado por ambos médicos, pues en esa ocasión, la apelante refería dolor en descanso a pesar del uso de potentes analgésicos.³⁸ Ante el cambio drástico en el cuadro que presentaba la apelante, el doctor Reina Sanabria hizo un diagnóstico diferencial de infección *versus* artrofibrosis y ordenó laboratorios y estudios nucleares (*bone scan* e *indium scan*) para descartar un proceso infeccioso. Además, le instruyó a la apelante a que le llevara los resultados tan pronto los tuviese.³⁹ Así las cosas, el 8 y 11 de octubre de 2012, la apelante se hizo el *bone scan* y el *indium scan*, respectivamente.⁴⁰ El *bone scan* reflejó un posible diagnóstico de infección de la rodilla derecha; mientras que el *indium scan* reportó una infección en la cadera y rodilla derecha.⁴¹

Sin embargo, la apelante no llevó los resultados a la oficina del doctor Reina Sanabria, porque presuntamente, le habían cambiado la cita de seguimiento del 18 de octubre de 2012 al 1ro de noviembre

³⁶ DH núm. 59. TPO a la pág. 201, líneas 9-22; pág. 257, líneas 23-25; pág. 260, líneas 14-17; pág. 461, líneas 2-3, pág. 487, líneas 20-23; pág. 493, línea 25; pág. 494, línea 1; pág. 1028, líneas 1-15.

³⁷ DH núms. 60 y 62. TPO a la pág. 253, líneas 21-25.

³⁸ DH núm. 61. TPO a la pág. 223, líneas 2-3; pág. 253, líneas 21-25.

³⁹ DH núm. 63. TPO a la pág. 131, líneas 21-25; pág. 205, líneas 18-20; pág. 206, líneas 2-3; 504, líneas 10-18; pág. 488, líneas 16-17; pág. 490, líneas 8-16; pág. 492, líneas 2-7; pág. 494, línea 20; pág. 504, líneas 17-18; pág. 752, líneas 21-25; pág. 753, líneas 1-11; pág. 765, líneas 1-14; pág. 766, líneas 1-14; 768, líneas 16-25; pág. 769, líneas 1-2; pág. 783; pág. 816, líneas 18-25.

⁴⁰ DH núm. 64. TPO a la pág. 206, líneas 4-6; pág. 208, líneas 19-23; pág. 491, líneas 20-21; pág. 492, líneas 1-2.

⁴¹ DH núm. 65. TPO a la pág. 206, líneas 13-25; pág. 207, líneas 1-12; pág. 209, líneas 12-16; pág. 784, líneas 3-22; pág. 786, líneas 1-9.

de 2012.⁴² El 25 de octubre de 2012, la apelante visitó las clínicas de medicina interna del Auxilio Mutuo por recomendación de una enfermera amiga de su hija debido a que le aquejaba un fuerte dolor en su rodilla derecha. Ese día, el Dr. Larry Salomone, internista de las clínicas externas del Auxilio Mutuo, revisó los resultados de los estudios ordenados por el doctor Reina Sanabria y le instruyó a la apelante a que fuera a sala de emergencias para que allí consultaran con el ortopedista y la admitieran al hospital para tratar la infección que surgía en los estudios. Los resultados de las pruebas nucleares fueron revisados por un médico.⁴³ Al día siguiente, la apelante fue admitida al Auxilio Mutuo y se ordenó la administración de antibióticos.⁴⁴ El 27 de octubre de 2012, el doctor Reina Sanabria vio a la apelante en consulta y luego de evaluarla, determinó que la condición que presentaba en su rodilla requería la remoción de la prótesis; seguido de una reimplantación, una vez la infección fuese tratada. Así las cosas, el 31 de octubre de 2012, el doctor Reina Sanabria operó a la apelante para removerle la prótesis de su rodilla derecha. El dolor y el alegado *engrosamiento* de la pierna, desaparecieron una vez la prótesis fue removida.⁴⁵ La patología que se realizó durante la remoción de la prótesis, demostró que se trataba de una infección activa y crónica de *staphylococcus aureus*.⁴⁶

⁴² DH núm. 66. TPO a la pág. 488, líneas 8-10 y 24-25; pág. 489; pág. 490, líneas 1-7, pág. 492; pág. 506, líneas 1-17; pág. 507, líneas 1-6; pág. 606 líneas 1-19.

⁴³ DH núms. 67-68. TPO a la pág. 208, líneas 3-25; pág. 209, líneas 1-21; pág. 506, líneas 18-25; pág. 507, líneas 1-6; pág. 508, líneas 1-24; pág. 605, líneas 2-6; pág. 641, líneas 16-25; pág. 642, líneas 1-11; pág. 808, líneas 1-6.

⁴⁴ DH núm. 69. TPO a la pág. 210, líneas 1-4 y 14; pág. 510, líneas 4-6.

⁴⁵ DH núms. 70-73. Véanse las alegaciones de la *Demanda*. TPO a la pág. 210, líneas 14-15; pág. 510, líneas 17-25; pág. 511, líneas 1-2 y 10-16; pág. 514, línea 25; pág. 515 líneas 1-3; pág. 606 líneas 20-25; pág. 607; pág. 608 líneas 1-21; pág. 789, líneas 3-7.

⁴⁶ DH núms. 74-75. Hubo consenso entre los peritos a los efectos de que una *infección crónica* es aquella que tiene tres semanas o más de duración. TPO a la pág. 210, líneas 8-11; pág. 220, líneas 12-19; pág. 715, líneas 17-23; pág. 717, líneas 2-8; pág. 776, líneas 21-24; pág. 778, líneas 5-6; pág. 1096, líneas 5-8; pág. 1228, líneas 16-25; pág. 1229; pág. 1249, líneas 6-20.

El 17 de diciembre de 2012, mientras la apelante seguía hospitalizada en el Auxilio Mutuo, ésta fue intervenida por el doctor Reina Sanabria para el reimplante de una nueva prótesis. Esta se recuperó satisfactoriamente de dicho procedimiento y se mantuvo hospitalizada hasta finales de diciembre de 2012, mientras recibía tratamiento con antibióticos.⁴⁷

A principios de septiembre de 2012, (entre las visitas que hizo la apelante al doctor Reina Sanabria, entre el 9 de agosto y el 27 de septiembre de 2012), la apelante desarrolló una infección del tracto superior respiratorio (URI). Por ello, el médico de cabecera de la apelante le recetó *Ceftin*, un antibiótico que tomó durante siete días. Sin embargo, la apelante no les informó a los doctores Suárez Castro ni a Reina Sanabria, sobre su infección del tracto respiratorio o de su uso de antibióticos.⁴⁸

No obstante, la apelante aceptó que durante los meses de abril y octubre de 2012, acudió a múltiples visitas médicas de rutina, no relacionadas a la condición de su rodilla derecha. Por ejemplo, indicó que el 2 de abril de 2012, visitó varias veces las oficinas de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (FSE), para reclamar por unos daños sufridos en la pierna izquierda. A su vez, expresó que visitó a su médico primario, a su hematólogo y a su gastroenterólogo. Este último, la sometió a un procedimiento endoscópico el 7 de septiembre de 2012.⁴⁹ Incluso, durante dicho periodo, la apelante

⁴⁷ DH núms. 76-79. La presencia de una infección postoperatoria no significa, automáticamente, que hubo una mala práctica. El propio perito de la apelante declaró que una infección es un riesgo inherente de cualquier cirugía y que la apelante había sido debidamente informada de dicho riesgo. TPO a la pág. 79, líneas 5-16; pág. 210, líneas 3-4 y 16-20; pág. 512, líneas 6-13; pág. 516 líneas 5-9; pág. 521 líneas 20-23; pág. 846, líneas 7-25; pág. 862, líneas 1-14; pág. 1228, líneas 1-12.

⁴⁸ DH núms. 80-82. Véase la prueba que desfiló en el juicio. TPO a la pág. 622; pág. 624, líneas 14-28; pág. 1165, líneas 13-23.

⁴⁹ DH núms. 83-84. Véase la prueba que desfiló en el juicio. TPO a la pág. 265, líneas 17-25; pág. 266; pág. 267, líneas 1-11; pág. 301, líneas 7-9; pág. 328, líneas 1-11; pág. 556, líneas 15-16; págs. 572-573; pág. 588, líneas 1-8.

indicó que realizó varias visitas de rutina a su ginecólogo porque para esa fecha “le tocaba hacerse la prueba del *papanicolau*”. Resalta el hecho de que, en ninguna de estas visitas de rutina, la apelante hiciese referencia al alegado dolor *insoportable* que entonces alegaba sufrir en su rodilla intervenida. Más aún, de los récords médicos de las visitas de la apelante al FSE con posterioridad a la intervención del doctor Suárez Castro, surgió que está refería dolor de baja intensidad en la rodilla derecha. Mientras que, en otra nota de evaluación con fecha del 13 de septiembre del 2012, se describía su pierna derecha como *normal*.⁵⁰

Cabe resaltar que antes de ser intervenida por el doctor Suárez Castro, la apelante padecía de múltiples condiciones en diferentes partes del cuerpo, por las cuales recibía los beneficios del FSE. Por ejemplo, para el año 2012, el FSE le había adjudicado a la apelante un porcentaje significativo de impedimento en el área de los hombros, cuello, manos, muñecas, codos y espalda baja.⁵¹ Asimismo, previo a su operación, la apelante había reclamado en el FSE beneficios por varias otras condiciones, tales como fibromialgia, dolor en su rodilla izquierda y depresión. Sin embargo, dichas reclamaciones les fueron denegadas a la apelante, luego de que el FSE determinara que no estaban relacionadas a su empleo.⁵²

Por su parte, el perito de la apelante, el Dr. Edwin Miranda Aponte, evaluó este caso desde el punto de vista de medicina general y emergenciólogo, se circunscribió a indicar que la apelante desarrolló una infección. No obstante, no pudo determinar cuándo o dónde la adquirió. Declaró que, pesar de que la apelante mostró signos y

⁵⁰ DH núms. 85-86. TPO a la pág. 276; 328, líneas 1-11; págs. 571-574; pág. 577, líneas 24-25; pág. 585, líneas 19-25; pág. 623, líneas 17-25; pág. 624, líneas 6-18; pág. 656, líneas 6-9.

