

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN  
PANEL I

CRISTINA ACOSTA  
FERMÍN

Recurrido

v.

DR. KERMIT J. RICHIEZ  
COLÓN

Peticionario

KLCE201501032

*Certiorari* procedente  
del Tribunal de  
Primera Instancia,  
Sala de San Juan

Caso Núm.:  
K DP2013-1426 (804)

Sobre:  
Daños y Perjuicios;  
Impericia Médica

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Fraticelli Torres, la Juez Ortiz Flores y el Juez Ramos Torres

Fraticelli Torres, Jueza Ponente

**SENTENCIA**

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

Comparece el doctor Kermit Richiez Colón y solicita que expidamos el auto de *certiorari* mediante el cual recurre de una resolución emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de San Juan, el 4 de mayo de 2015 y notificada el día 27 del mismo mes. En esa resolución, el foro primario concluyó que el doctor Richiez no obtuvo el consentimiento informado de la señora Cristina Acosta Fermín para administrarle ciertos anestésicos antes de practicarle una endoscopia. Además, determinó que el galeno se apartó de la mejor práctica de la medicina al administrarle a la paciente una dosis incorrecta de tales medicamentos.

Luego de evaluar los méritos de la petición, examinar la transcripción de la prueba oral y la prueba pericial que obra en autos, y considerar los alegatos de ambas partes, resolvemos expedir el auto discrecional y revocar la resolución recurrida.

Veamos los antecedentes fácticos y procesales pertinentes a la controversia ante nuestra consideración.

## I

Los hechos relevantes a las cuestiones planteadas en el recurso, según las determinaciones de hechos del Tribunal de Primera Instancia y la prueba admitida en el juicio, son los siguientes.

El 19 de abril de 2012, la señora Cristina Acosta Fermín (señora Acosta) acudió a la oficina del doctor gastroenterólogo Kermit Richiez Colón (doctor Richiez), para una evaluación inicial. En esa ocasión se quejó de un dolor abdominal que se irradiaba al flanco derecho. Por tal razón, el doctor Richiez le ordenó varios estudios y laboratorios dentro de los cuales incluyó un *CMP*, un *CBC*, un *CT Scan* de abdomen y pelvis y un examen de orina.

Luego de examinar los resultados de los laboratorios, el doctor Richiez le recomendó una endoscopia y una colonoscopia para determinar la causa del dolor. El 19 de julio de 2012 la señora Acosta visitó el consultorio del doctor Richiez para realizarse la endoscopia. En esa ocasión, acudió acompañada de su hija, la señora Águeda Inés Casimiro Acosta. La secretaria del doctor Richiez les entregó a la señora Acosta y a su hija un documento de una página titulado "Consentimiento para Procedimiento Endoscópico". En este documento se le explicaba a la paciente que los medicamentos que se emplearían para el proceso de endoscopía podían provocar ciertas complicaciones, tales como pulmonía por aspiración y **reacción a los medicamentos sedativos intravenosos**, entre otras. Luego de que su hija le leyera el contenido del documento, la señora Acosta lo firmó. No surge de la prueba admitida que esta expresara dudas sobre lo que le leyó su hija o preguntara o solicitara aclaración de la información contenida en el documento.

Previo a iniciar el procedimiento de endoscopía, el doctor Richiez ordenó que se le administrara a la señora Acosta 10 mg de *Versed (Midazolam)* y 50 mg de *Demerol (Meperidine)*. Minutos después, cuando la paciente estaba sedada, comenzó la endoscopía. Iniciado el proceso, la señora Acosta intentó removerse el endoscopio, por lo que el doctor

Richiez decidió administrarle una segunda dosis de 50 mg de *Demerol* endovenoso, para evitar que ella se causara daño y poder concluir el procedimiento. Luego tomó las biopsias y concluyó el procedimiento. Consta en las notas de enfermería del expediente médico preparado por el doctor Richiez que la endoscopia comenzó a las 12:18 pm y terminó a las 12:22 pm.

Concluido el procedimiento, la paciente presentó una disminución de la frecuencia respiratoria y de la saturación de oxígeno. Por tal razón, el doctor Richiez le administró 0.2 mg de *Romazicon (Flumazenil)* y 0.4 mg de *Narcan (Naloxone)*, ambos de forma intravenosa. Debido a que la señora Acosta no respondió a esos medicamentos, fue necesario practicarle maniobras de resucitación cardiopulmonar y ventilación, utilizando un *AMBU bag*. Además, se le administró una dosis adicional de *Romazicon*, para completar 1 mg, más 0.4 mg adicionales de *Narcan*, con el objetivo de revertir los efectos de los sedantes administrados, *Versed* y *Demerol*. Aunque **fue estabilizada y respiraba por su cuenta**, la señora Acosta no estaba totalmente responsiva. Ante este cuadro clínico, el doctor Richiez anotó en su record que la señora Acosta sufrió un arresto respiratorio. Por tal razón, a la 1:40 pm fue transferida a la Sala de Emergencias del Hospital Auxilio Mutuo. Al llegar a la sala de emergencias, se le administró otra dosis de *Romazicon* que le ayudó a responder lentamente. Por razones que no están del todo claras en el récord, la señora Acosta permaneció recluida en ese hospital hasta el 10 de agosto de 2012.

Por tales hechos, el 2 de diciembre de 2013 la señora Acosta presentó una demanda de daños y perjuicios contra el doctor Richiez por su alegada impericia médica durante el procedimiento de endoscopia. Específicamente, alegó que el doctor Richiez se apartó de la mejor práctica de la medicina al administrar y dosificar los anestésicos administrados para la sedación previa. Además, alegó que el galeno no monitoreó sus signos vitales, que no midió el grado de riesgo de la

anestesia suministrada y que no tomó las medidas necesarias para prevenir el paro respiratorio. También alegó que el doctor Richiez no obtuvo su consentimiento informado previo a administrarle los sedantes. Según la postura de la señora Acosta, tales errores del doctor Richiez fueron la causa del paro respiratorio que la mantuvo recluida hasta el 10 de agosto de 2012.

El 30 de marzo de 2015 se celebró la vista de negligencia en la que la señora Acosta presentó, además de su propio testimonio, el de su hija Águeda Inés y el de su perito, el doctor generalista Julio Albino. La prueba de la parte peticionaria consistió del testimonio del doctor Richiez y el de su perito, el doctor gastroenterólogo Álvaro Raymunde. En la vista se dilucidó si el doctor Richiez obtuvo el consentimiento informado de la señora Acosta y si se apartó de la mejor práctica de la medicina, tanto al administrar las dosificaciones de anestesia, como en el tratamiento dado para contrarrestar la reacción adversa presentada por la paciente. La vista de los daños se dilucidaría posteriormente.

Luego de destacar que la mejor práctica de la medicina requiere que, previo al procedimiento de endoscopia, los médicos informen a los pacientes sobre los riesgos de los medicamentos a utilizarse, el foro primario estimó probado que el doctor Richiez no obtuvo el consentimiento informado de la paciente para administrar los anestésicos. Para arribar a tal conclusión, estimó significativo que el documento de consentimiento informado no es suficientemente específico en cuanto a los efectos de los medicamentos utilizados y que la frase "reacción a los medicamentos" no basta para advertir a una persona promedio sobre los riesgos de los sedantes.

En segundo lugar, el Tribunal de Primera Instancia determinó que el doctor Richiez se alejó de la mejor práctica de la medicina al administrar una segunda dosis de 50 mg de Demerol, en vez de dividirla en dosis de 25 mg, como establece cierta literatura médica admitida en evidencia. Agregó como hecho probado que el doctor Richiez administró

la dosis de Demerol más alta, a pesar de que la literatura médica recomienda que se administre lentamente, en dosis de 25 mg, hasta un máximo de 100 mg. Partiendo de tal premisa, **concluyó que la dosis de 50 mg fue lo que con mayor probabilidad causó el problema respiratorio de la recurrida.** En síntesis, el tribunal concluyó que el doctor Richiez incurrió en impericia médica al administrar y dosificar los analgésicos utilizados durante la endoscopia de la señora Acosta.

