

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
TRIBUNAL DE APELACIONES  
REGIÓN JUDICIAL SAN JUAN Y CAGUAS  
PANEL ESPECIAL

ROSA VÁZQUEZ, MELISSA  
VÁZQUEZ VÁZQUEZ, MÓNICA  
VÁZQUEZ VÁZQUEZ Y MILKA  
VÁZQUEZ VÁZQUEZ  
Apelantes

v.

DR. JULIO E. ROSADO,  
HOSPITAL PAVÍA  
SANTURCE, SINDICATO DE  
ASEGURADORES PARA LA  
SUSCRIPCIÓN CONJUNTA DE  
SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD MÉDICO  
HOSPITALARIA (SIMED),  
JOHN DOE Y ASEGURADORA  
X  
Apelante

KLAN201600165

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

Caso Núm.:  
K DP2012-1057

Sobre:  
Daños y  
Perjuicios

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Cintrón Cintrón, la Jueza Rivera Marchand y el Juez Figueroa Cabán<sup>1</sup>

Figueroa Cabán, Juez Ponente

**SENTENCIA**

En San Juan, Puerto Rico a 18 de mayo de 2017.

Comparecen la Sra. Rosa Vázquez Camacho, en adelante la Sra. Rosa Vázquez, y sus hijas, Melissa, Mónica y Milka todas de apellidos Vázquez Vázquez, conjuntamente las apelantes, y solicitan que revoquemos la *Sentencia*<sup>2</sup> dictada por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan, en adelante TPI, mediante la cual se desestimó una *Demanda*<sup>3</sup> sobre daños y perjuicios por impericia médica.

Por los fundamentos que exponremos a continuación, se confirma parcialmente la sentencia,

<sup>1</sup> Mediante Orden Administrativa Núm. TA-2016-244, efectiva el 5 de octubre de 2016, se designó al Hon. Félix R. Figueroa Cabán como juez ponente en el caso de epígrafe.

<sup>2</sup> Véase Apéndice, *Sentencia*, págs. 74-95.

<sup>3</sup> *Id.*, *Demanda*, págs. 1-6.

no obstante, se revoca en parte y se devuelve el caso al Tribunal de Primera Instancia para que continúen los procedimientos conforme con lo aquí dispuesto.

-I-

Según surge del expediente, las apelantes presentaron una *Demanda* en daños y perjuicios por impericia médica contra el Dr. Julio E. Rosado, en adelante el Dr. Rosado, el Hospital Pavía de Santurce, en adelante el Hospital, el Sindicato de Aseguradoras para la Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Médico Hospitalaria, en adelante SIMED, y John Doe y Aseguradora X, conjuntamente los apelados. Alegaron que como consecuencia de unas operaciones de espalda, la Sra. Rosa Vázquez padece de severos dolores de cuello, inmovilidad, molestias, dolor para respirar y angustias mentales. Por su parte, las hijas de la Sra. Rosa Vázquez arguyeron haber sufrido severas angustias mentales. Las apelantes atribuyeron sus daños a la negligencia del Dr. Rosado y del personal del Hospital. Además, adujeron que no hubo consentimiento informado por parte de la Sra. Rosa Vázquez. En consecuencia, reclamaron \$995,000.00, más costas y honorarios de abogado.

Posteriormente, a petición de SIMED,<sup>4</sup> el TPI dictó *Sentencia Parcial*<sup>5</sup> desestimando la reclamación en su contra.

---

<sup>4</sup> *Id.*, *Moción de Sentencia Sumaria Parcial*, págs. 7-11.

<sup>5</sup> *Id.*, *Sentencia Parcial*, págs. 21-23.

Por su parte, el Dr. Rosado presentó *Contestación a Demanda*<sup>6</sup> en la que negó las alegaciones e invocó varias defensas afirmativas.

Por otro lado, a petición de las apelantes,<sup>7</sup> el TPI desestimó la reclamación contra el Hospital Pavía.<sup>8</sup>

Luego de varios incidentes procesales que incluyeron la presentación del *Informe de Conferencia Preliminar Entre Abogados*,<sup>9</sup> se celebró el juicio en su fondo.