⁵¹ DH núms. 87 y 88. TPO a la pág. 300; pág. 301, líneas 1-6; págs. 565-566, líneas 7-22.

⁵² DH núm. 89. TPO a la págs. 301-306; pág. 580, líneas 1-16 y 23-25; pág. 581, líneas 1-2; pág. 582, líneas 16-20.

síntomas de infección desde el 23 de abril de 2012, éstos fueron obviados por el doctor Suárez Castro, por lo cual expresó que éste omitió realizar exámenes de laboratorio, tomografías computadorizadas y estudios nucleares que le hubiesen permitido hacer un diagnóstico oportuno de infección. Expresó, que dado que el dolor de la apelante empeoró en lugar de mejorar y ello debió levantar sospechas de que se trataba de un proceso infeccioso. Además, manifestó que el doctor Reina Sanabria actuó correctamente en todo momento en el que intervino con la apelante y opinó que, si se hubiese diagnosticado la infección oportunamente, posiblemente se hubiese evitado la operación de revisión de prótesis a la que fue sometida la apelante por el doctor Reina Sanabria.⁵³ De igual forma, descartó que la infección de la rodilla de la apelante surgió durante la cirugía que realizó el doctor Suárez Castro. A estos efectos, indicó que no podía precisar cuándo o dónde surgió la infección.⁵⁴ No obstante, aseveró que la apelante padecía una infección de prótesis desde el 23 de abril del 2012.⁵⁵ Opinó, que el doctor Suárez Castro se desvió del estándar de la buena práctica y fue negligente, al no ordenar un estudio de resonancia magnética (MRI) ni estudios de pruebas nucleares de *bone scan* o *indium scan* para diagnosticar la presunta infección en el mes de abril, días después de que la apelante

⁵³ DH núm. 98 (a-f). TPO a la pág. 73; líneas 24-25; pág. 74, líneas 1-10 y 18; pág. 78, línea 16; pág. 80, líneas 4-8; la pág. 103, líneas 1-13; pág. 128, líneas 13-25; pág. 129, líneas 1-6; pág. 130, líneas 2-10; pág. 131; pág. 132, líneas 16-25; pág. 133, líneas 1-4; pág. 154, líneas 1-3; pág. 155, líneas 16-24; pág. 222, líneas 13-19; pág. 228, líneas 12-19; pág. 229, líneas 16-25; pág. 230; líneas 1-7; pág. 228, líneas 12-19; pág. 229, líneas 16-25; pág. 230; líneas 1-7; pág. 228, líneas 12-19; pág. 229, líneas 16-25; pág. 230; líneas 1-7; pág. 236, líneas 18-25; pág. 242, líneas 3-20; pág. 259, líneas 19-25; pág. 260, líneas 6-8; pág. 279, líneas 22-25; pág. 281, líneas 12-15; págs. 337-338, pág. 339, líneas 1-10.

⁵⁴ DH núm. 100. TPO a la pág. 222, líneas 5-13; pág. 242, líneas 10-20.

⁵⁵ DH núm. 101 y 104. La presencia de infección desde abril, ésta quedó descartada por la prueba testifical y documental que la apelante presentó en el juicio, pues los resultados de los laboratorios que se le realizaron, entre el período de abril a agosto de 2012, descartaron un proceso infeccioso. TPO a la pág. 103, líneas 1-13; pág. 222, líneas 13-19; TPO a la pág. 253, líneas 5-16; pág. 254, pág. 255, líneas 1-7; pág. 268; pág. 1243, líneas 18-20.

había sido operada.⁵⁶ Además, expresó que el tratamiento y cuidado que le brindó el doctor Reina Sanabria a la apelante cumplió a cabalidad con la mejor práctica de la medicina, por lo cual avaló que dichas pruebas no fuesen ordenadas por el doctor Reina Sanabria en el mes de agosto, cuando ya había cesado la intervención del doctor Suárez Castro con la apelante.⁵⁷ Ahora bien, a pesar de que en el mes de abril se notó una leve elevación de neutrófilos en los laboratorios, las pruebas que se le realizaron en agosto y septiembre del 2012, arrojaron resultados totalmente normales, lo que resultó incompatible con un proceso infeccioso, particularmente en una paciente que no había sido tratada con antibióticos, tal y como ocurrió con la apelante.⁵⁸

Por su parte, el doctor Reina Sanabria fue claro a los efectos de que cuando evaluó a la apelante el 9 de agosto del 2012, está no presentaba síntomas indicativos de un proceso infeccioso, por lo que entendió que, en ese momento, que era necesario ordenar exámenes de laboratorio o estudios nucleares.⁵⁹ Los únicos síntomas que la apelante refirió mientras estuvo bajo el cuidado del doctor Suárez Castro fue dolor, hinchazón y disminución en el arco de movimiento; síntomas esperados luego de un procedimiento de reemplazo de rodilla y normalmente vistos cuando se da un proceso de fibrosis en la articulación.⁶⁰ Asimismo, las fotos que la apelante presentó como

⁵⁶ DH núm. 102. TPO a la pág. 128, líneas 13-25; pág. 131, líneas 21-25, pág. 185, líneas 20-23; pág. 186, líneas 4-14; pág. 223, líneas 1-15; pág. 234, líneas 20-25; pág. 235, líneas 1-5; pág. 238, líneas 20-25; pág. 239, líneas 1-7; pág. 279, líneas 22-25; pág. 281, líneas 12-15; pág. 344, líneas 8-12; pág. 1059.

⁵⁷ DH núm. 103. TPO a la pág. 259, líneas 19-25; pág. 260, líneas 1-8; pág. 287, líneas 18-21; pág. 288, líneas 1-9; pág. 280, líneas 1-21.

⁵⁸ DH núm. 105. TPO a la pág. 254, líneas 1-18; pág. 268, líneas 1-13; la pág. 272, líneas 12-15; pág. 273, líneas 3-21; pág. 274, líneas 12-17, pág. 275, líneas 10-24, pág. 276, líneas 13-18; pág. 376, líneas 1-21; pág. 1078, líneas 6-15; pág. 1079, líneas 1-21.

⁵⁹ DH núm. 106. TPO a la pág. 287, líneas 19-25; pág. 862, líneas 2-4.

⁶⁰ DH núms. 112 y 120. El desarrollo de adherencias (fibrosis) luego de un proceso de reemplazo, es común. Sus síntomas consisten en la disminución en el arco de movimiento y dolor, cuadro que resultaba acorde con el que presentó la apelante durante los primeros meses postoperatorios. TPO a la TPO a la pág. 160, líneas 23-25; pág. 161, líneas 1-7; pág. 242, líneas 21-25; pág. 260, líneas 18-23; pág. 723, líneas 1-15; pág. 724, líneas 5-12; pág. 733; pág. 734; pág. 902, líneas 17-20; pág.

prueba y que tomó desde el primer día luego de la cirugía, ilustraron una herida limpia, sin enrojecimiento o hinchazón desproporcionada.⁶¹ Más aun, el doctor Reina Sanabria descartó la posibilidad de que la infección de la apelante hubiese estado activa desde abril. Al respecto, explicó que, si hubiese sido así, el cuadro de la apelante habría sido completamente diferente, tal como el que se observó el 27 de septiembre de 2012.⁶²

Por su parte, el doctor Fernández Lugo rindió su opinión en el caso mediante el uso de literatura médica y de textos publicados por la *Sociedad Americana de Ortopedias*.⁶³ En específico, invocó el texto de *Proceedings of the International Consensus Meeting of Prosthetic Joint Infections* y explicó que este era el texto por excelencia para el diagnóstico y manejo de infecciones prostéticas postquirúrgicas dentro de la práctica de la ortopedia.⁶⁴ Según el doctor Fernández Lugo, las infecciones prostéticas postquirúrgicas resultan difíciles de diagnosticar porque las pruebas disponibles son poco específicas luego de un reemplazo.⁶⁵ Asimismo, explicó que si bien los estudios nucleares pueden ser una gran herramienta para diagnosticar infecciones prostéticas, éstos son muy poco confiables en el curso postoperatorio, siendo pobre su valor diagnóstico en dicha etapa.⁶⁶ Además, detalló que los estudios nucleares captan material radiopaco

907, líneas 14-25; pág. 1014, líneas 8-18; pág. 1053, líneas 13-25; 1054, líneas 1-4; pág. 1055, líneas 1-13; pág. 1163, líneas 1-11; pág. 1187, líneas 16-17; pág. 1243, líneas 18-20.

⁶¹ DH núm. 113. TPO a la pág. 1071; pág. 1075; pág. 1076, líneas 1-12. *Exhibit 13* de la parte demandante (apelante).

⁶² DH núm. 114.

⁶³ DH núm. 115. El doctor Fernández Lugo obtuvo su grado de doctor en medicina de la Escuela de Medicina de Yale, New Haven, CT, tiene una especialidad en ortopedia, es cirujano ortopeda desde el año 1985 y se ha dedicado por más de 30 años a la práctica de cirugía reconstructiva, particularmente en atención a reemplazo de caderas y rodillas. Ha realizado más de 3,000 cirugías de este tipo a través de sus años de práctica. TPO a la pág. 1030, líneas 14-24; pág. 1031, líneas 21-25; pág. 1036, líneas 12-17; pág. 1066, líneas 1-17.

⁶⁴ DH número 116. TPO a la pág. 1038, líneas 22-25; pág. 1039; pág. 1040; pág. 1041, líneas 1-5.

⁶⁵ DH número 117.