El doctor Richiez presentó una moción de reconsideración en la que solicitó que se dejara sin efecto la determinación de negligencia y, consecuentemente, que se ordenara la desestimación de la acción de daños presentada por la señora Acosta. El Tribunal de Primera Instancia denegó su solicitud.

Inconforme con tal determinación, el doctor Richiez recurre ante nos mediante este recurso de *certiorari* en el que le imputa al foro primario la comisión de dos errores: (1) determinar que el Dr. Richiez no obtuvo el consentimiento informado de la Sra. Cristina Acosta para el procedimiento de endoscopia al cual fue sometida y (2) determinar que el Dr. Kermit Richiez incurrió en negligencia en el tratamiento brindado a la Sra. Cristina Acosta, siendo dicha determinación una contraria a la prueba desfilada, mediando una errónea apreciación de la prueba, al sustituir la misma por su propio criterio.

II

- A -

A tenor de la Regla 52.1 de Procedimiento Civil de 2009, según enmendada por la Ley Núm. 177-2010, el Tribunal de Apelaciones puede acoger peticiones de *certiorari* para revisar decisiones sobre asuntos muy limitados. 32 L.P.R.A. Ap. V., R. 52.1. Dispone esta regla que:

El recurso de *certiorari* para revisar resoluciones u órdenes interlocutorias dictadas por el Tribunal de Primera Instancia, **solamente será expedido** por el Tribunal de Apelaciones cuando se recurra de una resolución u orden bajo las **Reglas 56 y 57 o de la denegatoria de una moción de carácter dispositivo.** No obstante, y **por excepción** a lo dispuesto anteriormente, el Tribunal de Apelaciones **podrá** revisar órdenes o resoluciones interlocutorias dictadas por el Tribunal de Primera Instancia cuando se recurra de

decisiones sobre la admisibilidad de testigos de hechos o peritos esenciales, asuntos relativos a privilegios evidenciarios, anotaciones de rebeldía o en casos de relaciones de familia, en casos que revistan interés público o **en cualquier otra situación en la cual esperar a la apelación constituiría un fracaso irremediable de la justicia**. Al denegar la expedición de un recurso de *certiorari* en estos casos, el Tribunal de Apelaciones no tiene que fundamentar su decisión.

Cualquier otra resolución u orden interlocutoria expedida por el Tribunal de Primera Instancia podrá ser revisada en el recurso de apelación que se interponga contra la sentencia sujeto a lo dispuesto en la Regla 50 sobre los errores no perjudiciales.

32 L.P.R.A. Ap. V, R.52.1. (Énfasis suplido).

Según surge de la regla citada, el auto de *certiorari* solo será expedido excepcionalmente cuando no exista otro recurso ordinario que proteja eficaz y rápidamente los derechos del peticionario durante el juicio, si la cuestión planteada no puede señalarse como error en la apelación o si sería ya académica al dictarse la sentencia final. *Negrón v. Srio. De Justicia*, 154 D.P.R. 79, 91(2001); *Pueblo v. Días De León*, 176 D.P.R. 913, 917-918 (2009).

Por otro lado, al evaluar los méritos de una petición de *certiorari* debemos considerar si la aplicación del derecho en la decisión interlocutoria no lacera los derechos de las partes ni el sentido de justicia que se espera de los foros judiciales. **Si la situación lo amerita, nuestra intervención puede evitar la continuación de un pleito que no se justifica** o corregir un desliz sustantivo o procesal cuya atención no debe posponerse hasta que finalice el litigio.

Cabe aclarar, sin embargo, que como en todas las instancias en que se confiere discreción al foro judicial, nuestra revisión no se da en el vacío ni en ausencia de parámetros que la guíen y delimiten. En el caso de un recurso de *certiorari* ante este foro apelativo intermedio, tal discreción se encuentra demarcada por la Regla 40 de nuestro reglamento, 4 L.P.R.A. Ap. XXII-B. En ella se detallan los criterios que debemos tomar en cuenta al ejercer tal facultad discrecional:

**(A) Si el remedio y la disposición de la decisión recurrida, a diferencia de sus fundamentos, son contrarios a derecho.**

(B) Si la situación de hechos planteada es la más indicada para el análisis del problema.

**(C) Si ha mediado prejuicio, parcialidad o error craso y manifiesto en la apreciación de la prueba por el Tribunal de Primera Instancia.**

(D) Si el asunto planteado exige consideración más detenida a la luz de los autos originales, los cuales deberán ser elevados, o de alegatos más elaborados.

**(E) Si la etapa del procedimiento en que se presenta el caso es la más propicia para su consideración.**

(F) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa no causan un fraccionamiento indebido del pleito y una dilación indeseable en la solución final del litigio.

**(G) Si la expedición del auto o de la orden de mostrar causa evita un fracaso de la justicia.**

4 L.P.R.A. Ap. XXII-B, R. 40. (Énfasis nuestro.)

Reconocemos que los Tribunales de Primera Instancia tienen una gran discreción en el manejo de los procedimientos celebrados en sus salas. Precisamente son los juzgadores de primera instancia los que están en mejor posición para organizar el desarrollo del caso y pautar los procedimientos de rigor y, para ello, necesitan la más amplia flexibilidad y deferencia de los foros apelativos. Sin embargo, no tenemos duda de que estamos ante el momento preciso para considerar el auto de *certiorari* presentado por el doctor Richiez. Ello es así debido a que, de prosperar en sus alegaciones, resultaría innecesaria la continuación del juicio. Así, en ausencia de circunstancias que justifiquen postergar la revisión de este asunto interlocutorio dispositivo, procede acogerlo y atenderlo con celeridad. Solo así propiciamos que este foro intermedio ejerza su autoridad apelativa oportunamente.

Resuelta esta cuestión de umbral, examinemos los méritos de los errores que señala el recurrente y las razones que justifican nuestra intervención conforme a la facultad que nos confiere la Regla 40 del Reglamento del Tribunal de Apelaciones, ya citado.

- B -

El Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, 31 L.P.R.A. sec. 5141, dispone que una persona incurre en responsabilidad por daños y perjuicios cuando el perjudicado demuestra, mediante preponderancia de

la prueba, (1) que ha habido una acción u omisión de parte de la persona demandada; (2) que ha mediado negligencia en esa conducta; y (3) que existe un nexo causal entre la acción u omisión de la parte demandada y el daño sufrido por el perjudicado. *García Gómez v. E.L.A. et al.*, 163 D.P.R. 800, 809 (2005); *Toro Aponte v. E.L.A.*, 142 D.P.R. 464, 473 (1997); *Vélez Rodríguez v. Amaro Cora*, 138 D.P.R. 182, 189 (1995).

En casos de responsabilidad profesional por impericia médica, corresponde al demandante probar, mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento ofrecido por el demandado fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño, más el vínculo causal que requiere el Artículo 1802. *Cruz v. Centro Médico de Puerto Rico*, 113 D.P.R. 719, 744 (1973).

El Tribunal Supremo ha expresado que existe una presunción a favor del médico de que este utilizó y administró el tratamiento adecuado a su paciente. Por tanto, es el demandante quien debe establecer mediante prueba pericial cuáles son los requisitos de cuidado y reconocimiento científico requeridos por la profesión en el tratamiento de determinado tipo de pacientes, así como las normas de consentimiento informado y la razón por la cual el médico demandado no cumplió con ellas. *Rivera v. Dunscombe*, 73 D.P.R. 819, 838 (1952); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R. 639, 650–651 (1988).

El hecho de que un paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya tenido éxito no crea una presunción de negligencia por parte del médico. Por tanto, no es posible, para rebatir esta presunción, que el demandante descansa en una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento del médico de su obligación profesional. *Ramos Robles v. García Vicario*, 134 D.P.R. 969, 976 (1993). De esta manera se evita que la relación de causalidad se establezca a base de una mera especulación o conjetura. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 650.

