

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE MAYAGÜEZ, AGUADILLA Y FAJARDO
PANEL ESPECIAL

ELENA CARMONA
ALEJANDRO; MARILÚ
VÁZQUEZ CARMONA

Apeladas

v.

DR. JOSÉ ORTIZ
FELICIANO, ET. ALS.

Apelantes

Apelación procedente
del Tribunal de
Primera Instancia,
Sala de Fajardo

Caso Núm. N
SCI2002-1058

Sobre:

Daños y Perjuicios
(Impericia Médica)

KLAN201201345
Consolidado con
KLAN201201347

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas,¹ la Juez Surén Fuentes y la Jueza Soroeta Kodesh

Soroeta Kodesh, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 17 de marzo de 2016.

Comparece el Dr. José Ortiz Feliciano (en adelante, el doctor Ortiz Feliciano o el apelante) y su aseguradora, el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria (en adelante, SIMED) (en conjunto, los apelantes), mediante los recursos de apelación de epígrafe que fueron posteriormente consolidados.² En el caso denominado alfanuméricamente KLAN201201345, el doctor Ortiz Feliciano nos solicita que revoquemos la *Sentencia Parcial* emitida el 2 de mayo de 2011 y notificada el 11 de mayo de 2011, por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Fajardo. En dicha *Sentencia Parcial*, el foro sentenciador concluyó que el doctor Ortiz Feliciano incurrió en negligencia constitutiva de mala práctica médica que le causó la muerte al Sr. Héctor Luis Vázquez Carmona (en adelante, el señor Vázquez Carmona).

¹ Mediante Orden Administrativa Núm. TA-2013-017, se designó al Juez González Vargas para entender y votar en el caso de epígrafe en sustitución del Juez Cortés Trigo por motivo de su jubilación.

² Por estimarlo procedente, el 2 de octubre de 2012, emitimos una *Resolución* en la que ordenamos la consolidación de ambos recursos, KLAN201201345 y KLAN201201347.

Igualmente, el doctor Ortiz Feliciano nos solicita que revisemos la *Sentencia* dictada el 18 de abril de 2012 y notificada el 27 de abril de 2012, en la cual el TPI declaró *Ha Lugar* la *Demanda Enmendada* y condenó a los apelantes, el doctor Ortiz Feliciano y SIMED, a pagar a la Sra. Marilú Vázquez Carmona (en adelante, la señora Vázquez Carmona o la apelada) la suma de \$25,000.00 por concepto del lucro cesante que le correspondía a la Sra. Elena Carmona Alejandro (en adelante, la señora Carmona Alejandro); \$200,000.00 por concepto de las angustias mentales y los daños sufridos por y heredados de la señora Carmona Alejandro por la señora Vázquez Carmona; y la cuantía de \$30,000.00 por concepto de angustias mentales y daños morales. Dispuso, además, que dichas cuantías acumularán el interés legal de 4.25% desde el momento en que se presentó la *Demanda* el 26 de diciembre de 2002 y hasta que sea satisfecha. Asimismo, indicó que SIMED responde hasta el máximo de la póliza expedida, por lo que el doctor Ortiz Feliciano y SIMED le responden solidariamente hasta ese máximo. Por último, el tribunal de instancia concluyó que el doctor Ortiz Feliciano y SIMED han actuado temerariamente al litigar este pleito y, en consecuencia, le impuso el pago de \$15,000.00 por concepto de honorarios de abogado a cada uno de los apelantes, el doctor Ortiz Feliciano y SIMED.

Por su parte, SIMED instó un recurso de apelación por separado en el caso denominado alfanuméricamente KLAN201201347, en el que también solicitó la revocación de los dictámenes anteriormente detallados sobre la imposición de negligencia y el resarcimiento de daños.

En particular, el doctor Ortiz Feliciano adujo que el foro primario incidió al elaborar determinaciones de hechos que no se relacionan con la prueba pericial admitida en evidencia. Además, alegó que la apelada no logró establecer un caso *prima facie* de

impericia médica. SIMED, a su vez, señaló que el TPI erró al determinar que los apelantes fueron temerarios; al permitir una sustitución de parte que se solicitó fuera del término dispuesto por ley; al conceder partidas por concepto de lucro cesante y daños morales; y al formular determinaciones de hechos sobre negligencia sin tomar en cuenta la responsabilidad de los codemandados que transigieron el pleito.

Por los fundamentos que expresamos a continuación, se revocan las *Sentencias* apeladas. Antes de atender las controversias que nos ocupan, examinamos los hechos que generaron el pleito de autos.

I.

El pleito de epígrafe originó el 26 de diciembre de 2002 con la *Demanda* por impericia médica que incoaron la señora Carmona Alejandro y la señora Vázquez Carmona en contra del doctor Ortiz Feliciano, el Dr. Manuel L. Cabrera Díaz (en adelante, el doctor Cabrera Díaz), el Hospital San Pablo del Este y SIMED. En la presente *Demanda*, alegaron que el 23 de febrero de 2002, a las 3:41 a.m., el señor Vázquez Carmona visitó la Sala de Emergencia del Hospital Caribbean Medical Center para atenderse por dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos. Los resultados de un sonograma abdominal reflejaron que el señor Vázquez Carmona padecía de colelitiasis,³ por lo que se le recetaron ciertos medicamentos y se le concedió el alta.

Durante el mismo día, se le consultó el estado de salud del paciente al doctor Ortiz Feliciano, cirujano, quien le diagnosticó colecistitis⁴ aguda con colelitiasis y recomendó el ingreso del señor Vázquez Carmona al Hospital San Pablo del Este para recibir tratamiento con antibióticos. También por recomendación del

³ Presencia de cálculos en la vesícula biliar. L. Gonzalo Sanz y otros, *Diccionario de Medicina*, 1ra Ed., Madrid, Ed. Espasa Calpe, 2001, pág. 248.

⁴ Inflación que afecta la vesícula biliar, la cual es causa frecuente de la colelitiasis. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 246.

galeno, el señor Vázquez Carmona ingresó a la Sala de Operaciones del Hospital San Pablo del Este el 24 de febrero de 2002 a las 3:00 p.m. La intervención quirúrgica comenzó a las 3:30 p.m., se extendió por aproximadamente cuarenta y cinco (45) minutos, y consistió de una colecistectomía laparoscópica⁵ para removerle la vesícula. Intervino tanto el doctor Ortiz Feliciano, cirujano, como el doctor Cabrera Díaz, anestesiólogo, entre otros.

Según las alegaciones contenidas en la *Demanda*, quince (15) minutos antes de que concluyera la intervención quirúrgica, el señor Vázquez Carmona desarrolló una bradicardia⁶ que progresó en un paro cardíaco⁷. A pesar de que se utilizaron estímulos eléctricos, drogas y resucitación cardiopulmonar por espacio de una (1) hora y treinta (30) minutos, el paciente no respondió. Se consultó al Dr. Rivas (en adelante, el doctor Rivas), cardiólogo, durante dicho periodo.⁸ En el transcurso de la emergencia, al señor Vázquez Carmona, se le colocó un marcapasos, mas este no reaccionó. Se pronunció su muerte el 24 de febrero de 2002 a las 5:35 p.m. La autopsia que practicó la Dra. Edda L. Rodríguez Morales (en adelante, la doctora Rodríguez Morales) el 27 de febrero de 2002, arrojó que el señor Vázquez Carmona murió a consecuencia de un *shock*⁹ hipovolémico¹⁰ con hemorragia¹¹.

Según la teoría que consta en la *Demanda*, el *shock* hipovolémico se produjo a consecuencia de que el doctor Ortiz Feliciano, durante la intervención quirúrgica, perforó el

⁵ Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar mediante técnica laparoscópica. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 246.

⁶ Disminución en la frecuencia cardíaca por debajo de 60 latidos por minuto. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 161. Transcripción de la Prueba Oral (en adelante, TPO), pág. 139.

⁷ Detención de la contracción cardíaca. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 943.

⁸ Del expediente y los documentos ante nuestra consideración no surge el segundo apellido de este galeno o algún otro detalle sobre su persona.

⁹ Conmoción o colapso. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 1103.

¹⁰ Estado de *shock* causado por una falta de volumen intravascular, generalmente como consecuencia de una hemorragia aguda. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 1103.

¹¹ Acúmulo no circunscrito de sangre, que se infiltra por los tejidos, tras la ruptura de un vaso sanguíneo. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 596.

retroperitoneo¹² al introducir la aguja de *veress* o uno de los trócares,¹³ lo que se reflejó en un hematoma retroperitoneal. Entre otras cosas, las demandantes, la señora Vázquez Carmona y la señora Carmona Alejandro, añadieron que el hecho de que el paciente perdiera más de 500 cc de sangre, fue otro factor que provocó su muerte. En síntesis, reclamaron a los doctores Ortiz Feliciano y Cabrera Díaz, al igual que al Hospital San Pablo del Este, por incurrir en negligencia, bajo el fundamento de que sus actos constituyeron impericia médica, tanto en la fase de evaluaciones preoperatorias como en la ejecución del procedimiento quirúrgico.¹⁴

A raíz de los hechos relatados en la *Demanda* de epígrafe, la señora Carmona Alejandro reclamó una partida ascendente a \$200,000.00 para resarcir los daños emocionales que sufrió por la muerte de su hijo. Reclamó, además, una partida que estimó en \$350.00 mensuales por la pérdida de la ayuda económica que recibía de su hijo. Por su parte, la señora Vázquez Carmona reclamó la cuantía de \$30,000.00 por los daños que sufrió a consecuencia de la muerte de su hermano.

Con posterioridad, el 17 de abril de 2003, SIMED, como aseguradora del doctor Ortiz Feliciano, presentó su *Contestación a la Demanda*. Además, el 9 de febrero de 2004, SIMED interpuso

¹² Región anatómica abdominopélvica, localizada detrás del peritoneo que contiene el páncreas, los grandes vasos abdominales, los riñones y las glándulas suprarrenales, entre otros órganos. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 1071. El peritoneo, por su parte, es definido como la membrana serosa que recubre la pared de la cavidad abdominal y las vísceras intraperitoneales. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 958.

¹³ Instrumento quirúrgico que consiste en un punzón introducido en una vaina o cánula. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 1219.

¹⁴ En la *Demanda* de autos, las demandantes alegaron específicamente: (a) que los codemandados no realizaron una evaluación adecuada, según requerida en casos de enfermedad biliar; (b) que no evaluaron si el paciente tenía deficiencias de líquidos antes de la operación; (c) que, a pesar de conocer la naturaleza de la intervención quirúrgica, no evaluaron la condición del hígado y el drenaje biliar del paciente; (d) que no identificaron correctamente las causas de la bradicardia y del arresto cardiaco, ni inspeccionaron el área operatoria; (e) que no identificaron el daño retroperitoneal causado por la introducción de la aguja de *veress* o de uno de los trócares, a pesar de que resultó en la autopsia que hubo un hematoma retroperitoneal; (f) que el doctor Ortiz Feliciano no convirtió el procedimiento en uno abierto, con lo que hubiera corregido el problema; y (g) que el doctor Cabrera Díaz no corrigió la hipovolemia agresivamente.

una *Demanda Contra Co-Parte* en contra del doctor Cabrera Díaz y el Hospital San Pablo del Este. Por su parte, el doctor Cabrera Díaz incoó una *Contestación a Demanda Contra Co-Parte* el 3 de marzo de 2004. A su vez, el 3 de mayo de 2004, SIMED presentó una *Contestación Enmendada a la Demanda*.

De otra parte, el 5 de marzo de 2004, el Hospital San Pablo del Este y el doctor Cabrera Díaz llegaron a un *Acuerdo de Transacción Parcial* con la parte demandante por la cuantía de \$45,000.00. Por consiguiente, el 5 de julio de 2006, notificada el 14 de julio de 2006, el TPI dictó una *Sentencia Parcial* en la que aprobó un acuerdo transaccional suscrito entre el Hospital San Pablo del Este y el doctor Cabrera Díaz con la parte demandante. En virtud de dicho acuerdo, la parte demandante aceptó una suma de dinero con la cual desistió con perjuicio de reclamar por cualquier daño sufrido a consecuencia de los actos de los mencionados codemandados, relacionados al incidente que dio comienzo a la *Demanda* de autos. Además, asumió la responsabilidad por cualquier grado de culpa o negligencia que, durante el litigio, se le pudiera imputar a los codemandados que figuraron en el acuerdo. Así pues, según se hizo constar ante el foro primario, se limitaría a cobrar el importe de la sentencia correspondiente al por ciento de culpa o negligencia atribuibles a los codemandados restantes, según lo determinara el tribunal sentenciador.¹⁵

Subsecuentemente, el doctor Ortiz Feliciano presentó su *Contestación a Demanda* el 15 de diciembre de 2006. Adujo que intervino con el paciente de forma diligente, prudente y razonable, y no incurrió en actos negligentes. Manifestó que el tratamiento médico ofrecido al señor Vázquez Carmona se ajustó al estado de

¹⁵ Véase, *Acuerdo de Transacción Parcial*, Exhibit VI, págs. 23-26 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

conocimiento de la ciencia en las prácticas prevalecientes de la medicina, satisfaciendo las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica para el tipo de condición que presentaba el paciente. Añadió que al tratamiento ofrecido en su intervención con el señor Vázquez Carmona le cobija una presunción de corrección al efecto de que se utilizó un grado razonable de cuidado y que el tratamiento médico ofrecido fue uno adecuado, correspondiendo a la parte demandante la obligación de rebatir dicha presunción mediante la presentación de prueba directa de negligencia y de causalidad a través de testimonio pericial.

Las partes presentaron un *Informe de Conferencia con Antelación al Juicio* el 16 de noviembre de 2007. El juicio en su fondo para dilucidar el aspecto de negligencia y relación causal se celebró los días 16, 17, 18 y 19 de diciembre de 2008; el 13 y 14 de abril de 2009; y el 23 de febrero de 2010. La parte demandante presentó los testimonios de la señora Vázquez Carmona, hermana del señor Vázquez Carmona; del Dr. Pedro Lugo Calzada (en adelante, el doctor Lugo Calzada), perito anesthesiólogo; del doctor Cabrera Díaz, anesthesiólogo que atendió al señor Vázquez Carmona; del Dr. Tomás E. Torres Delgado (en adelante, el doctor Torres Delgado), perito en materia de cirugía; y de la doctora Rodríguez Morales, patóloga forense y perito de ocurrencia. La parte apelante, por su parte, ofreció el testimonio del doctor Ortiz Feliciano; de la doctora Kathia E. Rosado Orozco (en adelante, la doctora Rosado Orozco), perito en gastropatología anatómica y clínica; y del Dr. Gilberto Rodríguez Morales (en adelante, el doctor Rodríguez Morales), perito cirujano.