⁶⁶ DH número 118. TPO a la pág. 1060.

en áreas de inflamación e infección por lo que, luego de un procedimiento de este tipo, el proceso inflamatorio va a *marcar* el área intervenida por largo tiempo, aun cuando no exista una infección.⁶⁷

No es hasta el 27 de septiembre del 2012, es decir, casi tres meses después de la última evaluación que hiciera el doctor Suárez Castro a la apelante y casi seis meses después de la cirugía de reemplazo de rodilla, que el doctor Reina Sanabria observó por primera vez signos compatibles con la posible presencia de una infección.⁶⁸ Al respecto, el doctor Reina Sanabria señaló que en la visita del 27 de septiembre del 2012, la apelante había mostrado un cambio significativo de empeoramiento, en comparación con el que había observado el 9 de agosto 2012. En ese momento, la apelante refirió síntomas nunca mencionados tales como: dolor al descanso, impedimento para caminar y dolor insoportable, pese al uso de potentes analgésicos como el *Percoset* y *Tylenol* con codeína.⁶⁹

Por su parte, el doctor Colón Pérez manifestó que había revisado los expedientes médicos de la apelante de las clínicas externas del Auxilio Mutuo, las notas de terapia física y acuáticas; así como los expedientes del FSE y de las oficinas del médico primario de la paciente (IPA) para rendir su informe en el caso.⁷⁰ Acorde con dichos expedientes, el doctor Colón Pérez concluyó que no había prueba que indicase que la apelante hubiese sufrido una infección en

⁶⁷ DH número 119.

⁶⁸ DH número 121. TPO a la pág. 208, líneas 16-23; pág. 242, líneas 10-15; pág. 753; pág. 754; pág. 766, líneas 4-14.

⁶⁹ DH número 122. TPO a la pág. 752, línea 25; pág. 753; pág. 754; pág. 862, líneas 4-10; pág. 757, líneas 21-25.

⁷⁰ DH núms. 123-125. El Dr. Miguel Ángel Colón Pérez, obtuvo su grado de doctor en medicina de la Escuela de Medicina de Ponce. Es *Board Certified* en medicina interna y en enfermedades infecciosas. Fue internista por tres años en el estado de Florida con el gobierno federal. Desde el 1991, se ha dedicado a la infectología. Ha sido consultor de enfermedades infecciosas en el Auxilio Mutuo y en el Hospital Municipal de San Juan. El doctor Colón Pérez es especialista en enfermedades infecciosas, con un amplio trayecto de estudios y experiencia en dicha disciplina TPO a las págs. 1146-1149; pág. 1150, líneas 1-17; TPO a la pág. 1151, líneas 5-11.

su rodilla mientras estuvo bajo el cuidado del doctor Suárez Castro.⁷¹ Contrario a lo expresado por el doctor Miranda Aponte, el doctor Colón Pérez indicó que entre los meses de abril a agosto de 2012, no había indicación que sugiriera la necesidad de ordenar o realizar estudios nucleares, laboratorios de *sedimentation rate* o de CRP a la apelante, porque estas pruebas no serían específicas para infección en una paciente como la apelante, que fue objeto de un reemplazo de rodilla reciente.⁷² En lo pertinente, el doctor Colón Pérez señaló que lo fundamental en la evaluación de una posible infección post reemplazo además de los hemogramas y las placas del paciente, lo es su cuadro clínico. A estos efectos, indicó que un paciente con infección de prótesis no puede caminar; lo cual fue avalado por el doctor Reina Sanabria. El doctor Colón Pérez señaló que esperaría que un paciente con una infección hubiese presentado el área intervenida enrojecida, caliente y con fiebre corporal, pero que dichos síntomas no se dieron en el presente caso.⁷³ A su vez, declaró que si en efecto la apelante hubiese tenido infección desde abril, como postuló su perito, su clínica lo hubiese reflejado. Además, resaltó el hecho de que, si la apelante hubiese tenido infección en su prótesis entre el mes de julio y principios del mes de septiembre, no hubiese podido realizar las terapias de agua que ejecutó en la piscina de la YMCA. Asimismo, manifestó que, en la etapa postquirúrgica, las radiografías son una herramienta de mucha relevancia, debido a que

⁷¹ DH núm. 126. TPO a la pág. 268; pág. 820, líneas 1-6; pág. 1146, líneas 20-25; pág. 1147, línea 1; pág. 1152; pág. 1153, líneas 1-7.

⁷² DH núm. 127. TPO a la pág. 1016, líneas 20-25; pág. 1017, líneas 1-3; pág. 1153, líneas 8-24; pág. 1154, líneas 3-25; pág. 1155, líneas 1-5.

⁷³ DH núms. 128-130. TPO a la pág. 1015, líneas 19-21; pág. 1016, líneas 20-21; pág. 1155; pág. 1156, líneas 1-4; pág. 1163, líneas 1-11; pág. 1235, líneas 1-10; pág. 1236, líneas 9-16.

estas revelarían si la prótesis está suelta, lo que sin duda sería indicativo de infección.⁷⁴

Sin embargo, las placas que se realizaron a la apelante entre abril y agosto de 2012, reflejaron una prótesis alineada y fija, por lo cual ello descartó una infección durante dicho periodo.⁷⁵ El doctor Colón Pérez también aclaró que la presencia de efusión según reflejaron las radiografías de la rodilla de la apelante, no era indicativa de infección, como sugirió el doctor Miranda Aponte. A estos efectos, el perito explicó que la radiografía lo que recogía era la presencia de líquido en la rodilla, y que ello era normal luego de este tipo de cirugía y que más aún, pudo tratarse de sangre como resultado de la misma operación o de la manipulación efectuada en mayo para liberar adherencias.⁷⁶

Tanto el doctor Suárez Castro como el doctor Reina Sanabria descartaron la alegada infección en la cadera de la apelante, cual descrita en el *indium scan*, pero que no observada en el *bone scan*. Ambos médicos aclararon que estos estudios se evalúan conjuntamente, porque el *indium scan* marca el área que pueda estar inflamada o infectada; mientras que el *bone scan* marca todo lo que produzca infección de hueso. Por lo cual, opinó que la ausencia de marca en el *bone scan* en el área de la cadera, descartó un proceso infeccioso en esa área.⁷⁷ Según explicó el doctor Colón Pérez, la bacteria que le causó a la apelante la infección del tracto superior respiratorio (URI) durante el mes de septiembre, posiblemente se alojó (*seeding*) en la prótesis y posiblemente fue lo que le causó la infección.

⁷⁴ DH núms.131-133. TPO pág. 1156, líneas 5-17; pág. 1158; pág. 1159, líneas 1-21.

⁷⁵ DH núm. 134. TPO a la pág. 291, líneas 5-17; pág. 1159, líneas 22-25; pág. 1160, líneas 1-3.

⁷⁶ DH número 135. TPO a la pág. 110, líneas 1-19; pág. 112, líneas 1-5; pág. 763, líneas 18-20; pág. 1160, líneas 4-18.

⁷⁷ DH núms. 136-138. TPO a la pág. 285, líneas 18-24; pág. 817, líneas 14-24; pág. 1106, líneas 19-21; pág. 1168, líneas 6-25; pág. 1169, líneas 1-18; pág. 1171, líneas 8-24; pág. 1172, líneas 15-25; pág. 1173; pág. 1174, líneas 1-25; pág. 1240, líneas 16-25.

La bacteria encontrada en la patología de la prótesis removida fue la *staphiloccocus aureus*. Este tipo de bacteria no se adquiere en sala de operaciones, a diferencia de la *estaphiloccocus epidermis*, que normalmente se adquiere en sala. La *staphiloccocus aureus* es una bacteria que se adquiere por vía hematógena y es en extremo agresiva. Ello hace poco creíble que la prótesis estuviese infectada desde abril y no mostrara los síntomas esperados de una infección hasta más de cinco meses después.⁷⁸

Luego de aquilatar la prueba desfilada en el juicio, el 10 de octubre de 2019, el TPI emitió una *Sentencia* mediante la cual declaró no ha lugar la *Demanda* interpuesta por la apelante.⁷⁹ Dicho foro determinó que la apelante no logró establecer que el doctor Suárez Castro hubiese incurrido en conducta negligente en el diagnóstico y tratamiento de la apelante. En su consecuencia, concluyó que la apelante no probó la desviación del estándar de cuidado médico exigible; ni pudo derrotar la presunción de corrección que cobija al doctor Suárez Castro en el tratamiento que le brindó a la apelante. La parte apelante tampoco logró establecer la comisión de negligencia alguna por parte del Auxilio Mutuo.

Oportunamente, los apelados presentaron sus respectivos *Memorando de costas*. Por su parte, el 28 de octubre de 2019, la apelante instó una *Moción de determinaciones de hechos adicionales*; mientras que el 12 de noviembre de 2019, se opuso a los memorandos de costas instados por el Auxilio Mutuo y el doctor Suárez Castro. Luego de varias incidencias procesales, En respuesta a sus reclamos, el 16 de diciembre de 2019, el TPI emitió una *Resolución* mediante la

⁷⁸ DH números 139-141. TPO a la pág. 1165, líneas 5-24; pág. 1166, líneas 1-15; pág. 1167; pág. 1225, líneas 11-14; pág. 1227, líneas 11-13; pág. 1229, líneas 1-20; pág. 1230, líneas 6-8; pág. 1243, líneas 18-20; pág. 1246, líneas 21-25; pág. 1248, líneas 6-25; pág. 1249; pág. 1250, 21-25; pág. 1251, líneas 5-9.

⁷⁹ Notificada el 11 de octubre de 2019.

cual le concedió al doctor Suárez Castro, la suma de \$19,004.10 y al Auxilio Mutuo la cantidad de \$465 por concepto de costas y gastos incurridos en el litigio.⁸⁰

Insatisfecha, el 16 de enero de 2020, la apelante acudió ante este Tribunal de Apelaciones mediante un recurso de apelación por medio del cual nos plantea lo siguiente:

Erró en Hon. TPI al resolver que prevalece la presunción de corrección en el tratamiento médico brindado por el doctor Suárez Castro, por lo que determinara que el doctor Suárez Castro no incurrió en negligencia al no diagnosticar una infección postoperatoria y, por lo tanto, resultara improcedente la causa de acción incoada en su contra.