La norma sentada sobre este particular se resume en estas



palabras: “Una vez desfilada la prueba, si la evidencia señala la existencia de múltiples causas, no puede imponérsele responsabilidad al médico a menos que del conjunto de la evidencia surja que con mayor probabilidad la actuación negligente fue la causa del daño.” *Ramos Robles v. García Vicario*, 134 D.P.R., en la pág. 976.

A base de lo dicho, en síntesis, para establecer *prima facie* un caso de daños y perjuicios por impericia médica, el demandante tiene que presentar prueba sobre los siguientes elementos: (1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; y (2) la relación causal entre la actuación u omisión del galeno y la lesión sufrida por el paciente. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en la pág. 640.

- C -

El consentimiento del paciente es un elemento indispensable para llevar a cabo un procedimiento médico quirúrgico, tratamiento o procedimiento médico que resulte invasivo al cuerpo humano, salvo las situaciones excepcionales de emergencia y perjuicio al estado psicológico de aprehensión del paciente. Para que se entienda cumplido ese criterio esencial en casos de impericia médica, además de obtenerse el consentimiento expreso del paciente, es necesario que ese consentimiento sea informado. *Rojas v. Maldonado*, 68 D.P.R. 818, 827 (1948).

El fundamento jurídico de tal exigencia es que todas las personas tienen el derecho constitucional a decidir libremente sobre su cuerpo. Como corolario de tal derecho, los tribunales han resuelto en reiteradas ocasiones que los doctores tienen la obligación de obtener el consentimiento informado de sus pacientes previo a emplear cualquier tratamiento o intervención quirúrgica. El término consentimiento informado impone a los galenos el deber de ofrecer a sus pacientes toda la información que sea indispensable para comprender la naturaleza de cierto procedimiento, lo que debe incluir datos sobre los beneficios, los

riesgos y las posibles complicaciones. *Martínez Marrero v. González Droz*, 180 D.P.R. 579, 593 (2011).

Generalmente, sobre este tema, la controversia se centra sobre cuánta información el médico debe darle al paciente para que el consentimiento que este preste no esté viciado o sea suficiente para hacer una decisión inteligente. La jurisprudencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reiterado que el médico deberá divulgar tanto los riesgos razonablemente previsibles, como los beneficios del tratamiento o procedimiento invasivo. También deberá informar sobre alternativas disponibles y sobre los riesgos probables en caso de que el paciente opte por no tratarse la condición. Así lo reiteró la alta curia en *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., en las págs. 663–664. En esa opinión el alto foro pautó como norma simple y clara la siguiente:

La doctrina del consentimiento informado impone al médico el deber de informar al paciente acerca de la naturaleza y riesgos de un tratamiento médico propuesto de manera que el paciente se encuentre en la posición de hacer una decisión inteligente e informada.

*Id.*, 121 D.P.R., en la pág. 664.

Posteriormente la jurisprudencia patria repasó algunas tendencias modernas sobre el tema en el derecho estadounidense, entre las que destacan las conocidas como estándar del “profesional de la medicina”<sup>1</sup> frente al estándar del “paciente razonable”.<sup>2</sup> Luego de reevaluar esas

<sup>1</sup> Esta tendencia se describe así en *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R., en la pág. 743:

La tendencia mayoritaria es darle a este deber el alcance que determina la práctica prevaleciente en la comunidad médica. Al adoptar este criterio, algunos tribunales han sostenido que una vez el actor prueba que el médico falló en informarle de los riesgos inherentes a un procedimiento, el peso de la prueba recae sobre éste, quien deberá probar que esa omisión está avalada por la práctica prevaleciente de la medicina. *Blades v. DaFoe*, 666 P.2d 1126 (Colo. App. 1983), 704 P.2d 317 (1985). Estas jurisdicciones requieren generalmente que el demandante ofrezca testimonio pericial para establecer que: (1) un profesional médico razonable, siguiendo criterios prevalecientes en la práctica de la profesión y situado en unas circunstancias similares, hubiera divulgado la información, y (2) que el demandado no cumplió ese criterio profesional prevaleciente. *Fuller v. Starnes*, 597 S.W.2d 88 (1980).

<sup>2</sup> En *Sepúlveda v. Barreto*, en las págs. 744-746, se explican los contornos de esta tendencia minoritaria del modo siguiente:

Por otro lado, la tendencia minoritaria utiliza la figura del “paciente razonable”, criterio originado en *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (Cir. D.C. 1972). [...] En *Canterbury v. Spence*, supra, se rechazó la idea de que el deber de informar está determinado o delimitado por la práctica prevaleciente en la profesión médica. Allí se impuso la obligación de informar todo riesgo material, definido éste como todo aquel riesgo al que una persona razonable, colocada en el lugar del paciente, daría importancia al momento de decidir si consiente a la terapia o al procedimiento propuesto.

tendencias, *en armonía con las normas y principios de derecho civil que gobiernan la materia de la responsabilidad civil en Puerto Rico*, el Tribunal Supremo expresó que “lo más apropiado es que adoptemos el criterio del **profesional de la medicina**, y no el del paciente razonable establecido en *Canterbury v. Spence*, [464 F.2d 772 (Cir. D.C. 1972).]”, según fue discutido y descartado previamente en el caso de *Rodríguez Crespo v. Hernández*.

El estándar adoptado en *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R. 735 (1994), “acarrea para el médico el deber de informar aquellos riesgos, conforme lo establecido por la práctica prevaleciente de la medicina. Bajo ninguna circunstancia, ni siquiera en aquellos tratamientos que no entrañen ningún fin curativo, tendrá el médico el deber de informar sobre los riesgos que sean remotos, que hayan ocurrido en pocas ocasiones o que sean meramente hipotéticos.” *Id.*, en las págs. 752-753.

Este estándar del “profesional de la medicina” armoniza con las normas y principios civilistas prevalecientes en Puerto Rico, sobre todo con la doctrina de la **causalidad adecuada**, que determina “la causalidad legal entre la acción u omisión negligente y el daño sufrido”. *Sociedad Legal de Gananciales v. Jerónimo Corp.*, 103 D.P.R. 127, 134 (1974). Conforme a esta doctrina civilista, “no es causa toda condición sin la cual

---

Dicho tribunal razonó que posiblemente en algunos casos la práctica prevaleciente de la profesión no habría formado un criterio discernible del ámbito del deber de informar. Además, atribuir a la profesión médica la determinación de qué información debe divulgarse, podría ir en detrimento del derecho de autodeterminación de los pacientes. *A Contrario sensu*, de “paciente razonable” evitaría el temor al prejuicio profesional en favor de la no divulgación motivada por consideraciones ajenas a los intereses terapéuticos del paciente. T.J. Schneyer, *Informed Consent and the Danger of Bias in the Formation of Medical Disclosure Practices*, 1976 (Núm. 1) Wis. L.Rev. 124 (1976).

El efecto del criterio fundamentado en el “paciente razonable” es que la determinación del ámbito preciso del deber de informar se convierte en una cuestión de adjudicación fáctica no pericial. No obstante, el testimonio pericial sigue siendo necesario en las jurisdicciones que han adoptado *Canterbury v. Spence*, supra. Aunque bajo este criterio no es preciso presentar a los peritos médicos para probar cuáles riesgos son materiales, lo será para establecer que la materia no divulgada era un riesgo, efecto, alternativa u otro aspecto inherente al procedimiento en cuestión, así como la prognosis si el paciente quedaba sin tratamiento. También es necesario el testimonio de un perito para establecer si un médico razonable, conforme los criterios prevalecientes en la práctica de la profesión, debió estar al tanto de esa información. *Cross v. Trapp*, 294 S.E.2d 446, 455 (W. Va. 1982); *Festa v. Greenberg*, 511 A.2d 1371 (1986). Finalmente, bajo este criterio de adjudicación, el testimonio pericial es necesario para establecer que el daño sufrido por el paciente fue causado, en efecto, por la materialización del riesgo sobre el cual no hubo divulgación adecuada.

no se hubiera producido el resultado, sino aquella que ordinariamente lo produce, según la experiencia general.” J. Santos Briz, *Derecho de Daños*, Ed. Revista de Derecho Privado, Madrid, 1963, págs. 215 y ss.