Las partes estipularon los siguientes documentos como prueba documental estipulada:

Exhibit 1 – Record médico Caribbean Medical Center de Fajardo sobre Héctor Vázquez Carmona

Exhibit 2 - Record médico del Hospital San Pablo del Este de Fajardo sobre Héctor Vázquez Carmona

Exhibit 3 - Informe Médico Forense (autopsia núm. 0934-02) del señor Vázquez Carmona preparado por la doctora Rodríguez Morales

Exhibit 4 - Certificado de nacimiento a favor de Marilú Vázquez Carmona

Exhibit 5 - Certificado de nacimiento a favor de Héctor L. Vázquez Carmona

Exhibit 6 - Certificado de nacimiento de Elena Carmona Alejandro

Exhibit 7 - Certificado de defunción a favor de Héctor L. Vázquez Carmona

Exhibit 8 - Póliza de seguro expedida por SIMED

Exhibit 9 - *Curriculum Vitae* del Dr. Pedro Lugo Calzada

Exhibit 10 - *Curriculum Vitae* del Dr. Tomás M. Torres Delgado

Exhibit 11 - *Curriculum Vitae* del Dr. José Ortiz Feliciano

Exhibit 12 - *Curriculum Vitae* de la Dra. Kathia E. Rosado Orozco, Patóloga

Exhibit 13 - *Curriculum Vitae* del Dr. Gilberto Rodríguez Morales

Según lo detallado en las *Minutas* de las vistas en su fondo celebradas ante el foro sentenciador, como prueba documental de la parte demandante se ordenó marcar los siguientes exhibits:

Exhibit 1 – Informe Pericial del Dr. Pedro Lugo Calzada

Exhibit 2 – Informe Médico Pericial del Dr. Tomás Torres Delgado

Exhibit 3 – Literatura Médica “Basics of Anesthesia”

De otra parte, como prueba documental del codemandado, doctor Ortiz Feliciano, se marcaron los exhibits que se detallan a continuación:

Exhibit 1 – Literatura Médica

Exhibit 2 – Copia del Informe del Perito, Dr. Gilberto Rodríguez Morales

Exhibit 3 – Copia de las páginas 142, 143, 242 y 243 del Libro utilizado como referencia: “Pharmacology & Physiology in Anesthetic Practice”

Igualmente, se desprende de la *Minuta* del 16 de diciembre de 2008 que forma parte de los autos originales, que el TPI hizo constar que, según indicaron los representantes legales de las partes, se estipuló que del record de sala de operaciones no surge que a las 4:05 p.m. el doctor Ortiz Feliciano había sido notificado de la baja presión arterial del paciente.

Luego de aquilatar la prueba testifical, pericial y documental, el 2 de mayo de 2011, notificada a las partes el 11 de mayo de 2011, el TPI emitió una *Sentencia Parcial* en la que el foro primario formuló las determinaciones de hechos que en adelante sintetizamos.¹⁶

El 23 de febrero de 2002, aproximadamente a las 3:41 a.m., el señor Vázquez Carmona, de treinta y un (31) años de edad y soltero, acudió a la Sala de Emergencias del Caribbean Medical Center de Fajardo en busca de atención médica por síntomas que incluían dolor abdominal, náuseas y vómitos. Después de ser examinado, se le concedió el alta a las 5:20 a.m., pero se le instruyó acudir a su médico primario en las próximas veinticuatro (24) horas.

El mismo día, 23 de febrero de 2002, a las 11:14 a.m., el señor Vázquez Carmona acudió a la Sala de Emergencias del Hospital San Pablo del Este en Fajardo donde, luego de un sonograma abdominal, se le diagnosticó colecistitis aguda. Tenía el pulso en 70, la respiración en 18 por minuto y la presión sanguínea en 121/81 mmHg. A las 3:00 p.m., el doctor Ortiz Feliciano recomendó su admisión al Hospital San Pablo del Este para que fuera sometido a una operación de colecistectomía laparoscópica. A las 6:00 p.m., fue evaluado por el Dr. Pastrana,

¹⁶ Véase, *Sentencia Parcial*, Exhibit XV, págs. 3-18 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

internista, que le realizó una evaluación cardiopulmonar y le dio el visto bueno para la intervención quirúrgica.¹⁷

Al próximo día, 24 de febrero de 2002, el doctor Ortiz Feliciano volvió a evaluar al paciente, ya que continuaba con dolor agudo. Así pues, a las 3:00 p.m. del 24 de febrero de 2002, el señor Vázquez Carmona ingresó a la Sala de Operaciones para ser sometido a la intervención quirúrgica. El doctor Cabrera Díaz realizó la evaluación previa a la anestesia y concluyó que no existía contraindicación alguna para la cirugía, por lo que clasificó al paciente como de riesgo mínimo. A las 3:00 p.m., le indujo al paciente la anestesia con oxígeno por mascarilla sin que se manifestara problema alguno con los medicamentos. Según lo dictaminado por el foro primario, el doctor Cabrera Díaz estuvo en sala en todo momento. Añadió que aunque los medicamentos administrados (Xylocaína, Diprivan y Forano) pueden causar bradicardia, se metabolizan en menos de cinco (5) minutos, por lo que tal efecto secundario hubiera surgido de inmediato.

La cirugía, que comenzó a las 3:30 p.m., se realizó bajo anestesia general. El doctor Ortiz Feliciano hizo una incisión periumbilical, es decir, en el área que rodea el ombligo.¹⁸ Introdujo la aguja de *veress*, insufló¹⁹ bióxido de carbono (CO₂) en la cavidad abdominal e introdujo los trócares y la endocámara a través del primer trócar. Luego removi6 la vesícula y colocó las grapas (“*clips*”) a la arteria y al ducto cístico.

Hasta las 4:00 p.m., el paciente se mantuvo estable. Sus signos vitales se encontraban dentro de niveles normales hasta después de dicha hora, cuando la presión sanguínea y el pulso comenzaron a bajar. Según estimó probado el foro primario, el

¹⁷ Del expediente y los documentos ante nuestra consideración no surge el segundo apellido de este galeno o algún otro detalle sobre su persona.

¹⁸ L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 959.

¹⁹ Introducción de aire en una cavidad u órgano. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 690.

doctor Cabrera Díaz informó al doctor Ortiz Feliciano y le especificó que el problema no se debía a la anestesia. El doctor Ortiz Feliciano le contestó que no había ningún problema con el paciente. A pesar de ello, a las 4:05 p.m., el doctor Cabrera Díaz notó el descenso en el pulso y la presión sanguínea, por lo que procedió a discontinuar los gases anestésicos y a ventilar al paciente con oxígeno puro. Después de remover la vesícula, lo que le tomó aproximadamente entre treinta (30) y cuarenta y cinco (45) segundos, irrigó²⁰ la cavidad abdominal. A tenor con las determinaciones de hechos del foro *a quo*, el récord médico del doctor Ortiz Feliciano indica que la pérdida de sangre fue de 20 cc, en total. Consta, además, que la bradicardia comenzó después de la operación.

A las 4:10 p.m., el paciente sufrió una caída brusca en la presión arterial, acompañada de bradicardia severa. Surge de las determinaciones de hechos del foro apelado que, aunque el doctor Cabrera Díaz le informó al doctor Ortiz Feliciano sobre la condición del paciente, este último entendió que la situación era normal, por lo que extrajo el bióxido de carbono del abdomen del paciente, retiró los trócares y cerró la pequeña incisión que hizo para insertar la aguja *veress*. La intervención quirúrgica por parte del doctor Ortiz Feliciano concluyó a las 4:15 p.m. A esa misma hora, el doctor Cabrera Díaz inició las medidas de resucitación o estimulación del corazón con drogas. Según el récord médico, se trató al paciente con Adrenalina,²¹ Bicarbonato de Sodio, Dextrostic 25 mg y Atropina. Además, el doctor Cabrera Díaz practicó la desfibrilación²² al paciente y el doctor Ortiz Feliciano

²⁰ Lavado de una cavidad del cuerpo. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 705.

²¹ Fármaco utilizado para el tratamiento del *shock* y algunas paradas cardíacas. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 31.

²² Eliminación de la fibrilación auricular o ventricular mediante la aplicación de una corriente eléctrica continua, aplicada generalmente a través del tórax. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 337.

canuló²³ [sic] la vena subclavia derecha. Posteriormente, a las 4:55 p.m., el doctor Rivas intervino con el paciente a los fines de insertarle un marcapasos, pero no tuvo éxito. Así las cosas, a las 5:35 p.m., se declaró la muerte del señor Vázquez Carmona.

El 27 de febrero de 2002, la doctora Rodríguez Morales, patóloga forense del Instituto de Ciencias Forenses, rindió un informe médico sobre la autopsia que le practicó al señor Vázquez Carmona del que se desprende que había 400 cc de sangre líquida en la cavidad abdominal y coágulos de sangre equivalentes a 450 gramos. También halló coágulos de sangre en el lecho de la vesícula e infiltrado hemorrágico del tejido blando periaórtico y alrededor de la vena inferior. La doctora Rodríguez Morales concluyó que la causa de muerte fue un *shock* hipovolémico por complicación de colecistectomía por laparoscopia.

Al formular las determinaciones de hechos, el foro sentenciador destacó que el expediente del doctor Ortiz Feliciano carece de información sobre los resultados del hematocrito, la hemoglobina y la canulación [sic] de la vena subclavia derecha que se le realizó al paciente a las 4:44 p.m. Tampoco constan en el expediente datos importantes como la presión y la cantidad de bióxido de carbono que se le insufló al paciente en la cavidad abdominal.

De conformidad con las conclusiones del foro primario, durante el procedimiento de remoción de vesícula por laparoscopia pueden ocurrir complicaciones como la perforación de mesenterio,²⁴ del retroperitoneo, de un vaso sanguíneo grande como la aorta, de arterias grandes, de la vena portal o de la vena

²³ La cánula es un tubo abierto por ambos extremos, que introduce en un conducto o cavidad, ayudado por un trócar en su interior. “Canular” se refiere al acto de introducir un catéter en un conducto generalmente vascular, arteria o vena, para infusión de líquidos, extracción de sangre o pruebas diagnósticas. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 178.

²⁴ Membrana revestida de peritoneo que fija las asas intestinales a la pared posterior del abdomen. Por el mesenterio caminan los vasos y nervios que están destinados a las asas intestinales. L. Gonzalo Sanz y otros, *op. cit.*, pág. 801.

cava. Igualmente, estimó probado que es importante tomar en cuenta la cantidad de bióxido de carbono que se administra debido a que el exceso puede obstruir el retorno de la sangre al corazón a través de la vena cava, lo que representa otro riesgo de *shock*, bradicardia o paro cardíaco. Ante tales posibilidades, la mejor práctica de la medicina requiere inspeccionar la cavidad abdominal tan pronto se inserte la endocámara por el primer trócar y antes de introducir los demás, de manera que se pueda descartar que se haya causado algún daño. Asimismo, se debe inspeccionar la cavidad abdominal antes de cerrar las heridas, de extraer el bióxido de carbono y de finalizar la cirugía.

Por último, el foro sentenciador concluyó que el doctor Ortiz Feliciano omitió inspeccionar la cavidad abdominal e ignoró el alerta que le hizo el doctor Cabrera Díaz sobre la condición del paciente, con lo que hubiera notado la hemorragia y, por ende, hubiera podido brindar al paciente el tratamiento correcto para evitar su muerte. Por consiguiente, el foro apelado estimó probado que la conducta negligente del doctor Ortiz Feliciano, constitutiva de mala práctica médica, fue lo que causó la muerte al señor Vázquez Carmona.²⁵

Inconforme con la anterior determinación, el doctor Ortiz Feliciano y SIMED interpusieron una *Moción Solicitando Reconsideración* el 25 de mayo de 2011, la cual fue declarada *No Ha Lugar* en una *Resolución* emitida el 20 de junio de 2011 y notificada el 27 de junio de 2011. Insatisfecho aún, el doctor Ortiz Feliciano recurrió ante este Tribunal de Apelaciones mediante un recurso de *certiorari* presentado en el caso denominado alfanuméricamente KLCE20110968, en el que solicitó que se dejara sin efecto la referida *Sentencia Parcial* en la que se le imputó

²⁵ Cabe destacar que aunque el foro primario determinó que el doctor Ortiz Feliciano fue negligente al omitir revisar la cavidad abdominal, no especificó lo que estimó fue la causa del sangrado.

negligencia constitutiva de impericia médica luego de que las partes accedieran a bifurcar los procedimientos ante el foro apelado.²⁶ Debido a que la *Sentencia Parcial* no contenía una disposición relativa a que era final por no existir razones para posponerlo hasta que culminara el pleito, el 26 de mayo de 2011, notificada el 31 de mayo de 2011, otro Panel de este Tribunal²⁷ dictó una *Resolución* en la que denegó expedir el auto de *certiorari* al tratarse de una resolución interlocutoria que no era ejecutable, por lo cual razonó que este Foro no tenía jurisdicción para atender la controversia.²⁸

El 10 de agosto de 2011, la señora Vázquez Carmona instó una *Moción de Sustitución de Parte* en la cual notificó que la codemandante, la señora Carmona Alejandro, había fallecido en el estado de Texas el 25 de junio de 2010. Por lo tanto, adujo que heredaba la causa de acción y los daños sufridos por su madre con relación a la pérdida de su hijo, el señor Vázquez Carmona. A su vez, el 25 de agosto de 2011, SIMED presentó una *Oposición a Moción de Sustitución de Parte* en la que indicó que el petitorio de sustitución de parte se realizó luego de transcurrido un (1) año desde el fallecimiento de la señora Carmona Alejandro, en contravención a lo dispuesto por la Regla 22.1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V R. 22.1, que provee treinta (30) días para ello. Por su parte, el 26 de agosto de 2011, la señora Vázquez Carmona interpuso una *Réplica a Escrito Titulado "Oposición a Moción de Sustitución de Parte"*. El 14 de septiembre de 2011, SIMED incoó una *Dúplica a Réplica*.

Atendidas las mociones de las partes, el 2 de diciembre de 2011, el TPI celebró una Conferencia Sobre el Estado de los

²⁶ Véase, recurso de *certiorari*, Exhibit XVIII, págs. 81-111 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

²⁷ Panel constituido por su presidente, el Juez Escribano Medina, el Juez Bermúdez Torres y la Juez Ortiz Flores.

²⁸ Véase, *Resolución*, Exhibit XIX, págs. 112-115 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

Procedimientos. El foro apelado dictó una *Minuta Resolución* transcrita el 14 de diciembre de 2011 y notificada el 20 de diciembre de 2011, en la que concedió la sustitución de parte. Además, reconoció a la parte demandante todos los derechos que hubiera tenido si la señora Vázquez Carmona hubiera presentado un pleito independiente reclamando los daños que heredó. Asimismo, concedió diez (10) días a la parte demandante para presentar una demanda enmendada para incorporar la sustitución de parte. Conforme a lo dispuesto, el 8 de diciembre de 2011, dicha parte incoó una *Demanda Enmendada*. El 21 de febrero de 2012, SIMED presentó una *Contestación a Demanda Enmendada*.

Culminados los procedimientos de rigor, el 12 de marzo de 2012, se celebró la vista evidenciaría para dilucidar los daños en la que testificó únicamente la señora Vázquez Carmona. Se desprende de la *Minuta* de la vista evidenciaría llevada a cabo en la fecha indicada que obra en los autos originales que la parte demandante sometió aquellas preguntas y respuestas dirigidas a los daños contenidas en la deposición tomada el 10 de julio de 2004 a la fallecida, señora Carmona Alejandro, a solicitud de la parte demandada.

El 15 de marzo de 2012, la demandante presentó una *Moción Solicitando Permiso Para Radicar Memorándum Post Vista en su Fondo*. En consecuencia, el 29 de marzo de 2012, el foro primario emitió una *Orden* en la cual concedió un término a las partes para presentar un memorando de derecho en torno a lo siguiente: (1) valoración de daños; (2) procedencia de los daños económicos solicitados; y (3) si los apelantes incurrieron en temeridad. El 3 de abril de 2012, la señora Vázquez Carmona presentó un *Memorándum de Derecho Sobre Daños y Temeridad*. Por su parte, el 17 de abril de 2012, el doctor Ortiz Feliciano interpuso su *Memorando de Derecho en Cumplimiento con la Orden del 29 de*

marzo de 2012. Igualmente, el 17 de abril de 2012, SIMED instó un *Memorando en Cumplimiento de Orden*.