Examinada la prueba, el TPI dictó *Sentencia* en la que encontró probados los siguientes hechos:

La señora Rosa Vázquez Camacho, nació el 13 de septiembre de 1942. Posee un bachillerato en Administración Comercial. Durante los pasados 10 años trabajó para el Departamento de la Vivienda como secretaria administrativa. Se retira en el año 2013 para no perder los beneficios de retiro acumulados hasta entonces. Tiene tres hijas, a saber Melissa, Mónica y Milka, de apellidos Vázquez Vázquez.

El doctor Julio E. Rosado Sánchez es médico cirujano, graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico con especialidad en neurocirugía y sub-especialización en cirugía esterotáctica y desórdenes de movimiento y navegación de la Universidad de Baylor en Houston, Texas. Está certificado por la Asociación Americana de Cirujanos Neurológicos desde 2003 y recertificado en 2013. Se ha desempeñado como Catedrático Auxiliar en el Departamento de Neurocirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Mantiene práctica privada de neurocirugía en el Hospital Pavía de Santurce. Además entre 2009 y 2012 se desempeñó como Director del Departamento de Neurocirugía del Hospital Menonita de Cayey. Pertenece a la Asociación Americana de Cirujanos

<sup>6</sup> *Id.*, *Contestación a Demanda*, págs. 24-28.

<sup>7</sup> *Id.*, *Moción en Solicitud de Desistimiento Parcial a Favor del Hospital Pavía de Santurce*, págs. 29-30.

<sup>8</sup> *Id.*, *Sentencia Parcial*, págs. 33-34.

<sup>9</sup> *Id.*, *Informe de Conferencia Preliminar Entre Abogados*, págs. 35-64.

Neurológicos de Estados Unidos, Colegio de Médicos de Puerto Rico, y la Asociación de Neurocirujanos de Puerto Rico.

En relación a su práctica quirúrgica, la cirugía de espalda o columna vertebral comprende el setenta por ciento 70% de su trabajo que incluye cirugía de los segmentos cervicales, torácico, lumbar y sacral anterior y posterior; el restante treinta por ciento 30% lo dedica a cirugía del cráneo. Con relación a operaciones de columna, al año realiza aproximadamente 250 procedimientos.

Rosa Vázquez Camacho adviene en conocimiento del Dr. Julio E. Rosado por una hermana de la Iglesia, la señora Casiano, que se había operado con él. Visitó la oficina de éste por primera vez en marzo de 2010. Su visita iba en búsqueda de atender su condición de dolor crónico "insoportable" en la nuca y en el área lumbar. El dolor en el área cervical era de tal magnitud que tenía que sostener la parte posterior de su cabeza con las manos y ello le afectaba su desempeño frente a la computadora y al conducir su vehículo. Dicho dolor irradiaba hacia el brazo izquierdo la mayor parte del tiempo. En el área lumbar el dolor irradiaba hacia la pierna derecha.

En esta visita indicó la señora Vázquez Camacho que había sufrido varias caídas en su residencia así como en su trabajo. Además había experimentado un accidente de natación donde sufrió un golpe en la cabeza y cuello al golpear el fondo del mar; inclusive había estado envuelta en accidentes vehiculares. Con relación a su historial médico previo informa depresión, hernia esofágica, artritis reumatoidea, y osteopenia. Para sus condiciones médicas utilizaba los siguientes medicamentos, anti-depresivo, Boniva para la osteopenia, Caltrate para osteoporosis, glucosamina y gotas oftálmicas, Vitamina D una vez a la semana. A esa primera visita fue acompañada de su tía, Pérsida Camacho.

El examen físico de esa primera visita demuestra una paciente de cuatro pies once pulgadas (4'11") de alto con ciento cuarenta y cuatro libras de peso (144 lbs.), presión arterial de 100/60, bien

desarrollada y abdomen globoso. En el área cervical presenta un signo de Romberg positivo, no presenta signo de Lhermitte, con dolor a la palpación en el brazo a nivel del trapecio. En el área lumbar presentaba prueba de estiramiento de las piernas positivo (straight leg raising).