Al aplicar la doctrina de la causalidad adecuada al tema del consentimiento de un paciente, la controversia consiste en determinar si, dentro del curso normal de los hechos, le era exigible al médico prever que la falta de información debida hubiera llevado a la paciente a adoptar una decisión distinta a la que tomó. No es necesario que el médico haga esta determinación con certeza matemática para que le sea exigible el mandato del Artículo 1802; basta con que la negligencia incurrida por este, en el curso normal de los hechos acontecidos, muy probablemente pudo ocasionar el daño. *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R., pág. 760.

En fin, al alegarse la falta de conocimiento del paciente como causa del daño sufrido luego de una intervención médica, será necesario que se presente prueba sobre las normas de consentimiento informado que sean aplicables al caso y la razón por la cual el médico incumplió con ellas. *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., pág. 666. La cadena causal entre la omisión del médico al informar y la materialización del riesgo no divulgado debe cumplir con dos requisitos: (1) la falta de divulgación debió haber causado que el paciente consintiera al procedimiento propuesto; y (2) el procedimiento debió haber causado daño al paciente. *Sepúlveda v. Barreto*, 137 D.P.R., págs. 756–757.

Es decir, cuando el paciente alegue que el médico incurrió en impericia médica, por no haberle informado adecuadamente acerca de los riesgos incidentales al tratamiento al que quería someterse, tiene que establecer, conforme los principios generales que rigen la negligencia, que **la falta de información fue la causa adecuada del daño sufrido**. Dicho de otro modo, no basta con alegar que faltó información al paciente o que esta fue insuficiente, sino probar que, **de haber conocido el riesgo específico que se materializó en el daño sufrido, no hubiera consentido a la intervención, evitando así sus consecuencias**.

Claro, reiteramos que esa importante afirmación se enfrenta a otras normas y criterios ya enunciados. El médico no será responsable por no divulgar riesgos que no puedan ser razonablemente previstos, como tampoco incurrirá en responsabilidad por no informar “**de alguna secuela inesperada que surja durante la cirugía.**” *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 D.P.R., pág. 664. “Aunque hay diversidad de criterios sobre el alcance y contenido del deber de divulgación, hay consenso sobre el hecho de que no hay que divulgar riesgos remotos que hayan ocurrido en pocas ocasiones y que no es probable que le ocurran a ese paciente particular.” *Id.*, pág. 665.

- D -

Antes de comenzar la discusión de los errores señalados, es necesario recordar que estamos en igual posición que el foro primario para evaluar la corrección de las determinaciones de hechos a las que alude el doctor Richiez, ya que están basadas en la prueba pericial y documental. *Rodríguez Cancel v. A.E.E.*, 116 D.P.R. 443, 450 (1985). Es por ello que, como foro apelativo, estamos facultados para ejercer nuestro propio criterio en cuanto al valor probatorio de dicha evidencia. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 D.P.R. 658, 662-663 (2000).

Lo anterior no significa que nuestra revisión se dé en ausencia de parámetros que la delimiten. Por el contrario, para medir el valor probatorio del testimonio de un perito, tomaremos en cuenta los factores de rigor, tales como sus cualificaciones, la solidez de las bases de su testimonio, la confiabilidad de la ciencia o técnica subyacente y su grado de parcialidad. También será pertinente la especialidad del perito, pues aunque no incida sobre la cualificación como testigo experto, puede resultar crucial a la hora de conferirle valor probatorio y credibilidad. Véase a Ernesto L. Chiesa, *Tratado de Derecho Probatorio*, Publicaciones J.T.S., Tomo I, 1998, pág. 593-594; también *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.*, 150 D.P.R., pág. 664.

Así definido el ámbito de nuestra revisión apelativa, examinemos si la determinación de negligencia encuentra apoyo en la prueba que obra en autos.

III

- A -

En el primer señalamiento de error, el doctor Richiez plantea que el Tribunal de Primera Instancia incidió al determinar que no medió consentimiento informado de la señora Acosta para el procedimiento de endoscopia. Al discutir tal señalamiento, el doctor Richiez argumenta que no hay requisito en la literatura médica ni en nuestro ordenamiento legal que requiera que todos los elementos para el consentimiento informado consten en una sola hoja. Añade que del récord médico, visto en su totalidad, se desprende que mediaron todos los elementos requeridos para obtener el consentimiento informado de la señora Acosta para la endoscopia.

El primero en declarar sobre este extremo fue el perito de la señora Acosta, doctor Julio Albino, quien se dedica a la medicina general desde 1994, luego de completar un año en medicina de familia, un año en medicina interna y obtener el grado de Juris Doctor. Como parte de su práctica médica ha administrado tanto anestésicos locales, como anestésicos generales, tales como Versed y Demerol.<sup>3</sup> Sin embargo, admitió que nunca ha realizado una endoscopia ni cuenta con la educación o preparación necesaria para ello.<sup>4</sup>

Para emitir la opinión pericial sobre los hechos que originaron este caso, el doctor Albino examinó el récord de la recurrida en la oficina del doctor Richiez y los datos de su admisión al Hospital Auxilio Mutuo. Además, consultó cierta literatura médica que contiene información sobre los requerimientos para practicar endoscopias en una oficina médica,

---

<sup>3</sup> Transcripción de la Vista de Negligencia (T.V.N.), págs. 22-26.

<sup>4</sup> T.V.N., pág. 29.

sobre los requisitos para obtener el consentimiento informado y sobre los medicamentos que se deben administrar durante el proceso.<sup>5</sup>

Con esa información, opinó que para obtener el consentimiento informado previo a un procedimiento de endoscopia, es necesario cumplir con seis requisitos. Entre estos, mencionó el diagnóstico médico; la naturaleza del procedimiento propuesto y los laboratorios que lo validan, la razón por la que es sugerido, los beneficios, los riesgos y la incidencia de estos y las alternativas razonables al procedimiento. Asimismo, expresó que los doctores deben informar sobre los peligros y los riesgos de los medicamentos a administrarse.<sup>6</sup>

De un examen del récord médico de la señora Acosta, a la luz de los mencionados requisitos, el doctor Albino concluyó que el doctor Richiez no obtuvo su consentimiento informado. En primer lugar, resaltó que la *hoja de consentimiento* no contiene el diagnóstico ni los laboratorios que se había realizado la paciente. También observó que no es suficiente con que en la hoja se haya hecho constar que el doctor Richiez explicó a la paciente sobre la naturaleza, el propósito y la razón del procedimiento, sino que debió incluir la información específica sobre cada uno de esos aspectos. Igualmente, señaló que el documento carece de información sobre los beneficios del procedimiento y las alternativas razonables.<sup>7</sup>

Por último, el doctor Albino explicó que, aunque surge del documento la posibilidad de ciertos peligros tales como hemorragia, perforación y pulmonía por aspiración, así como reacción a los medicamentos sedativos intravenosos, el galeno debió ser más específico en cuanto a las reacciones de tales medicamentos e incluir la posibilidad de que ocurrieran alteraciones mentales, dificultades respiratorias o hasta un paro respiratorio.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> T.V.N., pág. 38.

<sup>6</sup> T.V.N., págs. 65-66.

<sup>7</sup> T.V.N., págs. 69-71, 74.

<sup>8</sup> T.V.N., págs. 72-73.