Erró en Hon. TPI al Determinar que el HAM no responde por la negligencia del doctor Suárez Castro, fundamentado en que el récord médico de la demandante se encuentra huérfano de prueba alguna dirigida a establecer que los daños por esta reclamados han estado relacionados con alguna actuación directa por parte del HAM. Específicamente, no existe prueba alguna en el presente caso dirigida a establecer que la infección que padeció la demandante y que motivó la presentación de la demanda de epígrafe se adquirió durante la operación o como consecuencia de algún acto incurrido por el personal del HAM.

Erró en Hon. TPI al desestimar la demanda instada por la parte demandante fundamentado en que “evaluada la prueba desfilada, resulta además forzoso concluir que la parte demandante no pasó prueba sobre cuál era el estándar de cuidado que debió seguir el doctor Suárez Castro en cuanto a: (1) el cuidado a seguir en la sala de operaciones; (2) el diagnóstico y manejo de infecciones prostéticas; y (3) sobre el presunto incumplimiento de la parte demandada con los estándares aplicables, lo que resulta indispensable para poder prevalecer en su causa de acción por impericia médica”.

Erró en Hon. TPI en la apreciación de la prueba y en la credibilidad de los testigos de la parte demandada.

Erró en Hon. TPI al conceder gastos y costas que no son recobrables de conformidad a lo establecido en la regla 44.1 y la jurisprudencia interpretativa de la misma.

Por su parte, los apelados interpusieron oportunamente sus respectivos *Alegatos*. De igual forma, contamos con la transcripción

⁸⁰ Notificada el 17 de diciembre de 2019.

de la prueba oral del juicio en su fondo y con los autos originales. Contando con todo lo anterior, procedemos a resolver el recurso apelado.

-II-

A. Apreciación de la prueba oral

En aquellos casos en los que, a través de un recurso apelativo, se impute al Tribunal de Primera Instancia la comisión de algún error que se relacione con la suficiencia de la prueba testifical o con la apreciación de la prueba, la parte apelante tendrá la obligación de presentar una exposición narrativa de la prueba para colocar a esta segunda instancia judicial en condiciones de revisar la sentencia apelada.⁸¹

Como norma general, el alcance de la revisión apelativa de las determinaciones de hecho que formule el foro primario está regulado por la Regla 42.2 de Procedimiento Civil.⁸² La mencionada regla dispone que las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos.⁸³ De conformidad con lo anterior, nuestro Tribunal Supremo ha establecido reiteradamente que los tribunales apelativos no debemos intervenir con la apreciación de la prueba, la adjudicación de credibilidad o las determinaciones de hechos de los tribunales de primera instancia.⁸⁴ Esta deferencia hacia el foro primario responde al hecho de que el juez sentenciador es quien tiene la oportunidad de

⁸¹ Regla 19(a) del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, 4 LPR Ap. XXII-B; *Álvarez v. Rivera*, 165 DPR 1, 13 (2005).

⁸² 32 LPR Ap. V, R. 42.2.

⁸³ *Supra*

⁸⁴ *E.L.A. v. S.L.G. Negrón-Rodríguez*, 184 DPR 464, 486 (2012); *Serrano Muñoz v. Auxilio Mutuo*, 171 DPR 717, 741 (2007).

recibir y apreciar toda la prueba oral presentada, de escuchar la declaración de los testigos y evaluar su *demeanor* y confiabilidad.⁸⁵ Consecuentemente, la intervención con la evaluación de la prueba testifical procederá en casos en los que, luego de un análisis integral de esa prueba, nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia.⁸⁶ Es que no puede ser de otra forma, ya que “[s]e impone un respeto a la aquilatación de credibilidad del foro primario en consideración a que sólo tenemos récords mudos e inexpressivos”.⁸⁷

No obstante, la doctrina de deferencia judicial no es de carácter absoluto, pues la misma debe ceder ante las posibles injusticias que puedan acarrear unas determinaciones de hechos que no estén sustentadas por la prueba desfilada ante el foro primario. En su consecuencia, como foro apelativo sólo podemos intervenir con la apreciación de la prueba oral que haga el Tribunal de Primera Instancia, cuando dicho foro actúe con pasión, prejuicio, parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla.⁸⁸ Además, podemos intervenir cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y cuando la apreciación de la misma se distancia de la realidad fáctica o ésta es inherentemente imposible o increíble.⁸⁹ Es decir, un tribunal revisor podrá intervenir con la apreciación de la prueba cuando de un examen detenido de la misma, quede convencido de que el juzgador descartó injustificadamente elementos probatorios importantes o que fundamentó su criterio únicamente en testimonios de escaso valor, o

⁸⁵ *Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones*, 176 DPR 31, 67 (2009); *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 135 (2004).

⁸⁶ *Flores v. Soc. de Gananciales*, 146 DPR 45, 50 (1998).

⁸⁷ *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR*, 175 DPR 799, 811 (2009).

⁸⁸ *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 776-777 (2011); *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, 180 DPR 894, 916 (2011); *Meléndez v. Caribbean Int’l. News*, 151 DPR 649, 664 (2000).

⁸⁹ *González Hernández v. González Hernández*, supra, pág. 777; *Pueblo v. Santiago et al.*, 176 DPR 133, 148 (2009).

inherentemente improbables o increíbles.⁹⁰ No obstante, se exceptúan de la regla de deferencia las determinaciones de hechos que se apoyan exclusivamente en prueba documental o pericial, ya que los tribunales apelativos nos encontramos en idéntica posición que el tribunal inferior al examinar ese tipo de prueba.⁹¹

B. Los daños y perjuicios y los casos de mala práctica de la medicina

La responsabilidad civil resultante de actos u omisiones culposas o negligentes está reglamentada en nuestra jurisdicción por el Art. 1802 del Código Civil de Puerto Rico, según enmendado.⁹² En lo pertinente, este artículo dispone que quien cause daño a otro por acción u omisión, mediando culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Para que surja la responsabilidad civil que regula el precitado artículo, la parte demandante deberá establecer: (1) la existencia del daño (2) la ocurrencia del acto culposo o negligente del demandado y (3) el *nexo causal* entre ese evento culposo o negligente y el perjuicio sufrido.⁹³

Ahora bien, en nuestra jurisdicción la mera causa física es insuficiente para imponer responsabilidad, por lo cual, los tribunales deberán estimar que el acto del demandado tuvo suficiente importancia en la producción del daño del demandante como para responsabilizar al primero.⁹⁴ Es por ello, que en Puerto Rico rige la

⁹⁰ *C. Brewer PR, Inc. v. Rodríguez*, 100 DPR 826, 830 (1972); *Pueblo v. Luciano Arroyo*, 83 DPR 573, 582 (1961).

⁹¹ *González Hernández v. González Hernández*, supra.

⁹² 31 LPRA sec. 5141, según enmendado por la Ley 55-2020, ahora reenumerado Art. 1536 sobre *Responsabilidad por culpa o negligencia* del Código Civil de Puerto Rico.

Dicho artículo ahora establece que “[L]a persona que por culpa o negligencia causa daño a otra, viene obligada a repararlo.”

⁹³ *Ramos Milano v. Wal-Mart*, 168 DPR 112, 116-117 (2006); *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796, 807 (2006); *Tormos Arroyo v. D.I.P.*, 140 DPR 265, 271 (1996).

⁹⁴ *López v. Porrata Doria*, supra; *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 310 (1990); *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 DPR 700, 704 (1982),

teoría de la causalidad adecuada al momento de determinar el nexo causal necesario para adjudicar responsabilidad civil. La causa adecuada es la que ordinariamente produce los daños imputados, según la experiencia general. No es otra cosa que el evento o acto que con mayor probabilidad causó el daño por el que se reclama indemnización. El propósito de utilizar la causa adecuada como criterio rector en la reclamación de una indemnización por daños es limitar la cadena de responsabilidad civil y evitar que se extienda a límites absurdos.⁹⁵ Al pasar juicio respecto a si una acción u omisión es causa adecuada de un daño, es preciso efectuar un análisis del acto negligente, para auscultar si éste constituye la consecuencia razonable y ordinaria del daño o pérdida reclamada.⁹⁶

Igualmente, el deber de indemnizar presupone un nexo causal entre el daño y el hecho que lo origina, pues sólo se han de indemnizar los daños que constituyen una consecuencia del hecho que obliga a la indemnización. La causalidad está necesariamente limitada por el ámbito de la obligación, pues es infinita la serie de daños que, en interminable encadenamiento, pueden derivarse del incumplimiento de una obligación.⁹⁷ Asimismo, el que alegue haber sufrido un daño por la negligencia de otro debe poner al tribunal en condiciones de poder hacer una determinación clara y específica sobre negligencia mediante la presentación de prueba a esos efectos. Deberá demostrar la ocurrencia de un acto, u omisión, culposo o negligente que está causalmente relacionado con un daño real ocasionado por el demandado.

⁹⁵ *Miranda v. ELA*, 137 DPR 700, 707 (1994); *Negrón García v. Noriega Ortiz*, 117 DPR 570, 575 (1984).

⁹⁶ *Montalvo v. Cruz*, 144 DPR 748, 756-757 (1998).

⁹⁷ *Estremera v. Inmobiliaria Rac., Inc.*, 109 DPR 852, 856-857 (1980).

Específicamente, en los casos de impericia médica es obviamente necesario que el promovente de la acción demuestre la concurrencia de los referidos tres (3) elementos, concretamente: (1) la ocurrencia de un acto médico culposo o negligente (2) la producción de un daño real; y (3) la relación causal entre el acto médico y el daño sufrido.⁹⁸ Le corresponderá al demandante probar, mediante preponderancia de la prueba, que las acciones negligentes del médico fueron el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño sufrido y establecer el vínculo causal requerido por el Art. 1802, *supra*.⁹⁹ Cónsono con lo anterior, en una acción civil por mala práctica de la medicina, el médico incurre en negligencia cuando se aparta de las normas de razonabilidad y prudencia que rigen el ejercicio de la profesión médica. Consecuentemente, luego de que establezca, por preponderancia de la prueba, que su conducta negligente fue el factor que con mayor probabilidad causó el daño, procede responsabilizarlo.¹⁰⁰ Es decir, en estos los casos, la decisión del juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba, a base de criterios de probabilidad.¹⁰¹ Quien sostenga la afirmativa, deberá probar su causa de acción mediante la presentación de evidencia que sustente cada una de sus alegaciones.¹⁰² En ese sentido, la Regla 110 de Evidencia, recoge los principios fundamentales que rigen el derecho probatorio puertorriqueño.¹⁰³ Conforme a ello, el juzgador de los hechos deberá evaluar la prueba presentada para determinar

⁹⁸ *Soto Cabral v. E.L.A.*, 138 DPR 298, 308-309 (1995).