Conforme los estudios de Resonancia Magnética que se había realizado en el año 2007, y cuyas micas llevó consigo a la cita, se demuestra presencia de enfermedad degenerativa de disco cervical, donde los discos están secos, y desgastados; cambios en el alineamiento de la columna (la lordosis cervical) donde el cuello no tiene la curvatura natural, está derecho, además de estrechez del canal de salida de las raíces nerviosas, provocando dolor. En el área lumbar se demuestra discos gastados, secos y la presencia de espondilolistesis con desplazamiento, osteopenia y bursitis Trocantérica.

La radiografía simple cervical identifica que la columna vertebral a nivel de las vértebras 3 a la 7, que tienen la función de los movimientos del cuello, flexión, extensión y laterales, presentan a nivel 4/5 una desviación hacia el frente en el punto donde ocurre el cambio de la lordosis cervical y ello provoca cambio en el funcionamiento fisiológico de la columna cervical. Además llevó consigo un estudio de densitometría ósea que le habían realizado en el año 2009.

A tenor con la información que dichos estudios realizaban y las quejas de la paciente se hizo necesario descartar (Rule Out) la presencia de osteoartritis cervical e inestabilidad. Los diagnósticos en ese momento eran: enfermedad degenerativa lumbosacral, osteoporosis, discos cervicales degenerados, mielopatía, y radiculopatía cervical. Se le recomendó a la paciente someterse a un nuevo estudio de resonancia magnética en flexión y extensión a nivel cervical como lumbosacral, para reevaluación, lo que se conoce como estudio dinámico. Se le ofreció un tratamiento conservador con antiinflamatorios.

Este estudio dinámico se llevó a cabo el 5 de abril de 2010. Ella regresó a la oficina del Dr. Rosado el 16 de abril de 2010. En esa ocasión se confirmó que la Sra. Vázquez sufre de engrosamiento del ligamento longitudinal posterior, estructura que se encuentra dentro del canal espinal en su parte frontal, provocando estrechez crítica del canal espinal. Se observó abultamiento en todos los niveles de la columna cervical. También se observó mayor deterioro a nivel C5-C6 y C6-C7 (discos herniados) que en el estudio de 2007 y cambios a nivel de C4-C5, de desgaste de la faceta. Estos hallazgos identificaron que la paciente presentaba una estenosis crítica en extensión a los niveles C5-C6 y C6-C7, y una estenosis subcrítica a nivel C4-C5 y en menor grado a nivel C3-C4. Todo ello confirmó un empeoramiento de la condición cervical de la paciente y el diagnóstico de enfermedad discogénica cervical y discos herniados con mielopatía. Ante este cuadro, que explicaba la causa de su dolor cervical insoportable así como la inestabilidad en el cuello, se le indicó ser candidata a cirugía. El Dr. Rosado le orientó al respecto, cuya orientación se resume por escrito, documento que la señora Vázquez Camacho suscribió como evidencia de haber recibido y comprendido la orientación recibida. En dicho documento se le reitera el derecho que tiene de obtener segundas opiniones sobre la orientación y recomendaciones ofrecidas por el Dr. Rosado.

Luego de que la señora Vázquez Camacho decidió proseguir con las recomendaciones del Dr. Rosado de someterse a la intervención quirúrgica para atender su problema, posterior de haberlo discutido con sus familiares cercanos, regresó a la oficina de éste el 17 de mayo de 2010. A esta visita compareció en compañía de su hija Mónica Vázquez Vázquez, quien es de profesión psicóloga clínica. En esta visita se discutió a fondo el procedimiento quirúrgico considerado, para la descompresión y estabilización de la columna espinal cervical y medula espinal, con extracción de discos herniados, fusión e instrumentación, ante el diagn[ó]stico de discos herniados cervicales con estrechez del canal espinal, compresión de medula espinal y osteoartrosis. En dicha visita y en presencia de Mónica Vázquez Vázquez, se

le describió el proceso de cómo se llevaría a cabo la cirugía, como se esperaba que transcurriera el periodo post operatorio y los riesgos y beneficios del procedimiento.