Así las cosas, el 18 de abril de 2012,²⁹ notificada el 27 de abril de 2012, el TPI dictó una *Sentencia* sobre la cuantía de los daños.³⁰ En primer lugar, el foro primario destacó que en agosto de 2011, la codemandante, la señora Vázquez Carmona, solicitó sustituir a su difunta madre, la señora Carmona Alejandro, como heredera de sus causas de acción relacionadas a la controversia de epígrafe. En una vista celebrada en diciembre de 2011, se concedió la sustitución de parte toda vez que, según se hizo constar, la solicitante, la señora Vázquez Carmona, es la única heredera de la señora Carmona Alejandro.³¹ El TPI resaltó que aunque la solicitud de sustitución fue tardía, no era conveniente desestimar la *Demanda*, ya que la señora Vázquez Carmona podía presentar una causa de acción independiente por los mismos hechos, lo que es contrario a la Regla 1 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V R. 1.³²

Con el testimonio de la señora Vázquez Carmona, el foro primario le concedió la suma de \$25,000.00 por concepto de la acción de lucro cesante que le correspondía a su madre, la señora Carmona Alejandro.³³ Asimismo, concedió la cuantía de \$200,000.00 por las angustias mentales y los daños emocionales sufridos por la señora Carmona Alejandro y heredados por la señora Vázquez Carmona. Además, estimó los daños y angustias

²⁹ En dicha *Sentencia*, se consignó que fue emitida el 18 de abril de 2011 cuando debió hacer constar que se emitió el 18 de abril de 2012.

³⁰ Véase, *Sentencia*, Exhibit XXVII, págs. 144-158 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

³¹ Véase, *Minuta*, Exhibit XXIII, págs. 123-126 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

³² La Regla 1 de Procedimiento Civil, *supra*, provee lo siguiente: “Estas reglas regirán todos los procedimientos de naturaleza civil ante el Tribunal General de Justicia. Se interpretarán de modo que faciliten el acceso a los tribunales y el manejo del proceso, de forma que garanticen una solución justa, rápida y económica de todo procedimiento”.

³³ El TPI calculó que el señor Vázquez Carmona concedía \$250.00 mensuales a su madre, la señora Carmona Alejandro. A tenor con lo anterior, luego de calcular lo correspondiente al periodo de febrero de 2002 hasta junio de 2010, concedió una partida de \$25,000.00.

mentales de la señora Vázquez Carmona en \$30,000.00. El foro primario decretó que las sumas concedidas acumularían el interés legal correspondiente a 4.25% desde que se presentó la *Demanda* el 26 de diciembre de 2002 y hasta que fueran satisfechas. Indicó que SIMED responde hasta el máximo de la póliza expedida, por lo que hasta ese máximo el doctor Ortiz Feliciano y SIMED le responden a la señora Vázquez Carmona solidariamente. Igualmente, el foro sentenciador concluyó que el doctor Ortiz Feliciano y SIMED fueron temerarios al litigar un caso de clara negligencia constitutiva de mala práctica médica, durante nueve (9) años. Por último, impuso a cada uno de los demandados, aquí apelantes, el doctor Ortiz Feliciano y a SIMED, el pago de \$15,000.00 por concepto de honorarios de abogado. Asimismo, señaló que concedería gastos y costas.

Insatisfechos con el aludido dictamen, el 11 de mayo de 2012, SIMED presentó una *Solicitud de Determinaciones de Hechos y Derecho Adicionales y Solicitud de Reconsideración*. Por su parte, el 14 de mayo de 2012, el doctor Ortiz Feliciano instó una *Moción Solicitando Reconsideración*. Además, en igual fecha, el doctor Ortiz Feliciano interpuso una *Moción Solicitando Determinaciones de Hechos Adicionales*. En una *Orden* emitida el 25 de mayo de 2012 y notificada el 20 de junio de 2012, el tribunal de instancia le concedió un término de veinte (20) días a la señora Vázquez Carmona para presentar su posición. En cumplimiento con lo anterior, el 28 de junio de 2012, la señora Vázquez Carmona presentó una *Oposición a Mociones de Reconsideración y Determinaciones de Hechos Adicionales de los Demandados*.

Mediante una *Resolución* emitida el 6 de julio de 2012 y notificada el 9 de julio de 2012, el TPI declaró *No Ha Lugar* las solicitudes de reconsideración y determinaciones de hechos

adicionales.³⁴ El 11 de julio de 2012, se emitió una *Notificación Enmendada* de la *Resolución* dictada el 6 de julio de 2012.

Inconforme con el referido dictamen, el doctor Ortiz Feliciano presentó un recurso de apelación (KLAN201201345) y adujo dos (2) señalamientos de error:

Erró el TPI al incluir en la sentencia determinaciones de hechos que no se sustentan por la prueba desfilada en el juicio, al no concederle crédito a la prueba pericial de la parte [demandada] y al no concederle crédito a la literatura médica admitida en evidencia.

Erró el TPI al imponerle responsabilidad al Dr. Ortiz Feliciano a pesar de no haberse establecido un caso *prima facie* de mala práctica en su contra.

Por su parte, SIMED presentó un recurso de apelación (KLAN201201347) en el que señaló que el tribunal de instancia cometió los siguientes errores:

Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia en claro error motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad en su Sentencia del 18 de abril de 2012, al determinar que SIMED actuó con temeridad e imponerle el pago de \$15,000.00 en honorarios de abogado.

Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia en su Sentencia motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad al determinar que las sumas concedidas acumularán el interés legal de 4.25% desde el momento en que se presentó la demanda el 26 de diciembre de 2002 y hasta que sea satisfecha, equivocadamente al determinar que las partes demandadas fueron temerarias.

Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia en su Sentencia al permitir la sustitución de parte de la codemandante Marilú Vázquez Carmona por la fallecida Elena Carmona Alejandro en violación a la Regla 22.1B de Procedimiento Civil en claro error de derecho motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad.

Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia en su Sentencia de daños al conceder a la demandante Marilú Vázquez Carmona la suma de \$25,000.00 por concepto de lucro cesante que le correspondía a Elena Carmona Alejandro y la cuantía concedida por concepto de angustias mentales y daños morales sufridos y heredados de Elena Carmona Alejandro, motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad.

³⁴ Véase, *Resolución*, Exhibit XXIX, págs. 166-168 del Apéndice del recurso de apelación de SIMED.

Erró el Tribunal de Primera Instancia en su Sentencia de negligencia y la sentencia de daños y la cuantía otorgada por daños a la demandante fallecida Elena Carmona Alejandro motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad.

Erró el Honorable Tribunal en su Sentencia en claro error motivado por pasión, perjuicio [sic] y parcialidad al no hacer determinaciones de hechos relacionadas, a la negligencia y contribución económica de los demandantes que transigieron y se fueron del pleito.

El 13 de agosto de 2012, SIMED presentó una *Solicitud de Consolidación* en la que informó la presentación de otro recurso de apelación instado por el doctor Ortiz Feliciano, por los mismos hechos y controversia, por lo que se solicitó la consolidación de los recursos de apelación incoados. La señora Vázquez Carmona compareció el 21 de agosto de 2012 mediante una moción en la que se allanó a la solicitud de consolidación de los pleitos. Por lo tanto, el 2 de octubre de 2012, emitimos una *Resolución* en la que consolidamos ambos recursos.

Luego de los trámites apelativos de rigor concernientes a la transcripción de la prueba oral y otros asuntos, el 15 de octubre de 2012, el doctor Ortiz Feliciano instó un *Alegato Suplementario a la Apelación*. A su vez, el 2 de noviembre de 2012, SIMED presentó un *Suplemento al Escrito de Apelación de SIMED*. Por su parte, el 6 de diciembre de 2012, la apelada presentó su *Alegato de la Parte Apelada*.

Subsiguientemente, a los fines de tener ante nuestra consideración la totalidad de la prueba documental desfilada y constatar los procedimientos acaecidos ante el foro *a quo*, el 25 de febrero de 2016, solicitamos que nos remitieran el expediente perteneciente al TPI en calidad de préstamo.

Con el beneficio de las comparecencias de las partes, sus alegatos suplementarios, la extensa transcripción de la prueba oral y los autos originales, incluyendo la prueba documental, procedemos a exponer el derecho aplicable.

II.

A.

Es norma reiterada que, como foro apelativo, no debemos intervenir con las determinaciones de hechos que hace un Tribunal de Primera Instancia ni sustituir nuestro criterio por el del juzgador. *Rivera Menéndez v. Action Service*, 185 DPR 431, 448-449 (2012). Tal deferencia es necesaria debido a que fue el foro de instancia el que tuvo la oportunidad de examinar a los testigos y, por ende, está en mejor posición para adjudicar credibilidad. *Ramos Acosta v. Caparra Dairy, Inc.*, 113 DPR 357, 365 (1982); *Ortiz v. Cruz Pabón*, 103 DPR 939, 947 (1975).

Sin embargo, hemos reiterado que aunque el arbitrio del juzgador de hechos es muy respetable, no es absoluto. Por lo tanto, si la apreciación de la prueba fue errónea, no estará inmune ante la función revisora de los tribunales. *Ramos Acosta v. Caparra Dairy, Inc.*, supra. Ahora bien, tal 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. *Pueblo v. Irizarry*, 156 DPR 780, 797, 798 (2002). Conforme a tal principio, los foros apelativos podrán intervenir con la apreciación de la prueba testifical que haga el juzgador de los hechos cuando haya mediado pasión, prejuicio o parcialidad, o error manifiesto. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 772 (2013); *Rodríguez, et al. v. Hospital, et al.*, 186 DPR 889, 908-909 (2012). Igualmente, se podrá intervenir con la apreciación de la prueba cuando, luego de un examen detenido de la misma, el foro revisor se convenza que el juzgador descartó injustificadamente elementos probatorios importantes o de que fundamentó su criterio en testimonios de escaso valor o inherentemente improbables. *C. Brewer P.R., Inc. v. Rodríguez*,

100 DPR 826, 830 (1972); *Pueblo v. Luciano Arroyo*, 83 DPR 573, 581 (1961).

Entretanto, se podrá 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”. *González Hernández v. González Hernández*, 181 DPR 746, 777 (2011); *Pueblo v. Santiago et al.*, 176 DPR 133, 148 (2009). Asimismo, se exceptúan de la regla de deferencia las determinaciones de hechos que se apoyan exclusivamente en prueba documental o pericial, ya que los tribunales apelativos están en idéntica posición que el foro inferior al examinar ese tipo de prueba. *González Hernández v. González Hernández*, supra.

En síntesis, si no percibimos que el foro recurrido haya cometido un error manifiesto en la aplicación del derecho, que haya indicios de pasión, prejuicio o parcialidad en la apreciación de la prueba, no nos corresponde sustituir su juicio por nuestras apreciaciones, basadas en un examen del expediente del caso, excepto si luego de realizar un balance racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y de los documentos que obran en autos, llegamos a unas conclusiones distintas a las del foro primario. *González Hernández v. González Hernández*, supra.

Por otra parte, por ser de particular importancia al caso que nos ocupa, recalamos que, como foro revisor, estamos en igual posición que el foro primario para examinar y apreciar la prueba documental y testifical bajo nuestros propios criterios. *Dye-Tex de P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 DPR 658, 662 (2000).

B.

En cuanto a la presentación de prueba pericial, la Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI R. 702, dispone, en lo pertinente,

que “[c]uando 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 [perito] -conforme a la Regla 703- podrá testificar en forma de opiniones o de otra manera”. Sobre las cualificaciones requeridas a los testigos peritos, la Regla 703 de Evidencia, *supra*, dispone que “[t]oda persona está calificada para declarar como testigo pericial si posee especial conocimiento, destreza, experiencia, adiestramiento o instrucción suficiente para calificarla como experta o perita en el asunto sobre el cual habrá de prestar testimonio.” 32 LPRA Ap. VI R. 703.

En estos casos, el Tribunal de Primera Instancia determinará el valor probatorio que merece el testimonio del perito. La propia Regla 702 de Evidencia, *supra*, se ocupa de establecer los criterios para adjudicar el valor probatorio de un testimonio pericial. Los criterios son los siguientes:

El valor probatorio del testimonio dependerá, entre otros, de:

- (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.

La admisibilidad del testimonio pericial será determinada por el Tribunal de conformidad con los factores enumerados en la Regla 403. *Id.*

Así también, la Regla 704 de Evidencia, *supra*, establece el amplio panorama de datos percibidos que pueden servir como fundamento para sustentar el testimonio pericial. Según esta Regla, un testigo perito podrá fundamentar sus opiniones en los

hechos o datos que haya percibido, en los que estén dentro de su conocimiento personal o en los que haya conocido durante el juicio o vista. “Si se trata de materia de naturaleza tal que las personas expertas en ese campo razonablemente descansan en ella para formar opiniones o hacer inferencias sobre el asunto en cuestión, los hechos o datos no tienen que ser admisibles en evidencia.”

Regla 704 de Evidencia, *supra*.

Conforme a la norma general de admisibilidad de evidencia pertinente recogida en las Reglas 401 y 402 de Evidencia, *supra*, el tribunal solamente debe excluir prueba pericial si considera que su valor probatorio está sustancialmente superado por las consideraciones expuestas en la Regla 403 de Evidencia, *supra*, a saber: perjuicio indebido, confusión o desorientación, dilación de los procedimientos o prueba repetitiva e innecesaria. De presentarse una objeción sobre la admisibilidad de la prueba pericial, “[...] el tribunal deberá hacer una determinación al amparo de la Regla 403”. E.L. Chiesa, *Reglas de Evidencia 2009*, Estados Unidos, Publicaciones JTS, 2009, pág. 221.

Según el texto de la Regla 702 de Evidencia, *supra*, el tribunal cuenta con la discreción para permitir o eliminar el testimonio a la luz de los riesgos indeseados que contempla la Regla 403 del mismo cuerpo normativo, *supra*. No es suficiente que pese más el elemento negativo que el valor probatorio, sino que para excluir evidencia pertinente, el tribunal debe estimar que el valor probatorio de la evidencia queda sustancialmente superado por la presencia de cualquiera de los elementos a los que se alude en la Regla. Dicho estándar protege el principio fundamental establecido en la Regla 402 de Evidencia, *supra*: admitir toda evidencia pertinente en ausencia de regla de exclusión aplicable. E.L. Chiesa, *op. cit.*, pág. 116. En torno a la discreción conferida a los tribunales, Emmanuelli Jiménez expresa que:

Bajo la jurisprudencia previa a la nueva Regla 702, los tribunales mantenían amplia discreción para aceptar o rechazar la prueba pericial. Sin embargo, opino que ya no es un asunto de mera discreción judicial sino que el tribunal tiene que analizar y ponderar los factores de valor probatorio de la Regla 702 y combinarlos con la 403 para poder justificar válidamente una determinación de descartar un testimonio pericial. R. Emmanuelli Jiménez, *Prontuario de Derecho Probatorio Puertorriqueño, Nuevas Reglas de Evidencia 2010, supra*, a la pág. 415 (Nota al calce omitida).