A pesar de lo anterior, durante el turno de conainterrogatorio el doctor Albino reconoció que muchos de los requisitos para obtener el consentimiento informado, aunque no constan en la referida hoja, surgen de otras que forman parte del récord médico.<sup>9</sup> Específicamente, admitió que del récord se desprenden los resultados del laboratorio, el diagnóstico, los beneficios y el plan o la razón por la que se sugiere el procedimiento, lo que se comunicó a la paciente y esta conocía antes de la endoscopia. Además, admitió que no había otra alternativa razonable al procedimiento.<sup>10</sup> Veamos.

P. **Conforme surge del récord de la oficina del doctor Richiez, la información que usted dice que debió aparecer en el Consentimiento, según usted, no están en el documento de Consentimiento Informado, pero está en otras partes del récord médico. ¿Verdad que sí?**

R. **Eso es así.**

P. **Y conforme surge de la evaluación que se hace del récord médico todos los criterios, al estar en el récord médico evidencian que aquí se discutió con la paciente el, procedimiento de endoscopia. ¿Verdad que sí?**

R. **Sí**

P. **Se discutieron los riesgos de la endoscopia.**

HONORABLE JUEZ

Es repetitivo. Es lo mismo que se discutió en el turno anterior.

LCDO. JOSÉ R. MARTÍNEZ RAMOS

Sí, Vuestro Honor, lo que pasa es que él está diciendo que no aparecen en el documento como tal.

HONORABLE JUEZ

Por eso. Eso es lo único nuevo que ha dicho. Sobre eso, si quiere preguntar.

LCDO. JOSÉ R. MARTÍNEZ RAMOS

Bien.

HONORABLE JUEZ

Pero lo repetitivo no.

LCDO. JOSÉ R. MARTÍNEZ RAMOS

P. **Y aunque no aparece en el Consentimiento la realidad es que todo lo que usted ha cuestionado sobre la ausencia en el Consentimiento aparecen en otras partes del récord. ¿Verdad que sí?**

DR. JULIO A. ALBINO VÁZQUEZ

R. **Sí.**

P. **Y todas fueron discutidas con la paciente.**

R. **Según surge del récord, sí.**

P. **Y ella estuvo de acuerdo. ¿Verdad que sí?**

<sup>9</sup> T.V.N., págs. 89-107.

<sup>10</sup> T.V.N., págs. 107-108



R. **Según surge del récord sí.**

P. Eso es todo, Vuestro Honor.

Transcripción, págs. 140-142. (Énfasis nuestro.)

En otra parte del contrainterrogatorio el doctor Albino admitió que el total de los miligramos de Demerol administrados a la señora Acosta no pasó de la dosis recomendada por la literatura médica y que su administración a un paciente estaba dentro de la discreción del doctor Richiez.

P. Licenciado Martínez Ramos para el récord. Bien breve. Doctor, 100 miligramos, dosis máxima de Demerol a darse a un paciente en una sedación para una endoscopia.

DR. JULIO A. ALBINO VÁZQUEZ

R. En 60 minutos, sí.

P. ¿Verdad que, sí?

R. Sí.

[...]

P. En 60 minutos. O sea, que es discreción del médico darlos o no darlos.

R. **Siempre es discreción del médico.**

P. Siempre es discreción del médico. Es más, es juicio clínico del médico darlos o no darlos. ¿Verdad que sí?

R. Sí.

P. **Y en este caso, doctor, a esta paciente no se le dieron más de los 100 miligramos.**

R. **Correcto.**

Transcripción, pág. 140. (Énfasis nuestro.)

Por su parte, el perito del doctor Richiez fue el doctor Álvaro Raymunde Posso, internista y gastroenterólogo.<sup>11</sup> Este estimó que durante los 25 años en que se ha dedicado a la gastroenterología, ha practicado un promedio de 3,500 endoscopías al año.<sup>12</sup> Según su opinión, del examen de la totalidad del récord médico surge que la señora Acosta aceptó someterse al procedimiento de endoscopia luego de que el doctor Richiez realizara varios laboratorios, le recomendara la endoscopia y le advirtiera sobre ciertos riesgos, tales como perforación, sangrado, infecciones y efectos adversos a los medicamentos. Además de esa

<sup>11</sup> T.V.N., pág. 211.

<sup>12</sup> T.V.N., pág. 223. Más adelante, durante el turno de contrainterrogatorio, el doctor Raymunde fue cuestionado por la representación legal de la apelada sobre la corrección de tal cálculo. Según declaró, si atiende un promedio de 18 a 20 pacientes y trabaja de lunes a sábado, en ocasiones los 12 meses del año, el total de endoscopías al año podría resultar en un número mayor al que estimó inicialmente. Véase la T.V.N., págs. 244-245,

información, recalcó que consta en el récord un documento intitulado *Pre-operative check list*, con una lista de cotejo que ordena a las enfermeras repasar las instrucciones antes de comenzar el procedimiento. Asimismo, enfatizó que la página 21 del récord médico contiene una advertencia sobre ciertas complicaciones raras del Versed y el Demerol, dentro de las cuales está la pulmonía por aspiración y las reacciones adversas a los medicamentos sedativos intravenosos. **Estas últimas tienen una incidencia menor al uno por ciento.** Por estos hechos, el doctor Raymunde estuvo en desacuerdo con la postura del doctor Albino sobre la falta de consentimiento informado en este caso. Según opinó, la información que consta en el récord de la señora Acosta constituye el estándar de la práctica sobre consentimiento informado.<sup>13</sup>

Son especialmente ilustrativas algunas partes del testimonio del doctor Raymunde al evaluar el consentimiento dado en este caso.

Veamos.

- P. Le pregunto, los efectos adversos a los medicamentos, de alguna forma o manera está contenido en Consentimiento Informado.
- R. Correcto.
- P. Si es tan amable, sin pasar la página 11, váyase ahora a la página 21. Perdóneme, perdóneme, perdóneme. Veinte. Corrijo por segunda ocasión, Vuestro Honor. Veinticinco.
- R. Okay.
- P. ¿La tiene consigo?
- R. Correcto.
- P. ¿Qué es ese documento, doctor?
- R. Este es el eh... Consentimiento para procedimientos endoscópicos del doctor Richiez.
- P. ¿Qué complicación tuvo esta paciente en este caso?
- R. **Ella tuvo una depresión respiratoria.**
- P. **¿Cómo consecuencia de qué?**
- R. **De la sedación.**
- P. Esa complicación, ¿está contenida en ese documento?
- R. Correcto.
- P. ¿En qué parte?
- R. Está en el uno, dos... Tercer párrafo. Donde empieza, "Otras complicaciones, aunque raras".
- P. ¿Qué dice?
- R. "Otras complicaciones, aunque raras, que pudieran ocurrir son pulmonía por aspiración y reacción a los medicamentos sedativos intravenosos.

<sup>13</sup> T.V.N., págs. 230-235.

- P. Doctor, ¿por qué dice, “aunque raras?”
- R. Porque estadísticamente es menos del uno por ciento de los... de los... de los casos que tiene una complicación a estos medicamentos y la mayoría de ellos es una reacción idiosincrática, que uno... Idiosincrática quiere decir propio de la persona, uno no la puede saber, a no ser que cuando uno le hace el historial dice, “Sí, a mi me pusieron este medicamento y me puse bien mal”, pues, ya uno sabe hasta el momento que lo realiza. Pero es extremadamente rara.
- P. Usted escuchó al doctor Albino declarar sobre el Consentimiento Informado en este caso.
- R. Umjum.
- P. Y ya usted nos ha dicho que este Consentimiento establecido en la página 25 es similar al que usted usa.
- R. Correcto.  
[...]
- P. Previo a ese... a la firma de ese documento, ¿Qué debe hacer el especialista al efectuar... previo a efectuar el procedimiento de endoscopia?
- R. Explicarle en palabras sencillas, este, qué es el procedimiento per se, verdad, y que el paciente va a estar sedado o dormido, este, con los medicamentos que le vamos a poner. Usualmente yo explico que es un procedimiento corto y las complicaciones, aunque puede haber, porque no hay nada que no tenga complicaciones, son extremadamente bajas.
- P. **Doctor, de ese récord electrónico que usted tiene ante sí, ¿qué surge en cuanto al conocimiento que tenía la paciente de lo que se iba a efectuar en ella?**
- R. **El doctor dice que discutió verbalmente con... con la paciente, este, todos los detalles del procedimiento y que ella entendió.**

Transcripción, págs. 233-235. (Énfasis nuestro.)