En relación con el procedimiento a llevarse a cabo, se le indicó que se le realizaría una descompresión cervical anterior con remoción de los discos intervertebrales C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7, fusión ósea entre los cuerpos e instrumentación. Se le orientó sobre el abordaje quirúrgico, indicándosele que sería por la parte anterior del cuello, en el lado izquierdo, por donde se removerían los discos y se descomprimiría el cordón espinal. Además se le instruyó sobre la utilización de hueso cadavérico calibrado para el tamaño de sus discos naturales a ser injertado en el espacio de los discos removidos. Que dichos injertos serían asegurados mediante la colocación de una placa de titanio ajustada con tornillos a las vértebras. Para dicho procedimiento se utilizaría un fluoroscopio y magnificación permitiendo mejor visualización del área operatoria. Además se vigilaría la función de las raíces nerviosas cervicales y del cordón espinal mediante electromiograma, utilizando un equipo especial. Con respecto a la sutura subcutánea, se le orientó sobre el uso de una sutura plástica que no se remueve. Se le advirtió de la necesidad de utilizar un collar cervical rígido por espacio de tres meses para completar la integración del injerto al hueso de la vértebra.

Con respecto al período post-operatorio, se le orientó que concluida la cirugía sería trasladada a la unidad de recuperación, y luego de confirmarse estar despierta adecuadamente de la anestesia, se transportaría a una unidad de cuidado intensivo por un período no menor de un día, donde estaría bajo observación para descartar la posibilidad de deterioro neurológico. Que luego pasaría a una habitación regular donde permanecería un periodo variable de uno a dos días antes de ser dada de alta. Se le reiteró que debía colocarse el collar cervical rígido en todo momento, por un periodo de tres meses en lo que ocurría la integración (fusión) del injerto al hueso de las vértebras. Con respecto al collar se le orienta sobre la necesidad

de no removerlo, condición indispensable para que la cirugía se practique.

Con relación a los riesgos inherentes al procedimiento se le orientó de lo que el Dr. Rosado identifica como las tres categorías de riesgos, a saber: anestesia; generales a cualquier cirugía y los riesgos específicos al procedimiento. En lo que concierne los riesgos específicos, se le informó de potencial de dolor en los hombros, brazos, piernas, contusión al cordón espinal, debilidad de cualquiera de las extremidades o combinación de estas, tetrapáresis (debilidad en las cuatro extremidades), tetra-plegía (parálisis de las cuatro extremidades), rigidez o espasticidad, dolor en el área de la herida (cuello), disfagia o dificultad para tragar (usualmente temporero), infección en el cuello, en el hueso o esófago, fístula esofágica o traqueo-bronquial, quilotórax o fístula de líquido linfático, hematomas locales, problemas para tragar, ronquera temporera o permanente, desalojo de la instrumentación, muerte, entre otros.

Además se le ofrecieron las alternativas al tratamiento, dentro de las cuales se discutió no someterse a la cirugía y observar el curso natural de la condición. También se discutió la alternativa de operar mediante un abordaje posterior versus anterior como propone el Dr. Rosado, con o sin fusión de hueso y los beneficios versus las desventajas de cada una de estas alternativas.

La señora Vázquez Camacho, suscribió la hoja de consentimiento informado, en reconocimiento de no tener dudas sobre la orientación y recomendaciones que le ofrecieron, así como demostración de su determinación libre y voluntaria de proseguir adelante con la recomendación que se le ofrecía, de llevar a cabo la cirugía. Como testigo de todo esto suscribe también dicho consentimiento su hija Mónica. El documento además contiene una descripción gráfica del procedimiento. La operación se programó para el día 20 del mismo mes y año. La demandante se person[ó] al Hospital en esta fecha y se procedió con la cirugía.

La cirugía realizada fue una Discectomía cervical anterior con fusión, corpectomías parciales, neurolisis, artrodesis, corrección de lordosis, e instrumentación espinal de segmento largo. Con ello se lograría resolver el problema de inestabilidad y dolor cervical, al eliminar la estrechez del canal espinal, mediante la remoción de los discos enfermos y reemplazo de las vértebras afectadas. Como parte del proceso de recuperación post operatorio se le aplicó un collar o cuellera rígida tipo "Aspen Vista", para lograr la inmovilización del cuello y proteger la instrumentación colocada. Este aditamento se aplica utilizando como soporte el mentón, la mandíbula, y el pecho. La señora Vázquez Camacho, aún en el Hospital, se quejaba de dolor en los hombros, que se identificó como bursitis en el hombro derecho. Por ello fue necesario ofrecerle tratamiento para corregir dicha condición, para lo cual fue consultada con el Dr. Ríos, ortopeda, quien le inyectó un antiinflamatorio.