De lo anterior se desprende que la discreción del foro de instancia al emitir juicio sobre la admisibilidad y valor probatorio de un testimonio pericial no es irrestricta, ya que tal ejercicio de adjudicación está regido por las guías de las nuevas Reglas de Evidencia de 2009. Lo contrario constituiría abuso de discreción. Rolando Emmanuelli Jiménez, *La Nueva Regla 702, un cambio fundamental en la presentación de prueba pericial, supra*, pág. 348.

Asimismo, los foros apelativos nos regiremos por tales criterios a la hora de examinar la admisibilidad y el valor probatorio de los testimonios expertos. Tal juicio será necesario para establecer si erró el foro primario al admitir, excluir o apreciar la prueba pericial. Claro está, siempre se considerará el efecto del error, conforme lo disponen las Reglas 104 y 105 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI. Rolando Emmanuelli Jiménez, *op. cit.*, pág. 349.

C.

La teoría sobre daños y perjuicios, cimentada en el Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141, establece que quien por acción u omisión cause daño a otro, mediando culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365, 374 (2012); *Cintrón Adorno v. Gómez*, 147 DPR 576, 598 (1999). Para hacer una reclamación bajo dicho precepto es necesario que concurran los siguientes elementos: (1) un acto u omisión negligente o culposa; (2) el daño; y (3) la relación causal entre el acto u omisión culposa o negligente

y el daño sufrido. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 843 (2010); *Pons v. Engebretson*, 160 DPR 347, 354 (2003); *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, 125 DPR 294, 308 (1990).

Con relación al primer requisito, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado que el concepto “culpa” del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*, es tan amplio y abarcador como suele ser la conducta humana e incluye cualquier falta de una persona que produce un mal o daño. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*. Ahora bien, esta culpa o negligencia consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y que corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. La diligencia exigible en estos casos es la que le correspondería ejercer a un buen padre de familia o un hombre prudente y razonable. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*; *Elba A.B.M. v. U.P.R.*, *supra*, a la pág. 309.

Este deber de cuidado consiste en la obligación de todo ser humano de anticipar el peligro de ocasionar daños, cuya probabilidad es razonablemente previsible. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*, a la pág. 844; *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 132 (2004); H.M. Brau del Toro, *Los Daños y Perjuicios Extracontractuales en Puerto Rico*, 2da ed., San Juan, Publicaciones JTS Inc., 1986, Vol. I, pág. 184. La determinación de si hubo negligencia se fundamenta en la consideración objetiva de lo que hubiese podido anticipar o prever un hombre prudente y razonable bajo idénticas circunstancias. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*. El deber de anticipar y evitar la ocurrencia de un daño, cuya probabilidad es razonablemente previsible, no se extiende a todo riesgo posible. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, a la pág. 133; *Montalvo v. Cruz*, 144 DPR 748, 756 (1998). Lo medular es que se pueda prever en forma general las consecuencias de determinada acción o inacción. *Montalvo v. Cruz*, *supra*.

Por su parte, el elemento de previsibilidad se encuentra relacionado con el requisito de nexo causal. Es imperativo señalar sobre este particular que en nuestra jurisdicción rige la doctrina de causalidad adecuada, la cual postula que no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. *Nieves Díaz v. González Massas*, supra, citando a *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 DPR 700, 704 (1982) y *Soc. de Gananciales v. Jerónimo Corp.*, 103 DPR 127, 134 (1974); *Ramos Milano v. Wal-Mart*, 168 DPR 112, 120 (2006). La relación causal, elemento imprescindible en una reclamación por daños y perjuicios, es un elemento del acto ilícito que vincula al daño directamente con el hecho antijurídico. *Nieves Díaz v. González Massas*, supra, a las págs. 844-845. En fin, para determinar cuál fue la causa del daño, el demandante tiene que probar que la omisión del demandado fue la que con mayor probabilidad ocasionó el perjuicio reclamado. *Ramos Milano v. Wal-Mart*, supra.

De otra parte, el concepto de daño ha sido definido como “todo aquel menoscabo material o moral que sufre una persona ya en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio, causado en contravención a una norma jurídica y por el cual ha de responder otra”. *Santini Rivera v. Serv. Air, Inc.*, 137 DPR 1, 7 (1994). Véase, además, *Nieves Díaz v. González Massas*, supra, a la pág. 845. Con relación al nexo causal y la doctrina de causa interventora, conviene profundizar en que para determinar si un acto constituye o no la causa próxima o suficiente de un daño, hay que mirar de manera retroactiva el acto negligente y determinar si el mismo produce como consecuencia razonable y ordinaria el daño reclamado. *Arroyo López v. E.L.A.*, 126 DPR 682, 690 (1990); *Estremera v. Inmobiliaria*, 109 DPR 852, 857 (1980); *Soc. de Gananciales v. Jerónimo Corp.*, supra, a las págs. 133-134.

D.

Como vimos, en nuestra jurisdicción la responsabilidad civil por actos u omisiones culposas o negligentes extracontractuales se rige por el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, *supra*. En lo que atañe a los recursos consolidados de epígrafe, la responsabilidad civil por actos de mala práctica de la medicina, debido a la impericia o negligencia de un facultativo, surge del referido Artículo. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, a la pág. 132. En *Rodríguez et al. v. Hospital et al.*, 186 DPR 889, 900 (2012), el Tribunal Supremo de Puerto Rico recalcó que una acción para exigir responsabilidad profesional a un médico no es distinta a la de un caso ordinario de daños y perjuicios por negligencia al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*. Véase, además, *Ortega et al. v. Pou et al.*, 135 DPR 711, 714 (1994). Por ende, al igual que cualquier otra causa de acción por daños y perjuicios, la reclamación por impericia médica requiere que la parte demandante establezca por preponderancia de la evidencia, creída por el juzgador, que los actos de negligencia, falta de cuidado o impericia del médico causaron el daño emergente.

En casos de impericia médica, quien promueve la acción de daños y perjuicios por mala práctica deberá establecer mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento médico suministrado o la ausencia de uno indicado y correcto, fue el factor que con mayor probabilidad causó el daño sufrido por el paciente. Existe una presunción de que el médico ha ejercido un grado razonable de cuidado y tratamiento adecuado, por lo que el promovente de la acción tiene la obligación de rebatir dicha presunción mediante prueba en contrario que no sea una mera especulación. *Hernández Rivera v. Mun. de Bayamón*, 135 DPR 901, 909 (1994); *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540, 549 (1994).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico estableció que los médicos tienen, en cuanto al desempeño de sus funciones, una responsabilidad de brindar a sus pacientes “[...] aquella atención que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, satisface las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la propia profesión médica”. *Pérez Torres v. Bladuell Ramos*, 120 DPR 295, 302 (1988). Véase, también, *Oliveros v. Abreu*, 101 DPR 209, 226 (1973). Existe, por lo tanto, una presunción de que el médico ejerció un grado de cuidado razonable y brindó un tratamiento adecuado a su paciente. La negligencia por impericia médica tiene cuatro vertientes o posibles escenarios: (1) negligencia en el diagnóstico; (2) negligencia en el tratamiento; (3) negligencia por no referir a un especialista; y (4) negligencia por no obtener el consentimiento informado del paciente antes de la intervención. Así pues, nuestro ordenamiento jurídico obliga al médico a responder por los daños y perjuicios causados tan solo cuando actúa de forma negligente, descuidada o cuando se aparta de la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Ríos Ruiz v. Mark*, 119 DPR 816, 820 (1987).

Cónsono con lo anterior, al momento de evaluar la actuación de un médico, debemos recordar, además, que este posee amplia discreción para formular juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico. *López v. Dr. Cañizares*, supra; *Ramos, Escóbales v. García, González*, 134 DPR 969, 975 (1993). El médico no incurre en negligencia si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando erróneo, está enmarcado en los linderos de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica. *López v. Dr. Cañizares*, supra, a la pág. 134; *Pérez Torres v. Blaudell Ramos*, supra, a las págs. 303-304. Es decir, no incurre en responsabilidad profesional el médico que, ante las circunstancias particulares del caso que atiende, utiliza su buen

juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación del sector médico. *Id.*

Nuestro Tribunal Supremo ha expresado que se requerirá prueba pericial para establecer cuáles son las exigencias que la profesión médica ha establecido para el tratamiento de enfermedades iguales o parecidas, excepto si la falta de cuidado es tan evidente que permite inferir la negligencia. *Quiñones v. Duarte Mendoza*, 112 DPR 223, 225 (1982). Aunque es al tribunal a quien le corresponde examinar si los actos del médico o enfermera fueron conforme al estándar de cuidado requerido, la decisión del foro revisor debe estar fundamentada en la prueba documental y pericial que presentaron las partes en el juicio en su fondo. Resulta impropio recurrir a los tratados médicos para establecer los elementos de la causa de acción, o para sustituir el criterio de los peritos por el nuestro. *Ríos Ruiz v. Mark*, supra, a las págs. 821-822.

E.

En cuanto a los contratos de transacción o relevos de responsabilidad, cabe aclarar que el co-causante que no participó del acuerdo no quedará relevado en la relación externa si las partes no tuvieron tal intención y no lo hicieron constar en el acuerdo. *Merle v. West Bend Co.*, 97 DPR 403, 412-414 (1969); *S.L.G. Szendrey v. Hospicare, Inc.*, 158 DPR 648, 655 (2003). Asimismo, los efectos sobre la relación interna dependerán de lo pactado entre las partes. Por consiguiente, para determinar la responsabilidad entre los codemandados solidarios, habrá que atender la intención de las partes contratantes al momento de otorgar el contrato de transacción. Si se desprende del acuerdo que el demandante liberó al codemandado de toda responsabilidad que pueda surgir de un mismo evento, se entiende que el demandante asumió el riesgo y liberó al codemandado tanto de

responsabilidad en la relación externa como en la interna. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 DPR 484, 499-502, (2009); *S.L.G. Szendrey v. Hospicare, Inc.*, supra, a las págs. 655-656. En estos casos, los restantes codemandados no tendrán disponible el derecho a nivelación, por lo que procederá restar la porción de responsabilidad, si alguna, que se le adjudique al co-causante liberado. *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, supra, a la pág. 500.

Finalmente, cabe mencionar que para efectos de facilitar la nivelación, en *Rodríguez, et al. v. Hospital, et al.*, supra, a las págs. 892-893, el Tribunal Supremo puntualizó por primera vez que cuando un tribunal adjudique responsabilidad en un pleito de daños y perjuicios, debe incluir en su sentencia la porción de responsabilidad correspondiente a cada una de las partes demandadas. Dicha norma es aplicable de igual manera cuando algunos codemandados hayan alcanzado una transacción confidencial. Asimismo, cuando se entienda que alguno de los codemandados no tiene responsabilidad, debe hacerse constar de forma clara.

Por lo tanto, la sentencia emitida por el foro recurrido debe constar la porción de responsabilidad de cada codemandado, incluyendo a los ausentes. Además, en lo pertinente, el Tribunal Supremo estableció en *US Fire Insurance v. A.E.E.*, 174 DPR 846, 860 (2008), que en ausencia de determinación específica de responsabilidad, se presume por partes iguales. Es de notar que cuando se libera a un codemandado mediante un acuerdo de transacción, el tribunal deberá determinar el monto líquido total de los daños ocasionados a la víctima por cada cocausante y, de ser necesario, deducir del monto total el porcentaje de responsabilidad del codemandado liberado. *Fonseca et al. v. Hosp. HIMA*, 184 DPR

281, 293 (2012); *S.L.G. Szendrey v. Hospicare, Inc.*, supra, a las págs. 658–659.

III.

A la luz de la conclusión a la que aquí llegamos, atenderemos los señalamientos de error esbozados por el apelante, el doctor Ortiz Feliciano, únicamente. En particular, en su segundo señalamiento de error, el doctor Ortiz Feliciano argumentó que la parte demandante no logró establecer un caso *prima facie* de impericia médica, por lo que razonó que fue incorrecta la determinación de responsabilidad por haber incurrido en impericia médica arribada por el TPI. Consecuentemente, expuso que fue errónea la imposición de responsabilidad civil y la concesión de daños. Asimismo, señaló que los peritos presentados por este están mejor cualificados en comparación a los de la parte demandante, por lo que erró el foro primario al restarle valor probatorio a sus testimonios. Debido a que en los señalamientos de error esgrimidos por el doctor Ortiz Feliciano se impugnó la apreciación de la prueba pericial por parte del foro primario, recalamos que estamos igual posicionados para examinar el valor probatorio de la prueba pericial, a la luz de los criterios guía dispuestos en la Regla 702 de Evidencia, *supra*. Además, nos encontramos en igual posición para evaluar y aquilatar la prueba documental desfilada y que consta en los autos originales.

A continuación exponemos un resumen de la prueba oral desfilada en el juicio, con el propósito de estar mejor posicionados para atender cabal y responsablemente los señalamientos de error esgrimidos por el doctor Ortiz Feliciano, que se dirigen a la médula de esta controversia. Procedemos, en primer lugar, a reseñar los testimonios vertidos por los testigos de la parte demandante, aquí apelada.

A. Testimonio del doctor Lugo Calzada

El doctor Lugo Calzada, perito anesthesiólogo de la parte demandante, declaró que se dedica a la anestesiología desde aproximadamente veintitrés (23) años. Para efectos de cualificación como anesthesiólogo, relató que aunque en sus años de práctica no ha presenciado que un paciente sufra bradicardia en medio de una operación, ha tenido que atender dos (2) casos en sala de recuperación. Según lo definió, la bradicardia es un descenso en el pulso que se refleja en los latidos del corazón. En los dos (2) casos de bradicardia que el doctor Lugo Calzada ha presenciado, pudo notar síntomas como baja presión, abdomen duro y sangrado abdominal. Aunque es variable, como regla general ocurre cuando el pulso desciende a un nivel menor de cuarenta (40) latidos por minuto.³⁵

Sobre lo que observó en el récord médico del Hospital San Pablo del Este, expresó que al señor Vázquez Carmona se le aplicó una anestesia general endotraqueal. Explicó que en ese tipo de anestesia, se le induce el sueño al paciente por medio de medicamentos, de manera que se facilite la entubación. Igualmente, afirmó que el anesthesiólogo es el encargado de mantener los vitales del paciente, lo que incluye monitorear la profundidad de la anestesia, la relajación muscular, el pulso y la presión arterial.³⁶

Al interpretar el récord médico, el doctor Lugo Calzada explicó que a las 4:05 p.m., hora en que el cirujano estaba terminando la operación, comenzó un descenso de los signos vitales que clasificó como leve. En específico, el paciente reflejaba vitales de 100/60 mmHg. Posteriormente, a las 4:10 p.m., el descenso se tornó moderado. A la misma hora, se produjo una

³⁵ TPO, págs. 138-142.

³⁶ TPO, págs. 165-166.

variación brusca en los signos vitales. De 100/60, disminuyó a 80/30.³⁷ A preguntas sobre las causas de la bradicardia severa, el doctor Lugo Calzada respondió que puede deberse a muchas razones, entre las cuales estaría un infarto o un sangrado.³⁸

El testigo detalló que al experimentar el descenso brusco de los vitales del paciente, se comenzaron las medidas de resucitación. Sin embargo, admitió que al paciente no se le administró sangre para sustituir la pérdida.³⁹

A preguntas sobre la causa de la muerte del señor Vázquez Carmona, el doctor Lugo Calzada contestó que sufrió una bradicardia severa con hipotensión y paro respiratorio. Añadió que no percibió que se debiera a la anestesia. Afirmó que vio en el informe de autopsia que el paciente tenía sangre en la cavidad abdominal. Sobre el particular, aclaró que aunque la pérdida de sangre comienza normalmente con taquicardia, se puede manifestar de distinta forma de paciente a paciente. Así pues, al tomar en cuenta que el paciente era un individuo sano y que la intervención no presentaba riesgos mayores, concluyó que la causa de muerte fue un *shock* hipovolémico.⁴⁰

Con relación a lo anterior, el perito explicó que según el reporte de patología, todos los órganos del paciente estaban bien y solamente se encontró sangre en esa cavidad. Asimismo, detalló que aunque la pérdida de sangre regularmente causa taquicardia, la reacción del paciente es muy individual y pudiera manifestarse con una bradicardia.⁴¹

Durante el turno de contrainterrogatorio, se le preguntó al doctor Lugo Calzada sobre las funciones de un anestesiólogo en una operación como la que se le practicó al señor Vázquez

³⁷ TPO, págs. 174-180.