⁹⁹ *Castro Ortiz v. Mun. de Carolina*, 134 DPR 783, 793 (1993); *Pagán Rivera v. Mun. de Vega Alta*, 127 DPR 538 (1990); *Torres Ortiz v. Plá*, 123 DPR 637 (1989); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639, 650 (1988).

¹⁰⁰ *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005).

¹⁰¹ Regla 110(f) de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 110(f).

¹⁰² Regla 110(a) de las Reglas de Evidencia, *supra*.

¹⁰³ 32 LPRA Ap. VI R. 110.

cuáles hechos quedaron establecidos o probados.¹⁰⁴ En lo pertinente, la precitada Regla establece que:

[...]

(c) Para establecer un hecho, no se exige aquel grado de prueba que, excluyendo posibilidad de error, produzca absoluta certeza.

(d) La evidencia directa de una persona testigo que merezca entero crédito es prueba suficiente de cualquier hecho, salvo que otra cosa se disponga por ley.

[...]

(f) En los casos civiles, la decisión de la juzgadora o del juzgador se hará mediante la preponderancia de la prueba a base de criterios de probabilidad, a menos que exista disposición, al contrario. En los casos criminales, la culpabilidad de la persona acusada debe ser establecida más allá de duda razonable.

[...]

(h) Cualquier hecho en controversia es susceptible de ser demostrado mediante evidencia directa o mediante evidencia indirecta o circunstancial. Evidencia directa es aquella que prueba el hecho en controversia sin que medie inferencia o presunción alguna y que, de ser cierta, demuestra el hecho de modo concluyente. Evidencia indirecta o circunstancial es aquella que tiende a demostrar el hecho en controversia probando otro distinto, del cual por sí o, en unión a otros hechos ya establecidos, puede razonablemente inferirse el hecho en controversia.¹⁰⁵

De otra parte, según se sabe, en nuestra jurisdicción rige una presunción a favor del médico a los efectos de que éste ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración del tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Por ello, le corresponde a la parte demandante controvertir esta presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento del médico de su obligación profesional. La relación de causalidad no se puede establecer a base de una mera especulación o conjetura.¹⁰⁶ Al

¹⁰⁴ *Íd.*

¹⁰⁵ 32 LPRA Ap VI, R. 110.

¹⁰⁶ *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 134-135 (2004); *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540, 549 (1994).

evaluar esta prueba, el tribunal debe considerar que en nuestro ordenamiento jurídico las normas mínimas de cuidado, conocimiento y destrezas que le son requeridas a los profesionales de la salud, en casos de alegada mala práctica profesional, son las de brindar a sus pacientes aquella atención que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, satisface las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la propia profesión médica.¹⁰⁷

No obstante, hay que tener presente que la negligencia del médico no se presume por el hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya sido exitoso. De ahí la necesidad de establecer, mediante prueba pericial, cuáles son los requisitos de cuidado y conocimiento científico requeridos por la profesión en un tratamiento determinado, las normas de conocimiento informado y la razón por la cual el médico demandado no cumplió con las mismas.¹⁰⁸ Conforme a la norma indicada, el médico solamente responde por los daños y perjuicios causados cuando actúa negligentemente, con descuido o cuando falta a la pericia profesional que exigen las circunstancias.¹⁰⁹

La Regla 702 de Evidencia, regula la admisibilidad y valor probatorio de testimonio pericial. Esta dispone que:

Cuando 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 de este apéndice- podrá testificar en forma de opiniones o de otra manera. El valor probatorio del testimonio dependerá, entre otros, de:

¹⁰⁷ *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 133; *Santiago Otero v. Méndez*, supra.

¹⁰⁸ *Rodríguez Crespo v. Hernández*, supra, págs. 650-651; *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988).

¹⁰⁹ *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 820 (1987); *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 134.

(a) si el testimonio está basado en hechos o información suficiente;

(b) si el testimonio es el producto de principios y métodos confiables;

(c) si la persona testigo aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso;

(d) si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica;

(e) las calificaciones o credenciales de la persona testigo;
y

(f) la parcialidad de la persona testigo.
32 LPRA Ap. VI, Regla 702 (a-f)

De igual manera, todo médico posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico. El diagnóstico de una enfermedad es una etapa crítica en la atención al paciente, pues a partir de los resultados del mismo, se determina o elabora el tratamiento a seguir. Es el primer paso antes de emprender el tratamiento adecuado.¹¹⁰ Al respecto, es sabido que el médico le asiste una presunción de haber ejercido un grado razonable de cuidado y haber ofrecido un tratamiento adecuado.¹¹¹

Para rebatir esta presunción, la parte demandante no puede descansar en una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. El hecho de que un paciente haya sufrido un daño o que el diagnóstico haya fracasado o que el tratamiento no haya tenido éxito no crea la presunción de negligencia por parte del facultativo médico. Un médico no puede garantizar un resultado favorable en toda intervención.¹¹²

¹¹⁰ R. Vázquez Ferreyra, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, Argentina, 2da. ed. 2002, pág. 106-107; *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538 (2005).

¹¹¹ *Arrieta v. De la Vega*, supra; *Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R. 639 (1988).

¹¹² *Arrieta v. De la Vega*, supra; *Ramos Robles v. García Vicario*, supra; *Rodríguez Crespo v. Hernández*, supra; *Medina Santiago v. Vélez*, supra; *Sáez v. Municipio de Ponce*, 84 D.P.R. 535 (1962).

Partiendo de un enfoque justo y realista se admite que, en la profesión médica, puede haber errores razonables de juicio.¹¹³ Sin embargo, el criterio de razonabilidad supone que el médico efectúe todos los exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico correcto.¹¹⁴ El error de juicio en el diagnóstico es una defensa cuando está presente una de las siguientes circunstancias: (1) existe una duda razonable sobre la condición o enfermedad del paciente (2) las autoridades médicas reconocidas están divididas en cuanto a cuál debe ser el procedimiento de diagnóstico a seguirse; o (3) el diagnóstico se hace después de un esfuerzo concienzudo del médico para enterarse de los síntomas y condición del paciente.¹¹⁵ Por tanto, el médico tiene el deber de hacer un esfuerzo para enterarse de los síntomas y de la condición del paciente, agotando los medios de diagnóstico diferencial que el estado del conocimiento pone a disposición de la profesión médica.¹¹⁶ A saber, *el diagnóstico diferencial* es el diagnóstico de un estado patológico cuyos signos y síntomas están compartidos por otros estados patológicos semejantes.¹¹⁷ En esencia, la doctrina de diagnóstico diferencial está basada en la exigencia de un procedimiento para distinguir entre posibles padecimientos que requieren tratamientos diferentes y específicos.¹¹⁸

C. La responsabilidad de los hospitales

Los hospitales responden por los actos u omisiones negligentes de su personal médico o paramédico en el ámbito de sus funciones. Para

¹¹³ *Arrieta v. De la Vega*, supra; *Morales v. Hospital Matilde Brenes*, 102 DPR 188 (1974).

¹¹⁴ *Arrieta v. De la Vega*, supra; *Morales v. Hospital Matilde Brenes*, supra.

¹¹⁵ *Arrieta v. De la Vega*, supra; *Oliveros v. Abreu*, 101 DPR 209 (1973),

¹¹⁶ H. Brau del Toro, *Los Daños y Perjuicios Extracontractuales en Puerto Rico*, Publicaciones JTS, Inc., Segunda Edición, 1986, Vol. I, pág. 248; *Arrieta v. De la Vega*, supra.

¹¹⁷ *Hernández Rivera v. Municipio de Bayamón*, 135 DPR 901, 903 (1994).

¹¹⁸ *Lozada v. E.L.A.*, 116 DPR 202, 217 (1985).

ello, hay que fundamentarse en la doctrina de responsabilidad vicaria decretada en el Art. 1803 del Código Civil de Puerto Rico.¹¹⁹ Asimismo, los hospitales responden por políticas institucionales que obstaculicen el cuidado de los pacientes.¹²⁰ De igual manera, los hospitales responden por los daños ocasionados por no tener disponible el equipo básico necesario para atender situaciones previsibles o por tenerlo en estado obsoleto o deficiente.¹²¹ En caso de que la responsabilidad del hospital concorra con la responsabilidad del médico, la responsabilidad del primero es solidaria con el segundo sin menoscabo de la determinación de los grados exactos de culpa en la relación interna entre ambos, a los fines de obtener reembolso directo en proporción a esa responsabilidad.¹²²

Los hospitales responden por los médicos, dependiendo de la relación jurídica que estos tengan con el hospital. Primero, los hospitales responden vicariamente por los médicos que son sus empleados.¹²³ Segundo, el hospital es responsable vicariamente por los actos negligentes de los médicos que, aunque no son sus empleados, son parte de su facultad (“staff”) y están disponibles para consultas de otros médicos.¹²⁴ Tercero, los hospitales responden conjuntamente con los concesionarios de franquicias exclusivas para prestar servicios en el hospital cuando cometan actos de impericia médica.¹²⁵ Ejemplos de estos son los concesionarios, los anestesiólogos, radiólogos y proveedores de servicios de sala de

¹¹⁹ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, 184 DPR 281 (2012); *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 DPR 484, 512 (2009); *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 DPR 397, 405 (1985).

¹²⁰ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; *supra*; *Núñez v. Cintrón*, 115 DPR 598 (1984); *Pérez Cruz v. Hosp. La Concepción*, 115 DPR 721 (1984).