Al ser dada de alta el 26 de mayo de 2010, se le mantuvo el collar colocado en su cuello. Se le instruyó a la paciente no remover dicho collar, para evitar movimiento de flexión que pudiera romper la instrumentación de segmento largo que fue necesaria colocar.

La señora Vázquez visitó la oficina del Dr. Rosado a su visita post operatoria el 2 de junio de 2010. Presentó un estado de recuperación normal conforme lo esperado. Para ser evaluada se le removió el collar, y se le colocó nuevamente después del examen. Su próxima visita es el 7 de junio para la cual llevó las radiografías del cuello que se le habían ordenado en la visita anterior. La misma demuestra que la instrumentación, la placa cervical, se encontraba parcialmente fuera de sitio, lo que se conoce como desalojo de la instrumentación. Se recomendó el reposicionamiento de la misma. Lo que requeriría una intervención quirúrgica. En ese momento el procedimiento a ser realizado era una Corpectomía completa, que conllevaba remover la instrumentación, limpiar los huesos fracturados, y colocar nueva instrumentación.

La necesidad de proceder con una nueva intervención se discutió con la paciente, en presencia de su hija Mónica, donde se describe el procedimiento, el tratamiento y el curso post-operatorio, se identifican los riesgos inherentes al procedimiento de la misma forma y con el mismo detalle que cuando se ofreció el tratamiento ofrecido con la cirugía inicial, e igualmente las alternativas de tratamiento existente. La paciente consintió al procedimiento, lo que evidencia firmando la hoja de consentimiento informado, conjuntamente con su hija. Este documento es completado y suscrito el 15 de junio de 2010. La cirugía se programó para el 16 de junio de 2010 y fue realizada en las facilidades del Hospital Pavía Santurce.

La cirugía, de Corpectomía Completa, consistió en la remoción de dos terceras partes de los huesos de las vértebras, injerto de hueso de la fíbula de la paciente, aplicación de hueso morfogénico (BMP) y hueso alogénico y la colocación de instrumentación, placa de titanio que se fijan ocho tornillos nuevos poliaxial, que se agarran de la corteza de hueso que es la parte dura del hueso. Este procedimiento transcurrió sin complicaciones. Luego del procedimiento y antes de salir de sala se colocó el collar cervical, con el propósito de mantener rigidez del cuello que permita inmovilización para que no se afecte la instrumentación colocada. Concluida la cirugía el Dr. Rosado se encontró con Monica, hija de la paciente, y advino en conocimiento de que cuando Rosa Vázquez salió del hospital al ser dada de alta de la primera cirugía, se fue en una fase de negación re[h]usando el uso del collar por tres días consecutivos, lo que fue catalogado por el Dr. Rosado como un grave error. Tanto la Sra. Vázquez como sus hijas admitieron que ella había estado períodos sin el collar por lo incómodo, lo que nunca comunicaron ni consultaron con el Dr. Rosado.

Se selecciona un collar tipo SOMI que ofrece una fijación que impide la flexión y extensión del cuello para el periodo de recuperación post-operatoria. No se consideró utilizar un collar tipo HALO VEST, porque este lo que persigue es impedir la rotación del cuello. En el caso de la Sra. Vázquez Camacho la

rotación del cuello no era un factor a considerar, toda vez que esta se produce a nivel de la vértebra cervical dos, que no es un área envuelta en la cirugía. Sobre el SOMI BRACE en la oficina del Dr. Rosado se le proveyó a la paciente información sobre su uso y las complicaciones que podrían ocurrir. El SOMI BRACE ofrece soporte a nivel de la mandíbula lateral, eliminando la presión en la punta del mentón. El SOMI BRACE fue fabricado con las medidas anatómicas de la paciente (Custom Made) en cuyo proceso intervino el Dr. Miguel Báez, médico cirujano y ortocista. Para este equipo se le aplicaron unas bandas de soporte (padding) a la medida que evitaban el roce directo con la piel.