³⁸ TPO, pág. 180.

³⁹ TPO, pág. 184.

⁴⁰ TPO, págs. 188-192.

⁴¹ TPO, pág. 189.

Carmona. Especificó que además de regir las pautas de la anestesia, tiene un asistente anestesista que está pendiente de ciertos monitores que miden la presión arterial y el pulso, entre otras cosas.⁴² El propósito de que el anesthesiólogo monitoree los vitales del paciente es asistir al cirujano y que si ocurre algún problema con el paciente, le pueda avisar al cirujano. Por tal razón, según el doctor Lugo Calzada, la norma es que el anesthesiólogo informe al cirujano si percibe alguna anomalía.⁴³ A tenor con lo anterior, el perito admitió que el anesthesiólogo puede dominar varias salas de operación y para ello, cuenta con anestesistas que permanecen en la sala. Asimismo, admitió que mientras el paciente está dormido, el paciente es responsabilidad del anesthesiólogo y esta responsabilidad culmina cuando este último da de alta al paciente.⁴⁴

Aunque el doctor había explicado durante el directo que, según vio en el expediente, a las 4:05 p.m., el doctor Cabrera Díaz le informó al doctor Ortiz Feliciano sobre la caída súbita en la presión arterial, en el conainterrogatorio admitió que tal información no surge del expediente médico, sino que lo único que se menciona es que aproximadamente a esa hora los doctores comenzaron los métodos de resucitación. Tampoco surge del expediente que el paciente haya sufrido de bradicardia severa.⁴⁵

Sobre la posibilidad de que la perforación de un vaso sanguíneo provoque bradicardia en lugar de taquicardia, el doctor Lugo Calzada enfatizó que ocurre cuando la incisión es en un vaso grande como la cava o la aorta. A preguntas relativas a lo que concluyó en su informe, el doctor reiteró que, basado en el informe de autopsia, concluyó que el paciente sufrió un *shock* hipovolémico. Añadió que tomó en cuenta que había sangre

⁴² TPO, págs. 204-208.

⁴³ TPO, págs. 212-213.

⁴⁴ TPO, pág. 214.

⁴⁵ TPO, págs. 251-252.

abundante en la cavidad abdominal. Asimismo, aclaró que usualmente se considera que el sangrado fue abundante cuando la pérdida es mayor de 2,000 cc.⁴⁶ En torno a dicho particular, admitió que uno de los indicadores de que se está perdiendo sangre y de que está ocurriendo un *shock* hipovolémico es la disminución de oxígeno a menos del ochenta por ciento (80%). Admitió que en el caso específico del señor Vázquez Carmona, el monitor nunca reflejó falta de oxígeno, sino que siempre estuvo en cien por ciento (100%).⁴⁷

De otra parte, el testigo declaró que el anestesiólogo le notificó al cirujano la baja súbita en la presión que estaba presentando el paciente. Al notar que ello no surge del expediente médico, se le preguntó al testigo cómo obtuvo esa información y este respondió que a pesar de que ello no surge del record médico, él lo sabe.⁴⁸ **Así las cosas, las partes estipularon en sala que esa información no surge del expediente médico.**⁴⁹ Al continuar el conainterrogatorio, el perito explicó que afirmó que el anestesiólogo notificó la baja en presión del paciente, porque habló de este caso con el anestesista que acompañó al doctor Cabrera Díaz durante este procedimiento, toda vez que este último es su anestesista al presente.

En cuanto a la causa de muerte, el perito declaró que tomando como referencia el informe de patología, el paciente murió al sufrir un *shock* hipovolémico. Al preguntársele cuánta sangre es necesaria para producir un *shock* hipovolémico, el perito expresó que serían 2,000 cc de sangre. Sin embargo, indicó que no siempre que un paciente sufre un *shock* hipovolémico, muere. En vez, la situación o condición se puede corregir administrándole líquido, sustancias viscosas y sangre al paciente.

⁴⁶ TPO, págs. 259-262.

⁴⁷ TPO, págs. 267-270.

⁴⁸ TPO, pág. 250.

⁴⁹ Véase, *Minuta* del 16 de diciembre de 2008, autos originales.

De igual manera, más adelante, el testigo admitió que según el monitoreo del sistema periferovascular del paciente, este tenía buena circulación y no estaba perdiendo sangre en cantidades que lo llevaran a un *shock* hipovolémico. Además, el testigo pericial admitió que el record de anestesia no refleja en ningún lugar que el paciente estuviera perdiendo sangre y que de haber sangrado en una cirugía laparoscópica, se hubiera reflejado en la pantalla que muestra la imagen de la endocámara.⁵⁰

B. Testimonio del doctor Cabrera Díaz

El segundo testigo presentado por la parte demandante fue el doctor Cabrera Díaz, anesthesiólogo presente en el procedimiento en controversia. **El doctor Cabrera Díaz era inicialmente parte codemandada en el pleito, pero llegó a un acuerdo transaccional junto al Hospital codemandado con la parte demandante.**⁵¹

Durante su testimonio, el anesthesiólogo declaró que al examinar el paciente previo a la operación, lo calificó con un número dos (2), ya que el paciente era asmático, padecía de grasa en el hígado y tenía una condición predisponente para la anestesia.⁵² Además, el anesthesiólogo declaró que, a pesar de que el expediente médico no lo refleja, él avisó al cirujano que al paciente le estaban bajando las presiones.

En el transcurso del contrainterrogatorio, el testigo admitió que en ningún momento escuchó al cirujano o la enfermera decir, “tengo un problema con el paciente” o “aquí está pasando algo” o “aquí veo sangre”.⁵³ Sin embargo, insistió en que le notificó al cirujano el descenso en la presión que estaba notando en el paciente. Declaró que ante esta situación, el cirujano respondió

⁵⁰ TPO, pág. 281.

⁵¹ TPO, pág. 376.

⁵² TPO, pág. 345.

⁵³ TPO, págs. 367-368.

que ya estaba limpiando, que había acabado la operación y que no tenía ningún problema en la barriga.⁵⁴

Más adelante, el testigo declaró que las anotaciones que aparecen en el encasillado de “*anesthesia notes*” donde se escribió que el paciente presentó un “*sudden bradycardia*”, no fueron escritas por él y que no corresponden a su letra. Explicó que debían ser anotaciones de la enfermera, aunque aclaró que realmente no sabe de quién pudiera ser la letra.⁵⁵

Con relación a los medicamentos administrados al paciente, el testigo declaró que se le suministró Adrenalina, lo cual es más fuerte que el medicamento regularmente recomendado, es decir, la Atropina. No obstante, aclaró que se le administraron ambas drogas y, a pesar de lo anterior, el paciente no respondió.⁵⁶

C. Testimonio del doctor Torres Delgado

El siguiente testigo de la parte demandante fue el doctor Torres Delgado, perito en cirugía, quien declaró que, como norma general, el cirujano es quien tiene la responsabilidad sobre el paciente que está en sala de operaciones.⁵⁷ Cuando se le preguntó específicamente si el doctor Ortiz Feliciano se desvió de las normas médicas aceptables, contestó que notó seis (6) errores en el proceder del cirujano, tres (3) de los cuales no guardaban relación con el desenlace de la operación. Primero, mencionó que el cirujano falló al no inspeccionar la cavidad abdominal para confirmar la presencia de hemorragia, abrir el abdomen y detenerla. Sustentó su opinión en que, según los expedientes y los informes médicos del doctor Ortiz Feliciano, se encontraron 20 cc de sangre en la cavidad abdominal, lo que contrasta con los hallazgos de la autopsia. Ante el hecho de que el doctor Ortiz Feliciano solamente vio 20 cc, aun cuando el paciente sufrió un

⁵⁴ TPO, pág. 404.

⁵⁵ TPO, págs. 391-392.

⁵⁶ TPO, págs. 409-410.

⁵⁷ TPO, pág. 461.

shock, opinó que se puede inferir que la hemorragia interna pudo haber sido detectada a tiempo. No obstante, admitió que es inusual que ocurra hemorragia por perforaciones de vasos durante procedimientos de laparoscopia y que, según consta en la literatura, la incidencia es menor a .04 por ciento.⁵⁸

Como segundo error, apuntó que notó que en el expediente médico no consta la cantidad de bióxido de carbono que el cirujano utilizó para distender la cavidad abdominal, lo que, según opinó, es importante porque no permite conocer si se insertó una cantidad superior a la recomendada. Según su teoría, si el doctor Ortiz Feliciano insertó bióxido de carbono en exceso, creó una presión sobre la vena cava que impidió el sangrado y, en consecuencia, impidió que se pudiera detectar la perforación. Así pues, explicó que cuando se retiró el bióxido de carbono, al no haber presión sobre la vena cava, el sangrado comenzó de manera súbita. Añadió que por tal razón el paciente sufrió bradicardia en lugar de taquicardia, ya que la hemorragia fue tan rápida que no dio tiempo para que el corazón se activara. Por último, señaló que el doctor Ortiz Feliciano falló al no transfundir sangre al paciente y no tomar la presión venosa central, con lo que hubiera notado que no había retorno de sangre al corazón porque el paciente se estaba desangrando.⁵⁹ En síntesis, según la teoría del doctor Torres Delgado, el doctor Ortiz Feliciano erró: (1) al perforar una vena, ya fuera con la aguja o con el trócar; y (2) al no verificar la cavidad abdominal, de manera que pudiera detectar el sangrado.⁶⁰

Durante el contrainterrogatorio, el testigo declaró sobre la cantidad de dinero que estaba cobrando a la parte demandante por prestar sus servicios en el presente caso y admitió que ha trabajado en varios casos de impericia médica junto a la

⁵⁸ TPO, págs. 461-465, 470.

⁵⁹ TPO, págs. 475-481.

⁶⁰ TPO, pág. 799.

representación legal de la parte demandante. Asimismo, el testigo declaró que había sido demandado por mala práctica profesional en seis (6) ocasiones.

De otra parte, al ser confrontado con sus declaraciones durante la deposición previamente tomada, el testigo aceptó que, como había declarado antes, de haberse lacerado algo en el interior del paciente con alguno de los instrumentos, habría dejado una marca en algún lugar. Al abundar sobre este extremo, el perito explicó que no podría predecir cómo sería la huella que dejaría una laceración en la vena cava con la aguja *veress* o con el trócar. Explicó que todo dependía de la manera en que el cirujano introdujera y manipulara el instrumento.⁶¹ Además, testificó que no podía precisar el momento exacto en que ocurrió la alegada perforación en la vena cava, ya que no surge del expediente médico cambios en los vitales del paciente.

Más adelante, el perito explicó que en un procedimiento laparoscópico la aguja *veress* se introduce a ciegas, luego se introduce la cámara y finalmente se introducen los trócares. Especificó que la cámara refleja la imagen del interior del cuerpo a una pantalla que está en la sala de operaciones a la vista de todos los presentes en el procedimiento.⁶² Tomando en cuenta lo anterior, el testigo detalló su teoría de lo ocurrido en sala con el paciente. Explicó que el paciente debió sufrir una perforación que provocó el sangrado masivo que lo llevó al *shock* hipovolémico. Sin embargo, la cámara introducida en el vientre del señor Vázquez Carmona no reflejó el sangrado debido a que el cirujano administró al paciente bióxido de carbono en el vientre para realizar la operación. Ese procedimiento tuvo el efecto de ejercer una presión sobre la vena cava que la cohibió de sangrar, hasta que se removió

⁶¹ TPO, págs. 510-511.

⁶² TPO, pág. 520.

el gas insertado, al finalizar el procedimiento. Es decir, el bióxido de carbono presente en el cuerpo del paciente produjo una presión en la vena cava que evitó un sangrado abrupto.⁶³ De otra parte, el perito aclaró que el cirujano no pudo haber visto la vena cava lesionada en el monitor, ya que tiene las vísceras de frente y tapando el retroperitoneo donde está la cava.

Con relación a la pérdida de sangre que sostuvo que debió ocurrir, este explicó que un paciente comienza a dar señales de pérdida de sangre al perder 1,300 cc de sangre. En ese momento, ocurren las primeras señales del paciente que se reflejan mediante la baja en el pulso y la hipotensión. Sin embargo, el testigo admitió que cuando se trata de un paciente bajo los efectos de la anestesia, este no reacciona igual, por lo que la baja presión y la hipotensión no se reflejan inmediatamente. Esto responde a que el paciente está entubado y la anestesista está controlando la falta de oxígeno en el paciente.⁶⁴

En cuanto al cambio en los vitales del paciente, el perito declaró que el pulso bajó súbitamente en el lapso de 4:02 p.m. a 4:07 p.m., de 70 a 45 latidos por minuto. Además, la presión le bajó a 100/60 mmHg. A las 4:15 p.m., la presión y el pulso del paciente estaban tan decaídos que estaba en estado de bradicardia.⁶⁵ El testigo admitió que desde las 4:05 p.m., el anesthesiólogo debía saber que el paciente estaba sufriendo bradicardia. Sobre la bradicardia, el perito explicó que aunque la reacción natural de un paciente perdiendo sangre es taquicardia, cuando la pérdida de sangre es súbita, el corazón no se acelera necesariamente. Ello responde a que la pérdida súbita impide que llegue suficiente oxígeno al corazón.

⁶³ TPO, págs. 524-525.

⁶⁴ TPO, pág. 535.

⁶⁵ TPO, págs. 543-544.

Sobre la laceración en la vena cava que el perito sostiene en su teoría, este insistió que no puede decir cuán grande debe ser el agujero que debe tener la vena cava para provocar la magnitud de sangre que tenía el paciente. Asimismo, admitió que la aguja *veress* mide alrededor de un milímetro. No obstante, indicó que el doctor Ortiz Feliciano pudo pinchar y luego mover la aguja de forma tal que se provocara un desgarre. Atestó que no pudo tratarse de un agujero pequeño, sino que debió ser un desgarre. Aunque luego aclaró que no podía declarar sobre el tamaño del agujero que debió haber en la cava, ya que él no estaba presente en la sala.⁶⁶

De otra parte, el testigo afirmó que en la endocámara no se pudo haber visto la sangre que se acumuló en el área del abdomen pues la cava queda detrás de las vísceras. Asimismo, el perito afirmó que los tres litros de sangre: “[...] salieron después que sacaron la endocámara, que termina la operación, que empezaron a quitarle todos los parámetros y todo que conlleva la anestesia, ahí fue que vino la hemorragia súbita.”⁶⁷

D. Testimonio de la doctora Rodríguez Morales

La doctora Rodríguez Morales, patóloga forense del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico, declaró como perito de ocurrencia a los fines de explicar los hallazgos de la autopsia que le practicó al señor Vázquez Carmona. Según declaró, encontró varias punciones de aguja en la región infraclavicular derecha y abrasiones con patrón regular en el tórax que eran compatibles con maniobras de resucitación. Además, encontró tres (3) incisiones localizadas en la región epigástrica, en el cuadrante superior derecho del abdomen y en el ombligo.⁶⁸

⁶⁶ TPO, págs. 779-782.