¹²¹ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA* *supra*; *Blas Toledo v. Hospital Guadalupe*, 146 DPR 267, 323-327 (1998).

¹²² *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; *supra*; *Núñez v. Cintrón*, *supra*, pág. 606.

¹²³ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; *supra*; *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, *supra*.

¹²⁴ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; *supra*; *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, *supra*, pág. 407; *Núñez v. Cintrón*, *supra*, pág. 606.

¹²⁵ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; *supra*; *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, *supra*, págs. 515, 516.

emergencia. Respecto a estos, el hospital es responsable por haber seleccionado a ese personal y tenerlo ofreciendo servicios a los pacientes.¹²⁶ Como última categoría, tenemos a los médicos que, sin ser empleados del hospital, gozan del privilegio de usar las instalaciones del hospital para recluir a sus pacientes privados. Al respecto, hemos impuesto responsabilidad a los hospitales por los actos de impericia médica cometidos por estos médicos dependiendo de una distinción: si el hospital le asignó el paciente a ese médico no empleado o si se trata de un paciente privado del médico no empleado.¹²⁷

Por tanto, si la persona acudió directamente al hospital en busca de ayuda médica y este le proveyó al paciente los facultativos médicos que lo atendieron, aplica la doctrina de autoridad aparente.¹²⁸ En ese caso, el hospital responderá vicaria y solidariamente con el médico responsable del acto de impericia, sin importar que este último sea un empleado propiamente del hospital, o uno a quien el hospital le haya concedido una franquicia para brindar servicios médicos especializados a los pacientes del mismo, o uno que es miembro de la facultad (“staff”) del hospital y a quien este llama en consulta para atender al paciente.¹²⁹

D. La imposición de costas

Las *costas* son los gastos necesariamente incurridos en la tramitación de un pleito o procedimiento que un litigante debe reembolsar a otro por mandato de ley o por determinación

¹²⁶ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; supra; *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, págs. 515, 516.

¹²⁷ *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*; supra; *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, pág. 513; *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, supra, págs. 402-405.

¹²⁸ *Íd.*

¹²⁹ *Íd.*

discrecional del juez.¹³⁰ Al respecto, la concesión de costas en nuestro ordenamiento se rige por la Regla 44.1 (a) de Procedimiento Civil de 2009.¹³¹ Ésta dispone lo siguiente:

- (a) Su concesión. - Las costas le serán concedidas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito o se dicte sentencia en apelación o revisión, excepto en aquellos casos en que se disponga lo contrario por ley o por estas reglas. Las costas que podrá conceder el tribunal son los gastos incurridos necesariamente en la tramitación de un pleito o procedimiento que la ley ordena o que el tribunal, en su discreción, estima que una parte litigante debe reembolsar a otra.

En esencia, la precitada regulación cumple con una función reparadora, pues procura resarcir a la parte que resulte victoriosa en el pleito mediante el reembolso de los gastos necesarios y razonables en los que tuvo que incurrir para que su teoría prevaleciera.¹³² Por consiguiente, dicha disposición reglamentaria evita que el derecho de la parte prevaleciente quede “menguado por los gastos que tuvo que incurrir sin su culpa y por culpa del adversario”.¹³³ Esta norma procesal tiene dos propósitos: restituir lo que una parte perdió por hacer valer su derecho al ser obligada a litigar y —penalizar la litigación inmeritoria, temeraria, o viciosa [...] || .¹³⁴ La Regla 44.1(a), *supra*, también tiene un fin de índole disuasivo, al desalentar los pleitos temerarios y superfluos que se llevan a cabo sólo con el propósito de retrasar la justicia.¹³⁵

Debido a que se reconoce el derecho de la parte prevaleciente a recobrar las costas razonables y necesarias en las que incurrió durante el litigio, una vez reclama su pago, la imposición de costas a

¹³⁰ R. Hernández Colón, *Práctica jurídica de Puerto Rico: Derecho procesal civil*, 6ta ed., San Juan, Ed. LexisNexis, 2017, Sec. 4201, pág. 426; *ELA v. El Ojo de Agua Development*, res. 9 de octubre de 2020, 2020 TSPR 122, 205 DPR____ (2020); *Garriga v. Tribunal Superior*, 88 DPR 245, 253 (1963).

¹³¹ 32 LPRA Ap. V, R. 44.1(a).

¹³² *ELA v. El Ojo de Agua Development*, *supra*; *Rosario Domínguez v. ELA*, 198 DPR 197, 211 (2017); *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, 185 DPR 880, 934 (2012).

¹³³ *ELA v. El Ojo de Agua Development*, *supra*; *J.T.P. Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, 130 DPR 456, 460 (1992).

¹³⁴ *Auto Servi, Inc. v. E.L.A.*, 142 DPR 321, 327 (1997); *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, *supra*, pág. 253.

¹³⁵ *Garriga Jr. v. Tribunal Superior*, *supra*, pág. 253.

la parte perdidosa es mandatoria.¹³⁶ Sin embargo, esto no implica que el pago de las costas sea automático, pues es necesario que la parte prevaleciente cumpla con el procedimiento dispuesto en la Regla 44.1(b) de Procedimiento Civil, *supra*.¹³⁷ A esos efectos, la Regla 44.1 (b) de Procedimiento Civil, *supra*, provee a la parte prevaleciente un término de diez días contados a partir de la notificación de la sentencia, para que presente y notifique a las demás partes un memorando de costas-juramentado o certificado por su representante legal-con todas las partidas de gastos y desembolsos incurridos que a su entender son correctas y fueron necesarias para la tramitación del pleito.¹³⁸ La aludida regla otorga amplia discreción a los tribunales para fijar las costas y adjudicar en cada caso cuáles son los gastos incurridos durante la tramitación del litigio; así como para evaluar la razonabilidad y determinar la necesidad de los gastos detallados.¹³⁹ Sin embargo, los tribunales sentenciadores ejercerán esa discreción con moderación y examinarán cuidadosamente los memorandos de costas en cada caso, especialmente cuando las costas reclamadas sean objeto de impugnación.¹⁴⁰ La razonabilidad de las costas se entenderá dentro de la realidad económica de Puerto Rico, y en cuanto a los gastos personales, además, se tendrá en cuenta la condición económica de las personas concernidas (testigos y litigantes). No obstante, no se aprobarán gastos innecesarios, superfluos o extravagantes.¹⁴¹

¹³⁶ *ELA v. El Ojo de Agua Development*, *supra*; *Rosario Domínguez v. ELA*, *supra*, pág. 212; J. A. Echevarría Vargas, *Procedimiento civil puertorriqueño*, 1era ed. rev., Colombia, [s. Ed.], 2012, pág. 275.

¹³⁷ *ELA v. El Ojo de Agua Development*, *supra*; *Rosario Domínguez v. ELA*, *supra*, pág. 212.

¹³⁸ *ELA v. El Ojo de Agua Development*, *supra*; *Rosario Domínguez v. ELA*, *supra*, pág. 217.

¹³⁹ *Maderas Tratadas v. Sun Alliance et al.*, *supra*; *Auto Servi, Inc. v. E.L.A.*, *supra*.

¹⁴⁰ *Pereira v. I.B.E.C*, 95 DPR 28, 79 (1967); *Garriga Jr. v. Tribunal Superior*, *supra*, pág. 256.

¹⁴¹ *Garriga Jr. v. Tribunal Superior*, *supra*, pág. 257.

Al respecto, nuestro Tribunal Supremo ha establecido claramente que las costas no son todos los gastos que ocasiona la litigación, por lo cual, no incluirán gastos ordinarios de las oficinas de los abogados de los reclamantes tales como sellos de correo, materiales de oficina, así como transcripciones de récord de vistas que se solicitan por ser convenientes, pero no porque son necesarias para los reclamantes.¹⁴² Tampoco, incluyen los gastos de fotocopias, paralegales, ni servicio de mensajero.¹⁴³ Todos esos gastos participan de la naturaleza de gastos de oficina necesarios para el ejercicio de la profesión de abogado, no recobrables como costas.¹⁴⁴ Así pues, nuestro Tribunal Supremo ha reconocido como gastos recobrables en costas, entre otros, los siguientes: sellos de presentación de la demanda, gastos de emplazamiento, sellos cancelados para efectuar un embargo y fianza de embargo.¹⁴⁵ De igual forma, el gasto incurrido en obtener deposiciones es recobrable si son necesarias, aunque no se usen en las vistas del caso.¹⁴⁶ En cuanto a los gastos de perito, nuestro Máximo Foro ha resuelto que el derecho a recobrar como costas dichos gastos dependerá de si se trata de un perito del tribunal o de un perito de la parte. La regla general es que tales gastos son recobrables, a discreción del tribunal, solo por vía de excepción y cuando las expensas que originan el pleito estén plenamente justificadas.¹⁴⁷

Sobre los peritos de parte, sabemos que su tanto compensación; así como los gastos, no es automática. El tribunal, al pasar juicio sobre si procede o no el pago de dichos honorarios, tendrá que evaluar su naturaleza y su utilidad a la luz de los hechos

¹⁴² *Garriga Jr. v. Tribunal Superior*, supra, págs. 248, 257; *Pereira v. I.B.E.C.*, supra, pág. 78.

¹⁴³ *Andino Nieves v. A.A.A.*, 123 DPR 712 (1989).

¹⁴⁴ *Andino Nieves v. A.A.A.*, supra; pág. 718.

¹⁴⁵ *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, supra, págs. 258-259.

¹⁴⁶ *Pereira v. I.B.E.C.*, supra, pág. 78.

¹⁴⁷ *Toppel v. Toppel*, 114 DPR 16, 22 (1983).

particulares del caso ante su consideración, teniendo la parte que los reclama el deber de demostrar que el testimonio pericial presentado era necesario para que prevaleciera su teoría.¹⁴⁸

III.