La paciente salió de alta del Hospital el 25 de junio de 2010, en condición estable y sin queja de dolor. Su próxima intervención con el Dr. Rosado es el día 29 de junio de 2010 en la sala de emergencias del Hospital Pavía Santurce a las 7:14 p.m. La queja de la señora Vázquez era dolor cervical. Se informó por la hija, que ella no toleraba el collar. Se le admitió a cuidado intermedio. Se identificó la presencia de una úlcera de presión en el área de la mandíbula/barbilla, que se cataloga como grado III, que implica la rotura de piel sin exposición de hueso, para lo que se le estaba ofreciendo cuidado local y seguimiento con el propósito de desarrollar tejido granular, que permitiera la cicatrización de la úlcera. Con el tratamiento implementado se logró la granulación esperada en el área de la úlcera, que previo al alta de la paciente el 10 de julio de 2010 se había reducido a una úlcera grado II, donde la piel está presente y no existe exposición de músculo. Al momento del alta de la demandante se le reiteró la necesidad de mantener en uso el collar cervical todo el tiempo, y continuar con la curación del área de la úlcera y para la infección de orina que presentó. Desde el punto de vista neurológico estaba estable, la instrumentación estaba en sitio, lo que se confirmó mediante un estudio de CT. Ante la úlcera en el mentón se consultó a la paciente con el Dr. Miguel Báez, quien revisó el collar, se le ajustó e impartió instrucciones con respecto a su colocación. Se reajustó nuevamente el collar para que la presión no ocurriera

en el área del mentón, lo que se logró con la instrumentación que us[ó] el Dr. Báez. Al momento del alta la paciente indicó no presentar dolor ni molestia en la barbilla con relación al uso del collar.

La demandante visitó la oficina del Dr. Rosado el 19 de junio de 2010 para seguimiento. En esta ocasión el Dr. Rosado identificó la presencia de una úlcera grado III en la barbilla con secreción fétida. Por ello ordenó su admisión al Hospital Pavía Santurce, siendo admitida el 23 de julio de 2010. Ésta es admitida por sala de emergencias. La paciente es observada personalmente por el Dr. Rosado consumiendo alimentos con el collar SOMI BRACE fuera de sitio. Lo mismo fue confirmado por la hija de la paciente, confirmando de esta manera el pobre cumplimiento de la paciente con las instrucciones de tratamiento reiteradamente impartidas.

Al admitir la paciente al hospital se diagnosticó la presencia de una úlcera grado IV y dislocación de la instrumentación nuevamente. Por ello se hizo necesario la inmovilización en la cama y uso del collar tipo ASPEN VISTA. Se llevó a la sala de operaciones el 3 de agosto de 2010, donde se le reparó la úlcera de la barbilla lográndose la cicatrización de la misma. Ese mismo día se realizó cirugía para reparar la dislocación de la instrumentación que recurrió. Ello requirió la remoción de la placa de titanio que se había desplazado por los movimientos de flexión a que había sido sometido por la paciente no mantener en sitio el collar, lo que a su vez provocó que el injerto de la fíbula estuviera fuera de sitio.

En el proceso de recuperación se identificó una fístula esofágica, la que fue corregida. Luego por la acción de la paciente de carraspear la garganta se produjo una segunda fístula. A raíz de ello se entubó y sedó a la paciente para proteger las áreas intervenidas. Se le insertó un tubo nasogástrico para alimentación, que posteriormente fue sustituido por una gastrostomía. Inclusive se le practicó una traqueotomía para conectar la vía respiratoria de manera que las fístulas sanaran.

Fue dada de alta el 13 de octubre de 2010 y referida a Health South, para reacondicionamiento por el tiempo que estuvo inmovilizada y entubada durante esta hospitalización. Las terapias recibidas le llevaron a recuperar su ambulación natural sin limitación alguna.