⁶⁷ TPO, pág. 782.

⁶⁸ TPO, pág. 616.

Específicamente, en la cavidad abdominal, encontró 400 cc de sangre, más coágulos con un peso de 450 gramos, lo que equivale aproximadamente a 960 cc. Explicó, además, que aunque había áreas focales de hemorragia alrededor de la vena cava y la aorta, la cantidad de sangre no es cuantificable porque la sangre se diseca al penetrar los tejidos y las células. Con estos hallazgos, la doctora Rodríguez Morales concluyó que el señor Vázquez Carmona murió a causa de un *shock* hipovolémico que surgió luego de una colecistectomía por laparoscopia.⁶⁹ Sobre la manera en que se manifiesta el *shock* hipovolémico, la doctora Rodríguez Morales atestiguó que aunque como norma general los pacientes sufren taquicardia, una minoría sufre bradicardia.⁷⁰

Durante el contrainterrogatorio, la doctora Rodríguez Morales explicó que todos los casos referidos al Instituto de Ciencias Forenses se evalúan al amparo de la ley orgánica del Instituto y, conforme a la misma, se determina si el cadáver conlleva autopsia discrecional o mandatoria.⁷¹ A base de lo anterior, la patóloga indicó que el señor Vázquez Carmona llegó con un sumario de muerte, detallando las circunstancias en las que llegó el paciente y el procedimiento realizado en el Hospital. Asimismo, el cadáver llegó con una nota de muerte que detallaba lo ocurrido en los últimos minutos de vida del paciente.

Al detallar el procedimiento que llevó a cabo con el señor Vázquez Carmona, la patóloga explicó que realizó diversas pruebas, pero no solicitó ningún análisis para determinar los medicamentos que pudo haber ingerido el paciente. Aclaró que no lo hizo, ya que no era importante debido a que cualquier medicamento que hubiera ingerido el paciente fue suministrado en el Hospital, donde los medicamentos son controlados. Admitió que

⁶⁹ TPO, págs. 620-624. Más adelante, en la pág. 626, el testigo explicó que se denomina "*shock* hipovolémico" a la pérdida de sangre.

⁷⁰ TPO, págs. 631-632.

⁷¹ TPO, pág. 639.

no pidió un informe de los medicamentos ingeridos, toda vez que al estar en un Hospital, el paciente tomó lo que le suministraron.⁷² Sin embargo, al ser confrontada con la deposición previamente tomada, la testigo admitió que en aquella ocasión declaró que no pidió un informe toxicológico: “Porque los medicamentos son muchos.” [...] “Si no tenemos una idea de cuáles fueron los medicamentos [...] que se utilizaron [...] pues no podemos hacer [...] pero en este caso ya habían pasado cuatro días, tres días de que, de que falleció a la muerte [sic].”⁷³

Al profundizar sobre el hecho de que al realizar la autopsia, habían transcurrido varios días desde la muerte del paciente, la doctora Rodríguez Morales admitió que de haber ingerido medicamentos que no fueran volátiles, ello se hubiera reflejado en un informe toxicológico. De la misma forma, la testigo admitió que era importante investigar qué medicamentos no volátiles ingirió el paciente y ella no lo hizo.⁷⁴ Para apoyar su proceder atestiguó que los medicamentos de corta duración ya no los habría encontrado en el occiso, toda vez que la autopsia se realizó tres (3) días después de la muerte. En este momento, los medicamentos se han metabolizado y perdido. Además, la doctora Rodríguez Morales explicó que rastrear estos medicamentos habría sido una pérdida de recursos, ya que no sabía qué medicamentos se le administraron, entre “todos los medicamentos que existen en el mundo”.⁷⁵ Por consiguiente, admitió que no puede saber si el paciente tenía algún medicamento no volátil en el sistema que pudiera ocasionar o contribuir a la muerte.

En otro extremo, la testigo declaró que al occiso no se le realizó el estudio microscópico. Según la doctora Rodríguez Morales, el examen microscópico es la colección de tejidos de las

⁷² TPO, págs. 647-648.

⁷³ TPO, págs. 648-649.

⁷⁴ TPO, pág. 652.

⁷⁵ TPO, pág. 653.

secciones del pulmón, el corazón y el hígado. Este tipo de estudio no era rutinario al momento de la autopsia que nos concierne, pero desde el año 2007 es procedimiento mandatorio. Entonces, la representación legal del apelante preguntó si se hizo este estudio específicamente en la vena cava del occiso y se respondió en la negativa. Asimismo, afirmó que, por lo tanto, no pudo detallar en qué lugar de la vena cava pudo ocurrir la perforación que declaró durante el directo y que pudo haber sufrido el occiso. Reconoció que, de haber realizado el estudio microscópico de la cava, pudo haber detectado alguna perforación. No obstante, la doctora Rodríguez Morales aclaró que para detectar una laceración en la vena cava, esta debía ser sumamente grande y longitudinal al vaso, por lo que si fuera una microlaceración, no se podría ver.⁷⁶

Posteriormente, el abogado del apelante trajo a colación las expresiones realizadas por la doctora Rodríguez Morales durante la deposición previamente tomada a esta. A tales efectos, resulta imprescindible transcribir lo que sigue a continuación:

P[regunta]: [...] “En su examen del cadáver encontró evidencia de alguna perforación de un área localizada en retroperitoneo”. Y usted contesta, “Bueno, en el protocolo no hay nada descrito, nada escrito como que hay una perforación”.

Y yo le pregunto entonces, “Y por eso se lo pregunto”. Y usted me dice, “Porque el cadáver llega aquí dos días después de su muerte, la autopsia se hace al tercer día de su muerte. Empiezan unos cambios de descomposición. Los vasos se colapsan y son difíciles de identificar”.

“Ahí la manipulación en el proceso se pierde. [...] Hay la manipulación en el proceso de [...] corte de los tejidos. Y usualmente lo primero que se ve...se pierde es la...la cava inferior y...no...el área de infiltrado retroperitoneal era en el lecho de la vesícula y sobre los riñones. [...] Y la vesícula está en esta área y sobre... en esa área retroperitoneal era que estaba [...] el infiltrado hemorrágico”.

[...]

⁷⁶ TPO, pág. 658.

Y yo le pregunto, “Pero del examen no hubo específicamente una identificación de una perforación”. Y usted me contesta, “No se identificó perforación de ninguna, de un vaso importante, porque están colapsados y es muy difícil encontrarlo”.

Yo le pregunto, “[¿] Descartó usted que estuvieran intactos [?]”. –y dice, “Bueno, una vez yo lo evaluó y se recoge la sangre, y se cuantifica, se hace una inspección visual. Y de lo que yo vi, en lo que se vio allí, todo lo demás estaba intacto [...]”

[...]

P: Si. ¿Y no vio tejidos lacerados o cortados en el retroperitoneo?

[...]

No, no había una laceración en macroscópica [...] que se pudiera identificar.⁷⁷

Continuado el contrainterrogatorio, la doctora Rodríguez Morales declaró que la cantidad de sangre que encontró en el cuerpo del paciente equivalía al veinte por ciento (20%) del volumen de la sangre del cuerpo. Explicó que el paciente quedó con ochenta por ciento (80%) de sangre en el sistema, con lo cual un paciente no debe morir, a menos que tenga un lugar donde esté saliendo la sangre, lo cual no encontró.⁷⁸

De otra parte, con relación a la hemorragia encontrada en el área del abdomen del occiso, la patóloga explicó que científicamente, no puede cuantificar la sangre encontrada de ninguna manera. Atestó que no puede afirmar que había mucha o poca sangre, pero puntualizó que había sangre y no se supone que hubiera sangre en esos tejidos. Más adelante, la testigo admitió que puede haber sangre en estos tejidos por otras razones. No obstante, insistió en que el paciente no tenía historial de ningún trauma en esa área que pudiera estar relacionado a un infiltrado hemorrágico. Inmediatamente, reconoció que en aquél momento

⁷⁷ TPO, págs. 664-667.

⁷⁸ TPO, pág. 668.

no tenía el historial del paciente.⁷⁹ A pesar de lo anterior, insistió en que sus hallazgos eran contundentes.

Finalmente, durante el contrainterrogatorio, se confrontó a la testigo con sus declaraciones contenidas en la deposición correspondiente y que transcribimos a continuación:

[Pregunta]: Yo le hice la siguiente pregunta, “[¿] Conoce usted que éstos, entre otros, estos tres medicamentos se reconoce que pueden causar el ‘*reflex bradycardia*’[?]”. Y usted me contesta, “Sí, pero no le van a producir hemorragia perito... hemorragia peritoneal”, dice usted. “Entiende usted que no”, le digo yo. Y usted dice, “No”.

“Y conoce que esto pueda causar un *shock* hipovolémico”. Y usted me contesta, “Unjú”. “Por eso, en todo caso, si fue producto del mismo procedimiento quirúrgico, sería igual a un accidente terapéutico”. Yo le pregunto, “[¿] Pero no quirúrgico [?]”. Y usted me dice, “Terapéutico”, “No dice quirúrgico en mi informe”, [¿] Correcto?

[Testigo]: Es correcto.⁸⁰

A continuación reseñamos los testimonios presentados por la parte apelante que estimamos conciernen las controversias que nos ocupan.

A. Testimonio del doctor Rodríguez Morales

El doctor Rodríguez Morales, perito en cirugía traumatológica de la parte apelante, declaró que tiene conocimiento y experiencia en el manejo de condiciones críticas y que, específicamente, ha atendido un sinnúmero de casos de *shock* hipovolémico. En torno a sus cualificaciones como perito, añadió que fue el fundador del Centro de Trauma del Centro Médico.⁸¹

Sobre la intervención quirúrgica al señor Vázquez Carmona, el doctor Rodríguez Morales opinó que, definitivamente, el procedimiento por laparoscopia estaba indicado. Al revisar el récord médico, el galeno concluyó que la operación se realizó de manera adecuada y apropiada. Así pues, expresó desacuerdo con

⁷⁹ TPO, págs. 671-672.

⁸⁰ TPO, pág. 682.

⁸¹ TPO, págs. 1213-1215.

la conclusión de la autopsia ya que, a base de la evidencia que examinó, no puede llegar a la conclusión de que el paciente murió por un sangrado masivo.⁸² Recalcó que la bradicardia no fue el resultado de la operación y que la cantidad de sangre que la patóloga forense encontró en la autopsia no es significativa. Según su opinión, la cantidad de sangre de ninguna manera se asocia con un episodio de bradicardia. Por el contrario, explicó que se hubiera producido taquicardia y que una de las señales de que no hubo sangramiento es la oxigenación del paciente que, según surge del récord de anestesia, se mantuvo estable durante toda la operación.⁸³ En caso de sangrado, además, opinó que la sangre saldría por los agujeros por los que al finalizar la operación se extrae el exceso de oxígeno.⁸⁴

A preguntas relativas a las causas de la bradicardia, el doctor Rodríguez Morales explicó que casi todos los medicamentos de anestesia pueden producirla. Por ejemplo, el Propofol puede provocar una bradicardia fatal en 1.4 de 100,000 casos en que se utilice. Asimismo, testificó que en pacientes de operación laparoscópica, la presión que se hace en el abdomen puede provocar un reflejo o síncope vasovagal que, a su vez, puede producir bradicardia.⁸⁵

En cuanto a su afirmación de que la pérdida de sangre no produce bradicardia, el galeno aclaró que el cuerpo humano está diseñado de tal manera que cuando hay pérdida de volumen sanguíneo, por la razón que sea, automáticamente aumenta el ritmo cardíaco. Según atestiguó, en tales casos es instintivo que los sistemas nerviosos simpático y parasimpático se encarguen de reaccionar mediante un aumento en el ritmo cardíaco, de manera que se pueda compensar el volumen de sangre perdido y, a su vez,

⁸² TPO, pág. 1223.

⁸³ TPO, págs. 1228-1229, 1236.

⁸⁴ TPO, pág. 1242.

⁸⁵ TPO, págs. 1249-1251.

evitar que los órganos vitales se afecten. Enfatizó, además, que dichos instintos se manifiestan de la misma manera en pacientes bajo anestesia.⁸⁶

Cuando se le preguntó sobre el medicamento indicado para tratar la bradicardia, el doctor Rodríguez Morales atestó que la droga de elección debe ser Atropina, que es a la cual reaccionan la mayoría de los pacientes con bradicardia súbita. Indicó, además, que fue incorrecto que el doctor Cabrera Díaz utilizara Adrenalina en lugar de Atropina, ya que aquélla, además de que no actuar tan rápido, puede tener una serie de efectos contraproducentes. Por ende, opinó que la Adrenalina puede causar una vasoconstricción periférica y, además, agravar cualquier proceso de falta de circulación al corazón al punto de hasta causar o acelerar un infarto.⁸⁷ En conclusión, el doctor Rodríguez Morales expresó que, contrario al curso de acción tomado por el doctor Cabrera Díaz, en casos de resucitación, la mejor práctica de la medicina es comenzar con Atropina.⁸⁸

Por otra parte, el doctor Rodríguez Morales contradujo la versión del perito, el doctor Torres Delgado, ya que, según su parecer, los resultados de la autopsia son insuficientes para concluir que el señor Vázquez Carmona sufrió una hemorragia. Al examinar los resultados, el galeno notó que lo que la patóloga dijo que era sangre, quizás era una mezcla de lo que se usó para irrigar la cavidad abdominal. De todas formas, opinó que la cantidad fue relativamente pequeña y poco significativa. Según estimó, de haber ocurrido un sangrado profuso, se hubiera reflejado en los exámenes de sangre. Además, hubiera sido necesario que el anesthesiólogo transfundiera sangre. Por el contrario, antes y justo al terminar la operación, la hemoglobina y los hematocritos se

⁸⁶ TPO, págs. 1255, 1285-1286.

⁸⁷ TPO, pág. 1260.

⁸⁸ TPO, pág. 1266.

mantuvieron en niveles relativamente idénticos. El día antes de la operación, la hemoglobina del paciente estaba en 15.7 y los hematocritos en 47.4. Al momento de concluir la operación, la hemoglobina estaba en 15.2 y los hematocritos en 47.6.⁸⁹

A preguntas relacionadas a la teoría del doctor Torres Delgado de que la mejor práctica de la medicina requería abrir al paciente y reintroducir los trócares, el doctor Rodríguez Morales opinó que la bradicardia no era motivo para pensar que estaba ocurriendo un sangrado. Añadió que en ningún concepto quirúrgico se asocia la bradicardia con pérdida de sangre, sino que se asocia con taquicardia. Así pues, tomando en cuenta que el paciente estaba en estado crítico, estimó contraindicado introducir oxígeno nuevamente, presionar la vena cava y, consecuentemente, reducir el retorno venoso al corazón.⁹⁰

Sobre su desacuerdo con el informe de la patóloga del Instituto de Ciencias Forenses, puntualizó que la cantidad de sangre que se encontró en la cavidad abdominal es relativamente pequeña. Explicó que, en específico, la patóloga encontró lo equivalente a un litro de lo que probablemente no era sangre en su totalidad. Para el doctor Rodríguez Morales, la cantidad de sangre en la cavidad abdominal pudo ser producto del procedimiento de resucitación. Según atestó, el proceso de resucitación cardiopulmonar se practica con el propósito de reanimar al paciente, para lo que hará falta presionar o deprimir el esternón por lo menos una pulgada y media, hasta lograr bombear artificialmente el corazón. Por lo drástico de las compresiones, señaló que es común que ocurran fracturas de costillas y sangrado en el área. Asimismo, resaltó que del informe de autopsia se

⁸⁹ TPO, págs. 1267-1269.