- B -

Luego de aquilatar la prueba testimonial, documental y pericial vertida en el juicio, el Tribunal de Primera Instancia concluyó que el doctor Richiez no obtuvo el consentimiento informado de la señora Acosta ni demostró que esta hubiera entendido las instrucciones que recibió. Específicamente, concluyó que la hoja firmada por la señora Acosta solo advirtió sobre la naturaleza del procedimiento. Añadió que:

[E]l consentimiento para procedimiento endoscópico firmado por la Sra. Acosta no advierte que los medicamentos a administrarse podrían tener efectos reconocidos como depresión respiratoria y arresto respiratorio. **Una persona razonable, con la mera expresión “reacción a los medicamentos” no hubiera estado advertida de los riesgos de los sedantes que le iban a ser colocados.** Mayor aún en las circunstancias particulares de este caso, en el cual la demandante solo tiene una escolaridad de tercer grado de escuela. Esta no cuenta con la preparación para conocer los riesgos de los medicamentos a serle administrados.

Resolución, pág. 14 del apéndice. (Énfasis nuestro.)

Contrario al estándar que aplicó el foro primario, advertimos que al examinar la prueba que presentaron las partes, a los fines de determinar si la señora Acosta consintió al procedimiento de endoscopía de manera informada, **no debemos regirnos por la figura del paciente razonable, sino por el criterio del profesional de la medicina**, adoptado en *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*, citado arriba.<sup>14</sup> Luego de analizar la evidencia que consta ante nuestra consideración, a la luz de tal criterio, concluimos que el consentimiento para el procedimiento endoscópico que utilizó el doctor Richiez cumple con los estándares requeridos a los profesionales de la medicina, tanto por la literatura médica como por la jurisprudencia. Llegamos a tal conclusión luego de haber examinado los informes de ambos peritos y los documentos del récord médico que forman parte del apéndice del recurso de *certiorari*.

La hoja intitulada “Consentimiento para Procedimiento Endoscópico”, que fue presentada por el doctor Richiez como evidencia de que la señora Acosta accedió a someterse a la endoscopía de manera informada, contiene el nombre, el número de récord y la firma de la paciente. Con su firma, la señora Acosta reconoció que el doctor Richiez definió la naturaleza y el propósito del procedimiento de endoscopía superior y describió los objetos que emplearía para ello. Más aún, aceptó haber entendido la posibilidad de algunos riesgos de baja incidencia, tales como hemorragias y perforaciones intestinales, así como de otras complicaciones raras, entre ellas, una reacción a los medicamentos sedativos intravenosos:

[E]s un procedimiento que le permite al médico examinar la cubierta de la parte superior del intestino, que incluye el esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado). El médico utiliza un tubo delgado y flexible con lente y fuente de luz propias, llamado endoscopio, y visualiza las imágenes en un televisor.

Entiendo que todos los procedimientos endoscópicos conllevan un bajísimo riesgo de hemorragia o perforación del intestino, luego de la cual cirugía pudiera ser necesaria. El riesgo de perforación o sangrado aumenta si fuera necesario remover pólipos.

---

<sup>14</sup> 137 D.P.R., págs. 752-753.

Otras complicaciones, aunque raras, que pudieran ocurrir son pulmonía por aspiración y reacción a los medicamentos sedativos intravenosos.

El Dr. Kermit Richiez me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento. **Certifico haber entendido la información y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.** Así también, autorizo que se tomen biopsias y/o fotografías.

Apéndice, pág.64. (Énfasis nuestro.)

En el mismo documento el doctor Richiez acredita con su firma que “[ha] explicado al paciente la naturaleza y el propósito del procedimiento endoscópico”.

Si la señora Acosta quería establecer que el doctor Richiez incurrió en impericia médica por no haberle informado acerca de todos los riesgos incidentales posibles del procedimiento de endoscopia, **tenía que evidenciar que la falta de información fue la causa adecuada del daño.** No era suficiente alegar que le faltó información o que la hoja de consentimiento debió ser más específica. Ello responde a que imponerle al doctor el deber de divulgar **todo riesgo imaginable**, además de oneroso, resultaba altamente especulativo en este caso, en el que ni siquiera ha sido posible llegar a un diagnóstico certero sobre qué causó la dificultad respiratoria que sufrió la señora Acosta. Tampoco fue posible establecer una relación causal entre la omisión de información imputada al doctor Richiez y la materialización del alegado riesgo no divulgado.

Nuestra conclusión encuentra apoyo en el hecho de que es norma firmemente arraigada es nuestro ordenamiento que los médicos no están llamados a otorgar a sus pacientes un curso completo de medicina.<sup>15</sup> Mucho menos serán responsables, como dijimos, de divulgar todos los riesgos imaginables, sino aquellos razonablemente previsibles.<sup>16</sup>

En este caso, la señora Acosta, por medio de su hija, leyó la hoja que se le entregó antes de la endoscopia y ella la firmó como requerido. Pudo pedir explicaciones más amplias al médico o al personal que lo asistía sobre lo que era una reacción a los medicamentos sedativos, si no entendieron la frase, aunque esa terminología no es particularmente

<sup>15</sup> *Ríos Ruiz v. Mark*, *supra*, 119 D.P.R. 816, 828 (1987).

<sup>16</sup> *Sepúlveda v. Arrieta v. Barreto*, 137 D.P.R., en la pág. 751.

confusa o ininteligible. Por otro lado, no puede admitirse como correcto que la información indispensable que se debe al paciente ha de surgir toda de esa hoja. Desde el primer contacto que tiene un paciente con el médico va recibiendo información sobre su estado de salud, los diagnósticos, tratamientos y procedimientos recomendados para lograr su sanación. Y así surge de su record médico, información que complementa la hoja de consentimiento que generalmente se entrega inmediatamente antes de cualquier procedimiento excepcional, fuera de las citas y laboratorios ordinarios.

Por lo tanto, erró el Tribunal al determinar que la hoja de consentimiento debió ser más específica y al resolver, consecuentemente, que el doctor Richiez no obtuvo el consentimiento informado de la señora Acosta antes de someterla a la endoscopía.

#### IV

En el segundo error, el peticionario argumenta que incidió el foro al concluir que se apartó de la mejor práctica de la medicina al administrarle una segunda dosis de 50 mg de Demerol a la señora Acosta, sin tomar en cuenta las circunstancias particulares en las que se vio obligado a administrar la segunda dosis, cuando la señora Acosta intentó removerse el endoscopio. Es decir, el foro recurrido identificó, además, otra causa del daño; no la falta de consentimiento informado de la paciente, sino la conducta exhibida por el médico durante el proceso endoscópico, es decir, su incompetente desempeño profesional.

Analicemos la prueba pericial admitida en el juicio al analizar esta segunda causa del daño reclamado por la parte recurrida.