En esencia, la apelante por medio de su prueba pericial nos plantea que el doctor Suárez Castro se apartó de la mejor práctica de la medicina al no ordenar estudios de resolución radiológica ni otros estudios adecuados para diagnosticar oportunamente la alegada infección que ocurrió durante el período post operatorio de un reemplazo de rodilla total bajo su tratamiento. Asegura, que adquirió una infección por condiciones de falta de acapnia en el hospital y que esta infección, no fue debida ni oportunamente diagnosticada por el doctor Suárez Castro; y que no es hasta meses después que el doctor Reina se percata de la misma.

Sin embargo, de la extensa transcripción de la prueba oral de los nueve días del juicio en su fondo del presente caso, en las que el foro primario tuvo la oportunidad de aquilatar la prueba testifical, documental y pericial, y conforme surge de las determinaciones de hechos y conclusiones de derecho realizadas por dicho foro, se desprende que el tratamiento y el diagnóstico que le brindó el doctor Suárez Castro a la apelante cumplió con las exigencias profesionales de los modernos medios de comunicación y enseñanza y con el estado de conocimiento de las ciencias y de la práctica prevaleciente en la ortopedia. Es decir, la prueba desfilada por la apelante en el juicio estableció que lo que hizo el doctor Suárez Castro fue cónsono con la práctica de la ortopedia que se ejercía en el año 2012, fecha en que ocurrieron los hechos alegados en la demanda. En este caso, la

¹⁴⁸ *Rodríguez Cancel v A.E.E.*, 116 DPR 443, 461 (1985); *Meléndez v Levitt & Sons of P.R.*, 114 DPR 797 (1976). *Toppel v. Toppel*, *supra*.

apelante no logró rebatir con su prueba pericial, la presunción que le cobija al doctor Suárez Castro, de que el tratamiento que le brindó fue el correcto. Para probar lo contrario, la apelante tenía que establecer, mediante su prueba pericial, cuál era el estándar de cuidado que debió seguir el doctor Suárez Castro, cómo éste quebrantó dicho estándar de cuidado y la causalidad. En concreto, la prueba pericial de la apelante no pudo establecer que la infección que le surgió se debió a un acto u omisión de dicho médico.

A tenor con la jurisprudencia y la prueba desfilada, la apelante no presentó prueba suficiente que sostuviera sus alegaciones de impericia médica en contra de los apelados. La prueba pericial no pudo establecer los requisitos de cuidado y de conocimiento científico requeridos por la ortopedia en el tratamiento de sus pacientes. Por el contrario, la totalidad de la prueba que tuvo ante sí el TPI constató la vasta experiencia del doctor Suárez Castro en la ortopedia y en la cirugía reconstructiva.¹⁴⁹ Al tenor con la prueba desfilada, luego de haber consultado la condición del fémur de la apelante con el doctor Reina Sanabria y con otros colegas un mes antes de la operación, el doctor Suárez Castro le recomendó a ésta un reemplazo de rodilla. Dicha cirugía se realizó sin ninguna complicación y su curso postoperatorio inmediato fue normal. Al principio, lo que intentó hacer el doctor Suárez Castro fue corregir la situación del fémur y luego de haber analizado y consultado hasta con peritos de EU, decidió que el mejor curso de acción para la apelante era un reemplazo total de rodilla, que fue lo que ocurrió. Hasta ese momento

¹⁴⁹ DH núms. 9-12. El doctor Suárez Castro, es ortopeda con una subespecialidad en cirugía reconstructiva, ha sido el jefe del departamento de ortopedia del Auxilio Mutuo por los últimos veinte (20) años y ha realizado sobre cinco mil (5,000) reemplazos de rodilla desde los inicios de su carrera como ortopeda. TPO a la pág. 396, líneas 10-18; pág. 871, líneas 24; pág. 872, líneas 7-13; pág. 875, líneas 13-21; pág. 879, líneas 22-25; pág. 956, líneas 13-18.

¹⁴⁹ DH núms. 13-14. TPO a la pág. 397, líneas 1-3; pág. 407, líneas 6-15; pág. 890, líneas 12-25; 896, líneas 23-25; pág. 897, líneas 1-5; pág. 898, líneas 3-21.

y conforme a las alegaciones de la demanda, esa operación fue perfecta.¹⁵⁰ Posteriormente, el curso postoperatorio se vio afectado luego de que la apelante informara que se había lastimado su rodilla derecha. Además, la prueba vertida sostuvo que la propia apelante afectó su proceso postoperatorio al ignorar las instrucciones postoperatorias que el doctor Suárez Castro le había impartido, pues ésta no adquirió el CPM inmediatamente, lo que causó que no pudiera realizar las terapias de movimiento en su hogar. En cambio, la apelante adquirió el CPM un mes después de la operación. Según trascendió en el juicio, todos los peritos concurrieron que el uso de la máquina de CPM durante esos primeros días postoperatorios era crucial. La omisión de usarla ocasionó, no sólo un retraso en la recuperación de la apelante, sino que hizo mucho más dolorosas las terapias físicas que se le brindaron.¹⁵¹ La prueba además sostuvo que cuando el doctor Suárez Castro le instruyó a la apelante que fuese a sala de emergencias, éste ordenó que se le hiciesen a la apelante unos laboratorios, una radiografía de la rodilla derecha y una prueba de *doppler* para descartar que el dolor que sentía la apelante fuese debido a un trombo venoso. Resulta evidente que el doctor Suárez Castro auscultó posibles diagnósticos para el dolor y para la pérdida del arco de movimiento que aquejaba a la apelante en su rodilla derecha. En esa ocasión, los laboratorios resultaron normales, la temperatura era normal, no se reportó rubor ni eritema en la herida; todo ello completamente inconsecuente con el desarrollo de un proceso infeccioso. Asimismo, la prueba desfilada corroboró que mientras la apelante estuvo bajo el cuidado del doctor Suárez Castro,

¹⁵⁰ TPO a la pág. 1185, líneas 3-14.

¹⁵¹ DH núms. 28-29. TPO a la pág. 247, líneas 1-10; pág. 426, líneas 8-22; pág. 552, líneas 19-25; pág. 553, líneas 5-25; pág. 555, líneas 7-9; pág. 556, líneas 1-4 y 23-25; pág. 557, líneas 1-8; pág. 908, líneas 15-25; pág. 909; pág. 916, líneas 1-3.

nunca presentó fiebre corporal, escalofríos, rubor ni enrojecimiento en el área quirúrgica; los síntomas más relevantes para diagnosticar una infección de prótesis.¹⁵² Por el contrario, la apelante sólo refirió dolor, hinchazón y disminución en el arco de movimiento; los síntomas esperados luego de un procedimiento de reemplazo de rodilla y cónsonos con proceso de fibrosis en la articulación. Es por ello que, a raíz de la condición que la apelante presentaba, el doctor Suárez Castro utilizó su juicio clínico y sospechó que la rodilla de la apelante había desarrollado una contractura, por lo que decidió manipularla bajo anestesia para liberar adherencias, mejorar el dolor y el arco de movimiento. Los laboratorios que se le realizaron a la apelante como parte de la preadmisión para realizar dicho procedimiento, arrojaron resultados normales y las radiografías de la rodilla mostraron que la prótesis estaba alineada y fija. Asimismo, los récords médicos reflejaron que el dolor de rodilla de la apelante había mejorado luego de la manipulación e incluso, había logrado un aumento a 90 grados de flexión en el arco de movimiento de la rodilla. Según declararon los peritos en el juicio, en ese momento, dichas mejorías no eran cónsonas con un proceso infeccioso; y menos si la apelante no estaba siendo tratada con antibióticos. En la segunda evaluación que le hizo el doctor Reina Sanabria a la apelante el 9 de agosto de 2012, se descartó un proceso infeccioso y se le recomendó a la apelante a que continuara con el tratamiento que hasta esa fecha le había ofrecido el doctor Suárez Castro. Además, tomando en cuenta que la apelante un día podía caminar otro ya no podía caminar, eso no era un curso clínico de un proceso infeccioso.¹⁵³

¹⁵² DH núm. 111. Todos los peritos de la parte apelada, así como el doctor Reina Sanabria, declararon sin excepción, que los signos más relevantes para diagnosticar una infección de prótesis lo son: fiebre corporal, escalofríos, rubor y enrojecimiento en el área quirúrgica. TPO a la pág. 260, líneas 24-25; pág. 261, líneas 1-20; pág. 743, líneas 11-20; pág. 821, líneas 1-15; pág. 822, líneas 8-11; pág. 938, líneas 1-16; pág. 1058, líneas 2-9; pág. 1162, líneas 1-12.

¹⁵³ TPO a la pág. 1209, líneas 12-14.

En adición, según trascendió en el juicio, el doctor Miranda Aponte, perito de que apelante utilizó en apoyo a su causa de acción, era un médico generalista sin estudios formales en ortopedia; ni experiencia en dicha rama. Dicho médico sólo tenía experiencia en casos que se atendían en sala de emergencias, por lo cual su intervención era limitativa al manejo inicial del paciente y a referir el mismo a tratamiento ulterior con un ortopeda. Además, dicho perito nunca había realizado ni había estado presente en una operación de reemplazo de rodilla ni manejado una infección de prótesis.¹⁵⁴ En el juicio, el doctor Miranda Aponte estuvo impedido de evaluar o juzgar si el doctor Suárez Castro había cumplido con el estándar de la mejor práctica de la ortopedia. En esencia, su opinión no estuvo fundamentada en el estándar de manejo de infecciones prostéticas postoperatorias, pues admitió que desconocía dichos estándares.¹⁵⁵ Además, en su gestión como perito en el caso, el doctor Miranda Aponte omitió consultar con un ortopeda o infectólogo para emitir su opinión, a pesar de aceptar que cuando se enfrenta con un caso de esta naturaleza en su práctica, consulta dichos especialistas para manejar la condición.¹⁵⁶ Tampoco revisó la literatura médica para informarse e ilustrarle al Tribunal cuál es el estándar de cuidado a seguir para diagnosticar y manejar casos de infecciones prostéticas

¹⁵⁴ DH núms. 90-93. El doctor Miranda Aponte obtuvo su grado de doctor en medicina de la Universidad Literaria de Valencia en Valencia, España. El doctor Miranda Aponte obtuvo su licencia para practicar la medicina y cirugía en Puerto Rico en el año 1983. En el año 1991, al amparo del *Grandfather Clause*, se le concedió la especialidad en medicina de emergencias. Desde el año 1986 hasta el 1994 fue profesor de la escuela de medicina de la Universidad de Puerto Rico. No obstante, el doctor Miranda Aponte no posee especialidad en ortopedia ni en infectología. TPO a la pág. 43, líneas 3-4; pág. 44, líneas 3-4; pág. 45, líneas 21-22; pág. 56, líneas 1-10; pág. 59, líneas 1-22; pág. 61, líneas 8-11 y 15-24; pág. 62, líneas 1-10; pág. 65, líneas 7-25; pág. 66, líneas 11-14; pág. 67, líneas 3-11; pág. 70, líneas 23-25; pág. 71, línea 1. pág. 78, líneas 13-17; págs. 521-525.