⁹⁰ TPO, págs. 1270-1271.

desprende que la patóloga no analizó el líquido que encontró en la cavidad abdominal para examinar si, en efecto, era sangre.⁹¹

En conclusión, el doctor Rodríguez Morales fue contundente al declarar que no estaba de acuerdo con la teoría de que el paciente murió a causa de un *shock* hipovolémico pues, aun tomando por cierto que todo el líquido en el abdomen era sangre, un litro no es suficiente pérdida para provocar la muerte. Más aún, relató que en sus años de experiencia ha observado a pacientes que han sobrevivido una pérdida masiva, es decir, de cuatro (4) o cinco (5) litros de sangre. ⁹²

Durante el turno de conainterrogatorio, la representación legal de la parte demandante insistió en la posibilidad de que la pérdida de sangre pudiera causar bradicardia en lugar de taquicardia. De la literatura que se admitió en evidencia, utilizada para cuestionar la teoría del doctor Rodríguez Morales, surgió que puede ocurrir bradicardia en pacientes que estén tomando beta bloqueadores, lo que no ocurrió en este caso.⁹³ Sin embargo, el doctor Rodríguez Morales admitió que, contrario a la teoría que expuso en el interrogatorio, en este caso no hubo rotura de costillas, del bazo o del hígado, que son los órganos que típicamente resultan perforados durante un proceso de resucitación.⁹⁴

B. Testimonio de la doctora Rosado Orozco

Por último, la doctora Rosado Orozco, patóloga anatómica y clínica, declaró como perito de la parte apelante. Sobre la causa de muerte, la doctora Rosado Orozco reiteró la versión del doctor Rodríguez Morales. Por lo tanto, atestiguó que la pérdida de sangre no produce bradicardia. Reiteró, además, que la cantidad

⁹¹ TPO, págs. 1271-1274.

⁹² TPO, págs. 1277-1278.

⁹³ TPO, pág. 1350.

⁹⁴ TPO, págs.1344-1346.

de sangre que había en la cavidad abdominal no es suficiente para que se entienda como la causa de muerte.⁹⁵

Luego de examinar los testimonios de los peritos y el resto de la prueba presentada por las partes, el foro primario declaró *Ha Lugar la Demanda* e impuso responsabilidad al doctor Ortiz Feliciano por haber incurrido en negligencia constitutiva de impericia médica.

Al atender los recursos de apelación que nos ocupan, examinamos la totalidad de la prueba presentada por las partes y hemos incluido una reseña de los testimonios de cada perito con los cuales la parte demandante promovió su causa de acción. De la misma forma, y con el ánimo de tener un cuadro completo de los eventos que transcurrieron en sala, examinamos los autos originales del presente pleito que nos fueron remitidos. Contando con la extensa transcripción de la prueba oral y los autos originales ante nuestra consideración, auscultamos cada una de las piezas de evidencia con las cuales las demandantes entendieron probado su caso y escudriñamos la forma en que se desarrollaron los procedimientos ante el foro primario.

Tras este análisis minucioso y detenido concluimos que la prueba pericial presentada por la parte demandante no estableció que el doctor Ortiz Feliciano se apartó de la mejor práctica de la medicina a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, conforme el estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina al momento de la intervención quirúrgica realizada al señor Vázquez Carmona. A tenor con lo anterior, dictaminamos que el segundo señalamiento de error esbozado por el apelante, el doctor Ortiz Feliciano, fue acertado al apuntar que las demandantes no presentaron prueba suficiente para rebatir la presunción que establece el ordenamiento

⁹⁵ TPO, págs. 1416-1417.

jurídico en los casos de impericia profesional contra un doctor en medicina. Según detallamos antes, para establecer un caso de impericia médica, el demandante está obligado a probar los elementos de responsabilidad civil extracontractual esbozados en el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, *supra*, de una manera particular. Es decir, el demandante debe probar que el doctor demandado se apartó de la mejor práctica de la medicina en el desempeño de sus funciones y que ello fue la causa próxima del daño que aconteció. *Rodríguez et al. v. Hospital et al.*, *supra*.

En el presente caso, la parte demandante ha demostrado con éxito que en el paciente ocurrió un daño, ciertamente, evidente. Sin embargo, no pudieron establecer la relación causal entre el daño y el apelante, el doctor Ortiz Feliciano. Al revisar la prueba presentada por la parte demandante no quedamos convencidos de que se haya rebatido la presunción de corrección que ampara al profesional de la medicina frente a una reclamación de impericia médica. Este es un paso fundamental en el proceso probatorio que caracteriza este tipo de causa de acción. Ciertamente, la prueba desfilada por la parte demandante no demostró que el señor Vázquez Carmona sufrió una hemorragia interna y tras varios minutos, murió. Al examinar el testimonio de la patóloga forense que realizó la autopsia al occiso, el mismo no nos arroja luz sobre la procedencia de la sangre que se encontró en el área del abdomen del paciente. De la misma forma, notamos que la patóloga no examinó los medicamentos que tomó el paciente antes y durante la intervención quirúrgica, lo cual nos parece que hubiera podido aclarar si el sangrado profuso que ocurrió en el paciente fue la reacción a algún medicamento administrado en el Hospital o previamente ingerido por el paciente.

De otra parte, encontramos múltiples inconsistencias en las declaraciones de los testigos periciales a los que, según expresara

el juzgador de instancia, el foro primario dio entera credibilidad. Al examinar la transcripción de la prueba oral, vemos que el testimonio del perito anesthesiólogo de las demandantes apunta que el paciente experimentó un sangrado profuso que, aunque regularmente provoca taquicardia, en este paciente provocó bradicardia, es decir, la reacción opuesta. Además, su testimonio no ilustra sobre lo ocurrido, ya que declaró que el paciente murió tras un sangrado profuso, pero, seguidamente, declaró que todos los órganos del paciente estaban en perfectas condiciones.

Tras una lectura del testimonio del doctor Lugo Calzada, de la misma manera nos llama la atención que durante el turno de contrainterrogación, el testigo admitió incidentalmente que conoce detalles de lo ocurrido en sala ya que, aunque no surgen del expediente médico, el anestesista que estuvo en sala durante el procedimiento quirúrgico en cuestión, al presente es su anestesista. Asimismo, destacamos que al declarar sobre el momento de la muerte del paciente, el perito explicó que uno de los indicadores de que está ocurriendo un *shock* hipovolémico es que el paciente refleja una disminución de oxígeno a menos de ochenta por ciento (80%). Sin embargo, admitió que este paciente nunca reflejó falta de oxígeno, sino que su oxígeno se mantuvo en cien por ciento (100%). De igual manera, el testigo pericial admitió que el monitoreo del sistema periferovascular del occiso reflejó que el paciente tenía buena circulación y no reflejó que estuviera perdiendo sangre en cantidades que le provocaran un *shock* hipovolémico.

Con posterioridad, declaró el anesthesiólogo, el doctor Cabrera Díaz, quien fue el anesthesiólogo que atendió al paciente durante el procedimiento quirúrgico que aquí auscultamos. El doctor Cabrera Díaz figuró como codemandado en el pleito que dio origen al caso que nos ocupa y salió del pleito mediante un acuerdo de

transacción con la parte demandante. En torno a este particular, el TPI emitió una *Sentencia Parcial* el 5 de julio de 2006. Como parte de sus declaraciones, el doctor Cabrera Díaz explicó que al examinar al paciente previo a la operación, lo calificó como un paciente número dos (2) ya que era asmático, padecía de grasa en el hígado y tenía una condición predisponente para la anestesia. De otra parte, nos llama la atención que durante su testimonio, el anesthesiólogo afirmó que, a pesar de que el expediente médico no lo refleja, él avisó en múltiples ocasiones que al paciente le estaba bajando la presión. Asimismo, es incongruente que posteriormente admitió que en ningún momento escuchó a la enfermera decir que tenía un problema con el paciente o que estaba viendo sangre.

Además, no pasa por inadvertido que, durante el contrainterrogatorio, el anesthesiólogo declaró que las anotaciones que aparecen en el expediente médico titulado "*anesthesia notes*", no fueron escritas por él y que debieron ser añadidas por alguna enfermera. Esta expresión nos resulta sumamente preocupante. Máxime así, toda vez que la anotación que el anesthesiólogo niega haber escrito fue la que evidencia en el expediente médico el momento en que el paciente desarrolló la bradicardia repentina. Por su particular importancia a la determinación a la cual aquí arribamos, lo transcribimos a continuación:

P: Está a mano derecha. ¿Lo ve a mano derecha?
Mire, esta que está aquí donde dice 'progress note'.
Mire a ver si es esa.

R: ¿Esta?

P: Sí. Mire a ver. ¿Estas son notas tuyas, doctor?

R: No.

P: Dice arriba 'anesthesia notes', ¿No? Déjeme verla, doctor.

R: Sí, pero esta no es mi letra. Esa no es mi letra.

P: 'Anesthesia note', ¿Esa no es su nota?

R: No. Esa no es mi, ni siquiera es mi letra.

P: ¿Y de quién es esa, de quién es esa letra? ¿Usted sabe?

R: Sí. Yo...

P: ¿Lo sabe?

R: Debe ser de alguna enfermera.

P: ¿Pero no es suya?

R: No.⁹⁶

Finalmente, nos llama la atención las declaraciones del testigo con respecto a que, a pesar de que la literatura médica recomienda administrar Atropina para atender un evento de una bradicardia, el doctor Cabrera Díaz decidió administrarle al paciente Adrenalina, que es un medicamento mucho más fuerte.

Subsiguientemente, declaró el perito en cirugía, el doctor Torres Delgado, quien admitió que había sido demandado por impericia médica en seis (6) ocasiones. Al examinar los detalles de este testimonio pericial, no podemos darle entera credibilidad debido a que resulta sumamente contradictorio. A manera de ejemplo, resaltamos que según su teoría de lo acaecido durante la intervención quirúrgica del señor Vázquez Carmona, el perito sostuvo que el doctor Ortiz Feliciano introdujo y manipuló la aguja *veress* en la vena cava y ello provocó una laceración que resultó en el sangrado profuso que provocó la muerte del paciente. Sin embargo, expresó que de haber ocurrido tal laceración, ello hubiera dejado una marca en algún lugar. Al confrontar tal declaración con el testimonio de la patóloga forense que examinó al occiso, debemos concluir que dicha teoría no tiene fundamento válido ya que en la vena cava no se encontró laceración alguna.

Así pues, pasamos a examinar el testimonio de la patóloga forense que atendió el presente caso y notamos que sus

⁹⁶ TPO, pág. 391.

declaraciones son especialmente contradictorias e inconsistentes con la teoría del perito cirujano. Durante su testimonio, la patóloga, doctora Rodríguez Morales, sostuvo que el paciente debió sufrir una laceración en la vena cava que le provocó el sangrado. No obstante, declaró que no encontró laceración alguna en órganos o vasos importantes del cadáver. No obstante, la doctora insistió en que a este paciente no se le hizo un estudio microscópico, a raíz de lo cual declaró que la laceración que provocó el sangrado pudo tratarse de una laceración microscópica. Ello no nos parece consistente con un sangrado tan masivo que llevó al paciente a la muerte en minutos. Es decir, no nos convenció de que una microlaceración pudiera ser la vía para un sangrado tan profuso que provocara la muerte del paciente en espacio de minutos.

De otra parte, el testimonio de la doctora Rodríguez Morales evidenció que este caso estuvo plagado de anomalías como, por ejemplo, la falta de un examen para determinar los medicamentos que había ingerido el paciente antes y durante la intervención quirúrgica. De la misma manera, nos parecen incongruentes las declaraciones de la patóloga forense al sostener: (1) que el paciente perdió el veinte por ciento (20%) de su sangre; (2) que con tal pérdida no debía morir, sobre todo, si no tiene alguna laceración por la cual estuviera saliendo la sangre continuamente; y (3) que no encontró tal laceración que representara una salida constante de sangre.

Es menester destacar que durante el desfile de la prueba del doctor Ortiz Feliciano, aquí apelante, este último declaró que el anestesiólogo, el doctor Cabrera Díaz, no estuvo presente en la sala de operaciones y, consecuentemente, no le manifestó lo que estaba sufriendo el paciente cuando experimentó el descenso en los vitales. Todo ello contrasta con la versión que sostuvo constantemente el anestesiólogo sobre su presencia en la sala de

operaciones. Detectamos una contradicción irreconciliable entre estos dos (2) testigos, ya que uno declaró que estaba presente y estaba avisando constantemente al cirujano que el paciente estaba presentando una bradicardia. Sin embargo, luego declaró que la bradicardia no fue repentina y la anotación en el expediente médico que refleja que la bradicardia fue repentina no la escribió él. El cirujano, el doctor Ortiz Feliciano, por su parte, declaró que el anestesiólogo, el doctor Cabrera Díaz, no estaba en el área del quirófano y fue él mismo quien miró el monitor y vio que el paciente estaba sufriendo una bradicardia. Al notarlo, declaró que se lo informó al anestesista.⁹⁷

En vista de todo lo anteriormente detallado que revela grandes inconsistencias requirieron nuestra intervención en el caso de epígrafe a los fines de ponderar nuevamente los testimonios periciales y la prueba documental presentada por la parte demandante. Tras este ejercicio concienzudo dentro del marco de nuestra facultad como foro apelativo, para el que tenemos plena autoridad conforme a la jurisprudencia aplicable, concluimos que las demandantes no presentaron prueba suficiente que atara al doctor Ortiz Feliciano a la muerte del paciente. Más aún, no presentaron prueba que demostrara que el doctor Ortiz Feliciano se apartó de la mejor práctica de la medicina con su proceder en el quirófano.

La prueba desfilada no fue suficiente para demostrar que el doctor Ortiz Feliciano provocó ni causó el daño ocurrido apartándose de la mejor práctica de la medicina. No toda intervención quirúrgica que desemboque en el desafortunado fallecimiento de un paciente obliga a un tribunal a concluir que el cirujano incurrió en impericia médica. Es decir, ante los hechos de este caso en particular y la prueba presentada, resulta forzoso

⁹⁷ TPO, págs. 1165-1170.

concluir que las demandantes no cumplieron con la carga probatoria que impone el ordenamiento jurídico a todo promovente en pleitos de impericia médica. Por lo tanto, concluimos que el foro de instancia debió declarar *No Ha Lugar* la *Demanda* presentada en contra del doctor Ortiz Feliciano y su aseguradora SIMED. Por ende, procede la revocación de las *Sentencias* apeladas y resolver que las demandantes no probaron su causa de acción. En vista de lo aquí resuelto, es innecesario atender el resto de los señalamientos de error esbozados en los escritos de apelación de ambos apelantes.