- A -

Por la parte recurrida declaró el doctor Julio Albino. Este opinó que el doctor Richiez se apartó de la mejor práctica de la medicina al administrar una segunda dosis de 50 mg de Demerol, en lugar de administrarlo de forma lenta y en dosis de 25 mg. Partiendo de dicha premisa, dedujo que la dificultad respiratoria **pudo haber sido causada**

por la doble dosis del mencionado medicamento. Añadió que la segunda dosis fue excesiva e innecesaria ya que el procedimiento solo duró cuatro minutos. En lugar de Demerol, el doctor Albino hubiera empleado Romazicon.<sup>17</sup>

Más adelante, a las preguntas sobre los riesgos del Demerol, detalló que pueden ocurrir reacciones alérgicas, expresiones dermatológicas, inflamaciones y complicaciones respiratorias. Aparte de los riesgos que constan en las guías, reconoció que desde el punto de vista farmacológico, se debe tomar en cuenta la idiosincrasia de la paciente o, dicho de otro modo, las posibles respuestas que cada persona puede presentar a los medicamentos.<sup>18</sup>

Aunque la teoría del doctor Albino consiste en que la señora Acosta sufrió un arresto respiratorio, durante el turno de conainterrogatorio **admitió que la complicación que sufrió la señora Acosta fue una reacción adversa a los medicamentos de sedación intravenosa y que es una de las complicaciones más raras de tales medicamentos**. También aceptó que la literatura que revisó no contraindica la administración de una segunda dosis de 50 mg de Demerol, sino que recomienda que después de una primera dosis se administren dosis adicionales de 25 mg de forma lenta e incrementos hasta un máximo de 100 mg. Así, **aceptó que la decisión sobre administrar la dosis máxima de Demerol recae dentro del ámbito de discreción del doctor**. Por último, aceptó que, **contrario a lo que suele ocurrir cuando un paciente sufre un arresto respiratorio, la señora Acosta no sufrió de apnea ni de hipotensión. Tampoco mostró irregularidades en los signos vitales.**<sup>19</sup> A pesar de que a la señora Acosta se le realizaron múltiples pruebas en el Hospital Auxilio Mutuo, **no fue posible establecer la causa del problema respiratorio.**<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> T.V.N., págs. 47, 54, 57, 63.

<sup>18</sup> T.V.N., pág. 55.

<sup>19</sup> T.V.N., págs. 107-108, 120-123.

<sup>20</sup> T.V.N., pág. 127.

Contrario al doctor Albino, luego de estudiar el expediente médico de la paciente, el gastroenterólogo Álvaro Raymunde concluyó que el doctor Richiez no incurrió en impericia médica al administrarle los sedativos intravenosos a la señora Acosta.<sup>21</sup> Al abundar sobre tal conclusión, explicó que no hay una dosis fija, ya que además de lo que dicta la guía, **es necesario tomar en cuenta la individualidad de cada paciente**. Ofreció como ejemplo que, mientras para sedar a algunos pacientes es suficiente con 25 mg de Demerol, **en ocasiones es necesario utilizar hasta 150 mg**. Por tal razón, estimó que la mejor práctica es observar la respuesta inicial al medicamento y, dependiendo de esta, **si el paciente persiste despierto o agitado, administrar una dosis mayor**.<sup>22</sup> En el caso particular de la señora Acosta, **opinó que el doctor Richiez tomó la decisión correcta al administrar una segunda dosis de 50 mg de Demerol**. Explicó que era necesario tomar dicha medida de forma rápida ante el riesgo de que la paciente se provocara un daño permanente con el endoscopio.<sup>23</sup>

Aquilatada la prueba pericial de ambas partes, el Tribunal de Primera Instancia determinó que la literatura médica sugiere que después de la primera dosis de Demerol, las subsiguientes se administren de forma lenta, en dosis de 25 mg, hasta un máximo de 100 mg. Por tal razón, concluyó que el doctor Richiez fue negligente y se apartó de la mejor práctica de la medicina al administrar una segunda dosis de 50 mg.

No obstante, el foro primario reconoció que la prueba pericial fue conflictiva en cuanto al tiempo de acción del Demerol. Sobre el particular,

---

<sup>21</sup> T.V.N., pág. 215.

<sup>22</sup> T.V.N., págs. 224-225.

<sup>23</sup> T.V.N., págs. 226-230. El galeno explicó que la tasa de mortalidad por perforaciones en el esófago asciende a treinta por ciento (30%). Más adelante, al reiterar tal opinión, expresó que:

[c]uando [...] el paciente tiene una reacción paradójica al efecto del Versed y el paciente no está coadministrado con el Demerol [,] la medicación correcta es revertirlo con Flumazenil, porque se le quita el efecto paradójico de esto. Pero esto es una paciente que está sedado [sic] está inducido a una... a sedación de leve a moderado. Por lo tanto, uno no le puede quitar el efecto paradójico del Versed porque ese paciente se va a poner más combativo probablemente, porque le quitas la anestesia y se levanta con un tubo en la boca.

T.V.N., a la pág. 262.



el doctor Raymunde aseguró que tal medicamento actúa en un minuto. Sin embargo, el Tribunal confirió mayor credibilidad al doctor Albino, quien aseguró que el tiempo de acción fluctúa entre tres a seis minutos. Tomando en cuenta que el procedimiento de endoscopia en este caso se extendió por aproximadamente cuatro minutos, el Tribunal estimó que la segunda dosis, además de excesiva e innecesaria, fue con mayor probabilidad la causa próxima del problema respiratorio.

Inconforme con tal conclusión, el doctor Richiez asegura que el Tribunal debió tomar en cuenta el momento específico y la situación que lo llevó a tomar la decisión de administrar una dosis mayor. El doctor Richiez acepta que la literatura médica recomienda las dosis de 25 mg en los casos en que no se logra la sedación antes de comenzar el procedimiento de endoscopia. Sin embargo, insiste en la necesidad de establecer la diferencia para las ocasiones en que, comenzado el procedimiento, no se logró la completa sedación del paciente, y este tiene un instrumento dentro de su esófago. En el primer caso, asegura que es necesario examinar la respuesta individual de cada paciente, toda vez que considera que hay diversos factores que pueden incidir sobre la dosificación necesaria. No obstante, en este caso particular, en el que se dio el segundo supuesto, él entiende que actuó correctamente al tomar la decisión inmediata de administrar la dosis mayor de Demerol, para evitar que la señora Acosta se perforara la región gastroesofágica.

Sobre este incidente recalca en su argumentación que la tasa de mortalidad por perforaciones gastroesofágicas asciende a treinta por ciento (30%), por lo que era de suma importancia lograr la sedación absoluta de la paciente de forma inmediata. Por ese factor de riesgo de perforación, provocado por la propia paciente, entiende que el Tribunal llegó a una conclusión contraria a una sana práctica médica. Ante la gravedad de la situación, no podía correr el riesgo de administrar una dosis menor y esperar la respuesta de la paciente. En apoyo a su teoría, recalca que la literatura médica recomienda una dosis inicial de 50 mg de

Demerol, pero permite dosis subsiguientes de 25 mg y, dependiendo de la respuesta individual de cada paciente, hasta un máximo de 100 mg.

- B -

Como ya mencionamos, en casos de responsabilidad profesional por impericia médica, el demandante deberá probar que el tratamiento ofrecido por el galeno demandado fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño. Ello responde a que a los médicos les cobija una presunción de haber utilizado y administrado el tratamiento adecuado, conforme a la mejor práctica de la medicina.<sup>24</sup>

Tal y como alega el doctor Richiez, para rebatir tal presunción de corrección, no bastaba con alegaciones de una mera posibilidad de que el daño se debió a determinada conducta del médico, sino que la prueba pericial que presentó la señora Acosta debió establecer los requisitos de cuidado requeridos para esa situación específica en la que ella fue protagonista. Solo de esta manera evitamos imponer responsabilidad a un profesional de la medicina a base de especulaciones.<sup>25</sup> Entonces, para poder concluir que la señora Acosta estableció *prima facie* la impericia médica del doctor Richiez, la prueba desfilada tenía que demostrar (i) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los procedimientos de endoscopía; (ii) que el doctor Richiez incumplió con dichas normas de cuidado y tratamiento y (iii) la relación causal entre la actuación u omisión del galeno y la lesión o dificultad respiratoria que alega haber sufrido.<sup>26</sup>

Al aplicar estos principios a los hechos del caso, y luego de haber revisado minuciosamente la prueba que presentaron las partes, concluimos que la señora Acosta no logró establecer que el doctor Richiez se apartó de las normas de cuidado y tratamiento razonables, dada la situación que surgió en medio del procedimiento de endoscopía.