Las complicaciones experimentadas por la paciente surgen por el desalojo de la instrumentación que a su vez ocurre por la falta de cumplimiento por parte de ésta con las instrucciones post-operatorias de mantener collares cervicales en uso y correcta posición todo el tiempo, resultando en un incumplimiento con el acuerdo pre-operatorio entre la señora Vázquez y el Dr. Rosado. El expediente médico descarta la presencia de parálisis de un lado del cuerpo como postulado por la demandante. Conforme al comportamiento durante el juicio se evidenció que la demandante no sufre de disfagia, mantiene una voz normal.

La señora Vázquez visitó por última vez la oficina del Dr. Rosado el 12 de mayo de 2011. Se le instruyó regresar para seguimiento en tres meses. Ésta no regresó más a la oficina del Dr. Rosado. La demandante afirmó en su testimonio que se sintió abandonada por el Dr. Rosado, no obstante no regresó a la visita de seguimiento. Por el contrario el Dr. Rosado aseveró disconforme "yo no la abandoné a ella, ella me abandonó a mí".

La demandante contrató al Dr. Eduardo Marsigli, cirujano ortopeda, como perito para rendir una opinión pericial con respecto al tratamiento médico brindado por el Dr. Julio E. Rosado Sánchez a la Sra. Vázquez. Éste no es especialista en cirugía de espina. El Dr. Eduardo Marsigli nunca ha hecho fusiones cervicales con "spacers" de la cervical C-3 a la cervical C-7 como la realizada por el Dr. Julio E. Rosado Sánchez en la Sra. Vázquez el 20 de mayo de 2010. Éste tampoco examinó o evaluó a la demandante.

En preparación de su informe pericial examinó cartas y expedientes médicos. Testificó que el expediente médico era confuso y tenía hojas ilegibles. En el examen directo realizado por el representante legal de la parte demandante, indicó que no lo vi[o] todo

pero que vi[o] la parte más importante. No obstante, en el contrainterrogatorio realizado por el abogado de la parte demandada indicó que había revisado las 2,745 páginas que constituye la totalidad del expediente médico. Esta contradicción le resta credibilidad en términos de la comprensión total del tratamiento brindado a la Sr. Rosa Vázquez. El Dr. Marsigli no tuvo el beneficio de ver las imágenes originales de los MRI que se le realizaron a la Sra. Rosa Vázquez en los años 2007 y 2010 por lo que no podía emitir una opinión sobre ellas.

El Dr. Marsigli estuvo de acuerdo en que los consentimientos informados para operación tomados a la Sra. Vázquez estaban bien hechos por lo que no tiene ningún señalamiento sobre ellos. Señaló el Dr. Marsigli estar de acuerdo que entre los riesgos aceptados en las cirugías realizadas a la Sra. Vázquez están: 1. Dolor en el área de la herida, 2. Disfagia o dificultad para tragar, 3. Infección en el cuello, en el hueso o esófago, 4. Fístula esofágica o traqueo-bronquial, 5. Problemas para tragar, 6. Ronquera temporera o permanente, 7. Desalojo de la instrumentación, entre otros, y que dichos riesgos están entre los enumerados por los consentimientos informados firmados por la Sra. Vázquez y su hija como testigo. Inclusive testificó que es difícil evitar complicaciones en este tipo de cirugías.

El Dr. Marsigli testificó que la técnica utilizada por el Dr. Julio Rosado en la operación realizada el 20 de mayo de 2010 estuvo bien hecha, y que no tenía ningún señalamiento en cuanto a esto. Además testificó que el Dr. Julio Rosado hizo un buen trabajo anterior para la segunda cirugía.

La co-demandante Milka Vázquez Vázquez, hija de la Sra. Rosa Vázquez, reside en Coral Springs, Florida, y trabaja en Jet Blue Airways. Testificó que estuvo durante la primera cirugía y hospitalización y que era la hija que se quedaba con ella por las noches. Indicó que una vez le dieron de alta regresó a la Florida y que no estuvo durante las demás hospitalizaciones. Manifestó que su mamá quería operarse para retirarse e irse a viajar y visitarla en la Florida. Es madre de un niño y manifestó que una

vez su mamá se operó no puede viajar y no puede compartir con ella de la manera en que quisiera, ya que para verla tiene que venir a Puerto Rico. Testificó que antes de la cirugía su mamá era muy activa en la familia, pero que después de la operación ella no quiere ir sola ni de Cupey a Bayamón. Aseveró que "mi relación se ha afectado, porque no estamos tan cerca, si uno no está en un mismo lugar se crea un espacio".