¹⁵⁵ DH núm. 99. TPO a la pág. 68, líneas 1-9

¹⁵⁶ DH núm. 94. TPO a la pág. 61, líneas 12-14; pág. 62, líneas 1-4 y 11-13; pág. 66, 1-21; pág. 71, líneas 2-3.

postoperatorias.¹⁵⁷ Aunque en su informe reseñó alguna literatura médica, ésta resultó ser inaplicable al caso, ya que, según el propio doctor Miranda Aponte admitió, eran de fechas anteriores al caso.¹⁵⁸ La demás literatura citada en el informe, no comprendía información sobre el estándar de cuidado para manejos de reemplazos de rodilla e infecciones relacionadas. Más bien, proveía información dirigida a pacientes que serían sometidos a este procedimiento y a su vez, se limitaba a ofrecer información básica del procedimiento y sus posibles complicaciones.¹⁵⁹ En el juicio, el doctor Miranda Aponte declaró que descartó que la infección de la rodilla de la apelante surgió durante la cirugía que realizó el doctor Suárez Castro. A estos efectos, indicó que no podía precisar cuándo o dónde surgió la infección. Asimismo, su testimonio en cuanto a la presunta omisión del doctor Suárez Castro al no ordenar ciertas pruebas resultaron completamente desacertadas. Ello, no sólo contradujo la prueba documental presentada, sino que dista de las opiniones de los peritos en ortopedia y en enfermedades infecciosas, cuyas opiniones, contrarias a las del doctor Miranda Aponte, se apoyaron en literatura confiable y en su vasta experiencia en este tipo de casos.

Además, la prueba demostró que los estudios que según el doctor Miranda Aponte, debió realizar el doctor Suárez Castro eran innecesarios y contraindicados. Según vimos, tanto el doctor Reina Sanabria como el doctor Fernández Lugo, opinaron que conforme a la mejor práctica de la ortopedia, dichos estudios no estaban indicados a los tres meses de la apelante haber sido operada porque su valor diagnóstico en esa etapa los hacía muy poco confiables.¹⁶⁰

¹⁵⁷ DH núm. 95. TPO a la pág. 67, líneas 12-24; pág. 293; pág. 294; pág. 295, líneas 1-20.

¹⁵⁸ DH núm. 96. TPO a la pág. 68, líneas 18-25; pág. 69; pág. 292, líneas 13-25; pág. 294; pág. 295, líneas 1-20.

¹⁵⁹ DH núm. 97. TPO a la pág. 69, líneas 1-8; pág. 294, líneas 7-9; pág. 295, líneas 1-14; pág. 298 líneas 9-12.

¹⁶⁰ DH núm. 107. TPO a la pág. 767, líneas 21-24; pág. 812, líneas 1-9; pág. 1060.

Ambos peritos indicaron que estos estudios lo que demuestran es la captación del material radio nuclear en áreas de inflamación, tumores, infección o cirugías, aunque no distinguen entre una y otra condición.¹⁶¹ Además, expresaron que el estudio de resonancia magnética que el doctor Miranda Aponte indicó que el doctor Suárez Castro debió realizar tan temprano como el 23 de abril de 2012, era contrario a la práctica de la ortopedia. Al respecto, todos aseveraron que los pacientes con prótesis no podían ser objeto de estudios de resonancia magnética.¹⁶²

De otra parte, a patología resultante de la remoción de la prótesis, demostró que se trataba de una infección activa y crónica de *staphilococcus aureus*. La *staphilococcus aureus* es una bacteria que se adquiere por vía hematogena y es en extremo agresiva, por lo que ello, hizo poco creíble que la prótesis de la apelante estuviese infectada desde abril; y más aún, que no mostrara los síntomas esperados de una infección hasta más de cinco meses después.¹⁶³ Por el contrario, en este caso la apelante no pudo establecer que mientras estuvo bajo el cuidado del doctor Suárez Castro, su rodilla estuvo infectada. No es hasta el 27 de septiembre de 2012; es decir, más de dos meses después de la última intervención del doctor Suárez Castro, que por primera vez la apelante muestra signos indicativos de la posibilidad de una infección. Así pues, la prueba que tuvo ante sí el TPI estableció que la infección que sufrió la apelante se desarrolló

¹⁶¹ DH núms. 108-109. La prueba pericial demostró que los resultados de tales estudios a tres meses de una operación resultarían positivos, aun en ausencia de infección, por lo que no asistirían en el análisis diagnóstico del caso. TPO a la pág. 767, líneas 21-24; pág. 812, líneas 1-9; pág. 1060; pág. 1168, líneas 8-25; pág. 1169; pág. 1170, líneas 1-2; pág. 1172, líneas 3-9; pág. 1240, líneas 16-25.

¹⁶² DH núm. 110. TPO a la pág. 918, líneas 15-25; pág. 919, líneas 1-19; pág. 1059, líneas 23-25; pág. 1060; pág. 1153, líneas 8-24; pág. 1154, líneas 1-2; pág. 1169, líneas 19-24; pág. 1170, líneas 1-2; pág. 1172, líneas 3-9.

¹⁶³ DH núm. 139-141. TPO a la pág. 1165, líneas 5-24; pág. 1166, líneas 1-15; pág. 1167; pág. 1225, líneas 11-14; pág. 1227, líneas 11-13; pág. 1229, líneas 1-20; pág. 1230, líneas 6-8; pág. 1243, líneas 18-20; pág. 1246, líneas 21-25; pág. 1248, líneas 6-25; pág. 1249; pág. 1250, 21-25; pág. 1251, líneas 5-9.

posterior a la visita que ésta hizo al doctor Reina Sanabria, el 9 de agosto de 2012.¹⁶⁴

Por todo lo anterior, concluimos que la apelante no pudo presentar prueba que demostrase que el doctor Suárez Castro se apartara de la mejor práctica de la medicina. Por consiguiente, resulta forzoso concluir de igual forma que lo hizo el foro primario, que en este caso prevalece la presunción de corrección en el tratamiento médico que cobija al doctor Suárez Castro en el tratamiento que le brindó a la apelante. Ciertamente, la prueba pericial del apelante no estableció que el doctor Suárez Castro hubiese incurrido en conducta negligente alguna con relación al diagnóstico y tratamiento que le brindó a la apelante.

En cuanto a las alegaciones en contra del Auxilio Mutuo, si bien la apelante visitó las clínicas externas de dicha institución hospitalaria y que la cirugía en cuestión se llevó a cabo en sus facilidades, la prueba no demostró que el Auxilio Mutuo fuese responsable de los daños alegados por la apelante. Es decir, no surgió prueba alguna que estableciera que la infección que padeció la apelante fuese adquirida durante la cirugía o como consecuencia de algún acto incurrido por el personal del Auxilio Mutuo.

En fin, no existe prueba en el expediente que refute las determinaciones de hechos de la sentencia apelada. Tras un análisis ponderado de las determinaciones de hecho; así como las conclusiones de derecho que surgen de la sentencia dictada por el TPI, no se desprende ninguna inconsistencia entre lo determinado por dicho foro que incidan sobre la apreciación de la prueba. Más allá de alegar estar en desacuerdo con la apreciación de la prueba y la

¹⁶⁴ DH núm. 142-144. TPO a las págs. 752-754; pág. 1077, líneas 7-9; pág. 1085; pág. 1127, líneas 13-25; pág. 1164, líneas 1-17; pág. 1166; pág. 1219, líneas 6-23; pág. 1226; pág. 1227, líneas 1-8; pág. 1246, líneas 20-25; pág. 1247, línea 1; pág. 1249; pág. 1250, líneas 1-17; pág. 1251, líneas 1-3; pág. 1252, líneas 1-14.

adjudicación de credibilidad, la apelante no presentó evidencia ante nuestra consideración que nos permita sustituir la apreciación de la prueba, así como la adjudicación de credibilidad que hiciera el foro apelado. Nuestra intervención con la evaluación de la prueba testifical procedería si luego de un análisis integral de esa prueba, tenemos una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia, lo que no ocurre en este caso. Las determinaciones de hechos del foro apelante en cuanto a la falta de negligencia de los apelados en este proceso están sostenidas por la prueba desfilada y creída por el TPI y no hay en ellas visos de error, prejuicio o parcialidad.

Por último, nos resta examinar la alegación de la apelada en cuanto a si el TPI incidió al otorgarle a los apelados, el pago de las costas solicitadas. Según discutimos, la Regla 44.1 (a) de Procedimiento Civil, *supra*, establece que las costas que podrán concederse son los gastos incurridos necesariamente en la tramitación de un pleito o procedimiento que la ley ordena o que el tribunal, en su discreción, estima que un litigante perdidoso debe reembolsar a la parte en cuyo favor se resuelva el caso. En este caso, el TPI en el ejercicio de su discreción de la cual está facultado, aprobó el reclamo del doctor Suárez Castro de las costas y gastos incurridos por concepto de presentación, reproducción de expedientes médicos, deposiciones y prueba pericial y el del Auxilio Mutuo por concepto de los aranceles y la prueba pericial que presentó.

-IV-

Por las razones que anteceden, CONFIRMAMOS los dictámenes apelados.

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

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