---

<sup>24</sup> Cruz v. Centro Médico de Puerto Rico, 113 D.P.R., pág. 744.

<sup>25</sup> Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R., pág. 650.

<sup>26</sup> Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R., pág. 640; Arrieta v. De la Vega, 165 D.P.R. 538, 549 (2005).

Si bien es cierto que la señora Acosta presentó literatura médica que sugiere que luego de la primera dosis de 50 mg, las subsiguientes deben ser de 25 mg, tampoco hay controversia en cuanto al hecho de que el doctor Richiez no se excedió de la dosis recomendada de 100 mg, que es el estándar aceptado por el sector médico. A esto le sumamos que la recurrida no presentó prueba que estableciera que la segunda dosis de 50 mg de Demerol está siempre contraindicada ante circunstancias similares a las presentes en su caso. El doctor Raymunde, un gastroenterólogo experimentado, afirmó que en ocasiones hay que administrar hasta 150 mg de Demerol a un paciente para poder sedarlo. Y opinó que la administración de la dosis de Demerol de 50 mg, en las circunstancias descritas, “[f]ue correcta. Porque **ese fue un momento de juicio, donde nosotros decimos eh...una decisión de un segundo.** [...] si uno no para la acción del paciente en ese momento puede causarle un daño permanente a ese paciente. O sea, es una decisión...un *speed second decision*, o sea, una decisión que uno tiene que tomar al momento y tiene que adormecer al paciente en ese momento.”<sup>27</sup>

Tampoco se demostró en el juicio de manera preponderante que la mera administración de la segunda dosis de ese medicamento fuera la causa adecuada del problema respiratorio que sufrió la recurrida. En ausencia de esa prueba, no podemos concluir que la insuficiencia respiratoria sufrida por ella al terminar la endoscopía, y su posterior estadía prolongada en el hospital,  **fueron consecuencias de la administración de la segunda dosis de 50 mg de Demerol por el doctor Richiez.**

Lo que quedó probado en el juicio fue que una persona puede tener una reacción adversa a los sedativos intravenosos y así le ocurrió a la peticionaria en este caso. Su **primera reacción adversa** fue el supuesto efecto paradójico del Versed, es decir, que la persona se agita en lugar de estar quieta y dormida. Ese efecto paradójico no se le imputó

---

<sup>27</sup> T.V.N., a la pág. 226.

al galeno demandado. Pero, en medio del proceso endoscópico, ante el efecto paradójico, el facultativo a cargo, decidió, **según su juicio profesional**, no darle Romazicon o Flumazenil a la paciente, para contrarrestar ese efecto,<sup>28</sup> sino garantizar que continuara sedada y quieta, ante el momento crítico en que se hallaba su intervención, con el endoscopio dentro del cuerpo de la paciente, presto a tomar las muestras de tejido o efectuar las biopsias.

Al terminar la endoscopia, la señora Acosta tuvo un **segundo efecto adverso** a la medicación suministrada: una depresión respiratoria, a juzgar por la descripción del evento y los signos vitales que surgen de su expediente médico.<sup>29</sup> Es ese un efecto adverso también reconocido en la literatura, aunque ocurre en muy raras ocasiones. ¿Qué produjo la depresión respiratoria de la señora Acosta? ¿Fue ese resultado consecuencia directa **de la impericia del doctor Richiez** o fue una reacción individualizada de la paciente al tipo de medicación utilizada para su sedación, que el galeno atendió apropiadamente?

<sup>28</sup> Sobre el uso de este medicamento para contrarrestar la agitación de la paciente durante la endoscopia, ambos peritos presentaron opiniones encontradas. Nos parece más convincente la explicación del doctor Raymunde en contra de su uso en las circunstancias probadas en el caso.

<sup>29</sup> A juicio del doctor Raymunde, el récord médico de la señora Acosta no avala la conclusión de que hubo un arresto respiratorio. Declaró sobre el tema lo siguiente:

R. Porque... Hablando como perito, verdad. Para tener un... lo que llamamos un *respiratory arrest* como puso el doctor [Richiez,] el paciente tiene que estar cianótico, tiene que... el primer cambio es la cianosis. Cuando se pone azul es que le baja demasiado el oxígeno, por debajo de 50. Tiene que bajarle el pulso y tiene que bajarle la presión arterial. Cuando uno tiene todas esas cosas uno puede sentirse más cómodo de llamarlo *respiratory arrest*. Es una decisión de criterios. Él quizás en ese momento entendió que era un arresto respiratorio, pero no cumple con los signos vitales que están ahí para decir que es un arresto respiratorio. En realidad es una depresión respiratoria. Que una depresión respiratoria pudiese llegar a un arresto respiratorio definitivamente, y que puede llegar a un arresto más complicado cardio respiratorio también. Por eso lo importante es la acción inmediata del paciente. Lo que es importante acá, yo entiendo, es que lo que sería negligente sería que uno... sedar a un paciente que no tuviese monitoreando la presión, que no le estuviese monitoreando el pulso, que no le esté monitoreando el oxígeno, eso sería negligente. Lo otro es...

P. ¿Y en este caso?

R. Todo eso se cumplió. Fue simple y llanamente una reacción adversa al medicamento, que se detectó a tiempo y no llegó, según concluyo como perito, a un arresto respiratorio.

P. Bien. ¿Por qué usted dice que no llegó?

R. Porque no hubo cambios en los signos vitales del paciente.

La opinión del doctor Raymunde evalúa muy bien el resultado del juicio médico impugnado en el caso: “Y si vemos lo que pasó, que lo más importante es el récord, verdad, de lo que pasó, cuando se le añaden los otros 50 de Demerol, [¿]qué pasó[?], que el paciente se quedó dormido. No actuó paradójico, no se agitó, no trató de quitarse nada. Se quedó sedado el paciente. Porque **al dar Demerol se aumenta el efecto sedativo del Versed, no el efecto paradójico del Versed.**”<sup>30</sup> (Énfasis nuestro.)

Previamente el perito había declarado sobre el riesgo de perforación provocada por el paciente que se agitara durante el proceso:

R. [...] O sea, uno... si el paciente se agita, en este momento en particular estoy hablando, de tomar la biopsia, tiene que ser *one second decision*. Tengo que sedar al paciente porque ese paciente se puede auto provocar una perforación de esófago. No es una cosa que podemos pensar si le doy Flumazenil para quitarle efecto paradójico porque, ¿y si no funciona? Yo tengo que asegurarme de darle lo que le va a funcionar y lo que le va funcionar no es 25, es 50 de Demerol. Porque tengo que irme a la segura. No tengo tiempo de poder fallar eso.

[...]

Transcripción, pág. 228.

Debemos tener presente que los médicos tienen amplia discreción profesional, por lo que no incurren en responsabilidad por impericia cuando el tratamiento está dentro de los límites de lo razonable o “si el tratamiento o procedimiento en particular era correcto bajo las circunstancias del caso”. *Lozada v. E.L.A.*, 116 D.P.R. 202, 217 (1985) *Pérez Torres v. Bladuell Ramos*, 120 D.P.R. 295, 304 (1941). Dicho de otro modo, no se impondrá responsabilidad por impericia médica si, ante cierta situación particular, el galeno utiliza su buen juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación del sector médico.

En fin, al tomar en cuenta las circunstancias específicas en las que el doctor Richiez decidió que era necesario administrar la segunda dosis de Demerol, y luego de corroborar que la señora Acosta no probó de manera preponderante que la segunda dosis de Demerol fue la causa

---

<sup>30</sup> T.V.N., a la pág. 257.

adecuada de la depresión respiratoria sufrida al terminar su endoscopia, resolvemos que erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que el doctor Richiez incurrió en impericia médica.

V

Por los fundamentos expresados, se revoca la resolución del Tribunal de Primera Instancia y se desestima la demanda incoada por la señora Cristina Acosta Fermín contra el doctor Kermit Richiez Colón.

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

DIMARIE ALICEA LOZADA  
Secretaria del Tribunal de Apelaciones