Por último, debemos indicar que reconocemos los eventos trágicos ocurridos que conllevaron el desafortunado fallecimiento del señor Vázquez Carmona. Igualmente, debemos hacer constar nuestro reconocimiento al sufrimiento que esto supone para sus familiares y allegados. No obstante, no podemos ni debemos claudicar a nuestra función apelativa revisora en casos que involucran un asunto tan delicado y sensitivo como la imputación de negligencia a un cirujano practicante de la profesión de la medicina. Tampoco podemos renunciar a ejercer nuestra intervención revisora apelativa en los casos meritorios. Recordemos, además, que la parte demandante no quedó desprovista de un resarcimiento monetario en este caso, según surge del acuerdo transaccional llegado con el doctor Cabrera Díaz y el Hospital San Pablo del Este por la cuantía de \$45,000.00. Dicho acuerdo fue recogido en la *Sentencia Parcial* emitida el 5 de julio de 2006.⁹⁸ Igualmente, debemos destacar que hemos

⁹⁸ La ausencia de determinación alguna por parte del foro apelado que específicamente adjudicara el porcentaje de responsabilidad de cada codemandado, que se plasma como un error en el escrito de apelación presentado por SIMED, de por sí es suficiente para revocar las *Sentencias* apeladas debido a que la jurisprudencia vigente exige innegablemente que el foro primario adjudique el porcentaje de responsabilidad que corresponde a cada codemandado tomando en consideración un acuerdo de transacción acordado con otro codemandado. El foro primario falló en realizar este ejercicio básico y fundamental requerido inequívocamente por nuestro Tribunal Supremo. Lo anterior provee un fundamento legal de por sí para revocar lo dictaminado por el

ponderado el caso que nos ocupa con el detenimiento, minuciosidad y alto sentido de responsabilidad que supone evaluar todos los casos que llegan ante nuestra consideración y que entendemos amerita en particular un caso de esta índole.⁹⁹

IV.

Por los fundamentos anteriormente expresados, se revocan las *Sentencias* apeladas y se desestima la *Demanda* incoada en contra del doctor Ortiz Feliciano y su aseguradora SIMED.

El Juez González Vargas disiente con opinión escrita.

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

Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones

foro *a quo*. No obstante, en vista de la conclusión a la cual aquí llegamos, resulta innecesario devolver el caso al foro sentenciador para la adjudicación de porcentajes de responsabilidad a distribuirse entre todos los codemandados. Nuestra conclusión en cuanto a que las demandantes no lograron probar los elementos constitutivos de una causa de acción por impericia médica en contra del doctor Ortiz Feliciano conlleva la futilidad de ordenar lo requerido por nuestra jurisprudencia en cuanto a este particular. Además, resulta innecesario pronunciarnos sobre la imposición del pago por concepto de honorarios de abogado por temeridad a los apelantes a favor de la parte demandante por ser claramente improcedente ante lo dictaminado en la presente *Sentencia*.

⁹⁹ En cuanto a la opinión disidente suscrita por el Juez González Vargas, estimamos respetuosamente que denota un desconocimiento de los documentos que obran en los autos originales, del cuadro fáctico y el trámite procesal del presente caso, al igual que de la normativa de derecho aplicable. Asimismo, demuestra la falta de examen alguno de la transcripción de la prueba oral y la prueba documental presentada, y se ciñe a desvirtuar los testimonios periciales desfilados durante la vista para dilucidar el aspecto de la negligencia.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
EN EL TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE MAYAGUEZ, AGUADILLA Y FAJARDO
PANEL ESPECIAL

ELENA CARMONA
ALEJANDRO; MARILÚ
VÁZQUEZ CARMONA

APELADAS

V.

DR. JOSÉ ORTIZ
FELICIANO, ET ALS.

APELANTES

KLAN201201345
CONSOLIDADO
CON

KLAN201201347

APELACIÓN
procedente del
Tribunal de
Primera Instancia,
Sala de Fajardo

Caso Núm.
NSCI2002-1058

Sobre:
Daños y Perjuicios
(Impericia Médica)

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas,¹⁰⁰ la Jueza Surén Fuentes y la Jueza Soroeta Kodesh.

OPINION DISIDENTE
TROADIO GONZALEZ VARGAS

En San Juan, Puerto Rico, a 17 de marzo de 2016.

Como suele ocurrir en reclamaciones de esta naturaleza, de mala práctica de la medicina, no se debe esperar que se pruebe la negligencia médica que se alega con certeza absoluta, primero por no ser ello requerido por nuestro ordenamiento evidenciario y segundo, dada la complejidad de la materia y de los factores que pueden incidir en las acciones y los resultados en este tipo de intervención. Por lo anterior, es la opinión de este Juez que en este caso en particular la sentencia apelada merecía ser confirmada. A nuestro juicio, la prueba que tuvo ante sí el Tribunal de Primera Instancia (TPI), en apoyo de la reclamación de la parte demandante, particularmente el testimonio pericial del Dr. Torres Delgado y el de la Dra. Rodríguez Morales, patóloga que realizó la autopsia de Vázquez Carmona, demostró la negligencia imputada al Dr. Ortiz Feliciano al realizar la cirugía endoscópica al señor Vázquez.

¹⁰⁰ Mediante Orden Administrativa Núm. TA-2013-17, se designó al Juez González Vargas para entender y votar en el caso de epígrafe en sustitución del Juez Cortés Trigo por motivo de su jubilación.

Como adelantamos, en los pleitos civiles, como el que nos ocupa, no se requiere a la parte demandante probar su caso fuera de toda duda razonable, sino con el de preponderancia de la prueba. Regla 110 (f) de Evidencia. Mediante la totalidad de la prueba presentada por la parte demandante se colocó al Tribunal de Instancia en posición de concluir razonablemente que la muerte de Héctor Luis Vázquez Carmona se debió a la perforación de una vena por parte del Dr. Ortiz Feliciano, que provocó en su momento que el paciente sufriera un shock hipovolémico por la profusa hemorragia confrontada. La pérdida de una gran cantidad de sangre, de manera súbita y acelerada causó, a su vez, que desarrollara una bradicardia, que progresó en un paro cardíaco y subsiguientemente, en el fallecimiento del paciente.

Esa determinación, resultó ser coherente y se fundamentó en un razonamiento sensato y razonable sobre lo ocurrido en esta cirugía, a base esencialmente de los testimonios del perito cirujano, Dr. Torres Delgado, del perito en anestesiología, Dr. Lugo Calzada, y del propio anesthesiólogo que intervino en la cirugía, así como el de la patóloga, Dra. Rodríguez Morales. A la vista del Tribunal, mereció credibilidad y confiabilidad la explicación del Dr. Torres Delgado acerca de, por ejemplo, el hecho de que la hemorragia se contuviera durante el proceso de cirugía, gracias al bióxido de carbono utilizado para distender la cavidad abdominal y que al retirarse el bióxido de carbono y cesar la presión sobre la vena perforada, el sangrado comenzó de manera súbita y rápida. Además, que ello produjo la bradicardia desarrollada en lugar de la taquicardia, como parece ocurrir de ordinario en casos de hemorragias en las que no se produce una pérdida de sangre tan acelerada.

Precisamente, lo anterior explica una de las principales objeciones al testimonio de este perito en la medida que, según

expone la prueba pericial de la parte apelante, es común en casos de hemorragias que el síntoma que de ordinario se manifiesta es el de taquicardia y no el de bradicardia. Asimismo, explica de manera razonada y sostenible la razón por la que no se produjo inicialmente una profusa hemorragia, que probablemente pudiera haber sido oportunamente detectada por el cirujano al llevar a cabo la cirugía. Ello así, gracias a la cantidad de bióxido de carbono utilizado, que evitó inicialmente el sangrado. Recuérdese que el Dr. Ortiz Feliciano omitió indicar en el record médico la cantidad de CO2 aplicada. Como indicamos, esa prueba pericial, a su vez, esta apoyada en los hallazgos de la patóloga forense al practicar la autopsia y en su testimonio sobre la gran cantidad de sangre líquida y coagulada encontrada en la cavidad abdominal, así como residuos de sangre alrededor del área de la vena cava y la aorta, la que debido a que se diseca al penetrar el tejido y las células, dificulta su cuantificación. Esos hallazgos precisamente, entre otros, llevó a la patóloga a concluir que el fallecimiento de Héctor Luis fue por causa de un shock hipovolémico y que aunque en la mayoría de los casos estos pacientes sufren taquicardia, una minoría sufre bradicardia. Ello pudo deberse a la rápida y súbita pérdida de sangre, según explicado por el Dr. Torres Delgado.

Si bien se objeta el testimonio de la Dra. Rodríguez Morales, porque ésta no pudo detectar alguna vena perforada en su autopsia, la explicación brindada por ella sobre este particular luce creíble y razonable. Esto debido a que al intervenir con el cuerpo ya han transcurrido varios días del fallecimiento y se ha comenzado a manifestar algún grado de descomposición, los vasos se colapsan y son difíciles de identificar, lo que, a su vez dificulta poder detectar perforaciones de este tipo. Asimismo lució lógico y coherente su testimonio con respecto al hecho de que no realizara prueba o análisis para determinar los medicamentos que pudo

haber ingerido el paciente. La utilidad de este tipo de prueba menguaba, debido igualmente al periodo de tiempo transcurrido desde la muerte del paciente, lo que provocaba que gran parte de los medicamentos se metabolizaran y perdieran.

Además, nos parece razonable tomar en cuenta el hecho de que este paciente estuvo previamente admitido en el Hospital cerca de 24 horas previo a que se le realizara la cirugía y que al entrar a este proceso se encontraba en buen estado de salud, con un diagnóstico de mínimo riesgo, por lo que no hay razón para deducir la ingesta de medicamentos contraindicados para una cirugía de esta naturaleza, que es una común y ordinaria en nuestros Hospitales. Tampoco luce factible y probable alguna reacción capaz de causar la muerte a este paciente relacionada con la anestesia, puesto que no hay controversia en cuanto a que durante el periodo de la cirugía el paciente no reflejó padecimiento alguno que sugiriera problemas de ese tipo, los que, según la prueba pericial, normalmente se manifiestan poco después de ser aplicada la anestesia al paciente.

Es claro que no existe certeza absoluta de que la muerte de Héctor Luis Vázquez se debiera a algún acto negligente del Dr. Ortiz Feliciano al practicar esta cirugía.¹⁰¹ También es claro que la opinión y el testimonio de los peritos en apoyo de tal conclusión no es necesariamente perfecta, ni libre de toda duda. Siempre cabe la posibilidad de factores extraños, no detectables fácilmente, los cuales no son ajenos al complejo campo de la medicina, y que pudieron haber incidido en este lamentable desenlace. Sin embargo, reiteramos, que en estos casos no se exige a la parte demandante tal elevada calidad de prueba que excluye todas esas dudas, a fin de demostrar sus alegaciones de impericia médica por

¹⁰¹ Incluso cabe reconocer que el hecho de que éste hubiera incurrido en alguna negligencia, no implica de ninguna manera que no sea un cirujano capaz y competente para realizarla. Esos son eventos esporádicos y excepcionales al que está expuesto, aún el más experto cirujano.

parte del Dr. Ortiz Feliciano al practicar esta cirugía. Desde el punto de vista estrictamente jurídico, las determinaciones de hechos a las que arribó el tribunal de instancia sobre los eventos que culminaron en la muerte de Héctor Luis Vázquez satisfacen el requerimiento evidenciario de preponderancia de la prueba, exigido por nuestro ordenamiento en el campo de la responsabilidad civil extracontractual. En esa dirección, las siguientes determinaciones y conclusiones del TPI merecen nuestra deferencia y debieron a mi juicio, haber sido sostenidas por este Foro Apelativo:

a las 4:10 de la tarde [ya finalizando la cirugía] el paciente sufrió una caída brusca en su presión arterial, acompañada de una bradicardia severa. Aunque Cabrera Díaz le informó la situación a Ortiz Feliciano, este último contestó que todo estaba bien, continuó el procedimiento, procedió a sacar el CO₂ del abdomen del paciente, saco los tres 'trocars' y cerró la incisión, todo ello sin verificar la cavidad abdominal de Vázquez Carmona. [. . .] Ortiz Feliciano terminó la operación a las 4:15 de la tarde, momento en que se iniciaron las medidas de resucitación. [. . .] Luego de una hora y 20 minutos de intentar resucitar al paciente fue declarado muerte a las 5:35 de la tarde.

La prueba pericial que nos mereció credibilidad estableció que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, y conforme el estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, en una intervención quirúrgica como la que se le practicó a Vázquez Carmona se debe inspeccionar la cavidad abdominal del paciente al menos en dos ocasiones: (i) luego de introducir la endocámara por el primer trocar y (ii) antes de cerrar la heridas. Ortiz Feliciano no inspeccionó la cavidad abdominal en ningún momento durante la operación, a pesar de que Cabrera Díaz le informó, al menos en dos ocasiones, sobre los cambios en la presión sanguínea y el pulso de Vázquez Carmona.

Notamos, además, que Ortiz Feliciano no consignó en el record médico del paciente la presión y la cantidad de CO₂ que le suministro al paciente. Tampoco la canulación de la vena subclavia derecha que le realizó a Vázquez Carmona durante los intentos de resucitación. Aunque ello no necesariamente constituye negligencia *per se*, lo hemos tomado en consideración al dirimir el peso de la prueba y determinar a quién le adjudicamos credibilidad.

La Patóloga Forense que le realizó la autopsia al paciente encontró 1360cc de sangre en la cavidad abdominal, entre sangre líquida y coágulos, lo que contrasta con lo que consignó Ortiz Feliciano, a los efectos de que la pérdida de sangre fue de 20cc. La Patóloga Forense apreció, además, la presencia de coágulos de sangre en el lecho de la vesícula e

infiltrado hemorrágico del tejido blando periaortico y alrededor de la vena cava inferior. La prueba creída demostró que la intervención quirúrgica provocó una hemorragia al paciente, lo que a su vez causó un shock hipovolémico que terminó con su vida

Si Ortiz Feliciano hubiera revisado la cavidad abdominal de Vázquez Carmona al momento en que Cabrera Díaz le informó el descenso en la presión sanguínea y el pulso, antes de cerrar la incisión, hubiera podido identificar la hemorragia y, por tanto, le hubieran podido brindar al paciente el tratamiento correcto para evitar su muerte. No lo hizo.”

Estas determinaciones satisfacen, como adelantamos, las normas de derecho aplicables a esta controversia. Como sabemos, estas normas exigen a los médicos que ofrezcan a sus pacientes la atención médica, cuidados, destrezas y protección que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica. Santiago Otero v. Méndez, 135 D.P.R. 540, 549 (1994); Ramos Robles v. García Vicario, 134 D.P.R. 969, 975-976 (1993).

Para que proceda la responsabilidad civil del médico, el promovente de la acción tiene la obligación de establecer: 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 y el daño sufrido. Para ello, es necesario que se presente prueba satisfactoria sobre: 1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o especialistas; y 2) la relación causal entre la actuación u omisión del médico y la lesión sufrida por el paciente. López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119, 132 (2004); Soto Cabral v. ELA, 138 D.P.R. 298, 308-309 (1995); Pagán Rivera v. Municipio de Vega Alta, 127 D.P.R. 538, 544 (1990).

El promovente de la acción de daños y perjuicios por mala práctica, como la que nos ocupa, debe establecer mediante preponderancia de prueba, que el tratamiento médico ofrecido o la ausencia de uno indicado y correcto, fue el factor que con mayor

probabilidad causó el daño sufrido por el paciente. La Sentencia aquí apelada se ajusta cumplidamente a esas normas legales, jurisprudenciales y evidenciaras, por lo que debió ser confirmada.¹⁰²

Troadio González Vargas
Juez de Apelaciones

¹⁰² En vista de la decisión tomada en este caso por la mayoría y los fundamentos en los que se apoya, me he abstenido de pasar juicio en este momento sobre los méritos de otros señalamientos de error.