Mónica Vázquez Vázquez es doctora en sicología clínica, y fue la hija que acompañó a la demandante Rosa Vázquez a la oficina del Dr. Rosado y estuvo presente cuando el doctor orientó a su mamá sobre las instrucciones pre-operatorias, el procedimiento a llevarse a cabo y el periodo post-operatorio de la primera cirugía. Además, fue a la cita en que luego de la operación el Dr. Rosado le explicó a su señora madre que tenía que operarla de nuevo. Luego de la segunda operación la demandante Rosa Vázquez se quedó con Mónica en su residencia. Indicó que cuando se quedó con ella, su mamá estaba en constante dolor. Afirmó que su mamá tenía mucho dolor en el hombro y la barbilla y aceptó que la Sra. Rosa Vázquez se soltaba la cuellera constantemente porque "no podía con el dolor". Indicó que "ella no quería ponerse la cuellera". Les dieron instrucciones de ponerle "padding" a su mamá en la barbilla y aun así su mamá se quejaba. Testificó que su mamá era una persona segura e independiente antes de las cirugías pero que después de los procedimientos cambió y "no puede trabajar a la capacidad que ella estaba antes". Describió a su mamá como una persona robusta que perdió tonalidad en su cuerpo, rebajó y no puede tragar. A esos efectos, señaló "es bien frustrante verla, todo lo que ella traga lo tose para arriba". Declaró que en cada estadía en el hospital su mamá estuvo en intensivo y que en la última hospitalización comenzó a delirar y cuando salió de intensivo, ya no escribía, ni sabía expresarse, no podía responder con seguridad, ni conocimiento. Expresó "está hablando contigo y se queda callada". Mónica declaró que varias veces ha hablado con su mamá sobre su estadía en intensivo y todavía "ella no sabe que era verdad ni que no lo era".

Melissa Vázquez Vázquez, posee un juris doctor y reside en Coral Springs, Florida. Conoció al Dr. Rosado el día de la primera cirugía, ya que el doctor vino donde ella y le explicó y habló con ella sobre cómo se encontraba su mamá. Luego vio al Dr. Rosado después de la segunda cirugía que se acercó a ella y le explicó que todo había salido bien y le explicó "que el tornillo se salió de sitio". Manifestó que después de esta segunda cirugía su mamá tenía dolor. Testificó que con relación al tornillo que empezó a rozar a su mamá en la barbilla que le dijeron que le pusiera gel de zapatos en la barbilla y que así lo hicieron. Explicó que después de la segunda cirugía cuando volvió en la hospitalización del 23 de julio de 2010, el estado de salud de su mamá se deterioró y estuvo mucho tiempo en intensivo, estaba inconsolable, bien alterada y "no nos conocía ni a nosotras". Melissa declaró que antes de la operación su mamá era independiente.<sup>10</sup>

Inconformes, las apelantes presentaron *Moción en Solicitud de Determinaciones de Derecho Adicionales y Reconsideración*,<sup>11</sup> que fue denegada.

Nuevamente insatisfechas, presentaron una *Apelación* en la que alegan que el TPI cometió los siguientes errores:

PRIMER ERROR: El Tribunal de Primera Instancia incurrió en claro error de derecho al no aplicar la presunción en contra de la parte demandada al ésta no presentar testimonio de su perito y tampoco colocarlo a la disposición de la otra parte.

SEGUNDO ERROR: Erró el Tribunal de Primera Instancia en la apreciación de la prueba al concluir que el Dr. Julio Rosado no se apartó de la mejor práctica de la medicina durante el tratamiento de la paciente.

TERCER ERROR: Erró el Tribunal de Primera Instancia en cuanto a que el Dr. Marsigli

<sup>10</sup> *Id. Sentencia*, págs. 74-95.

<sup>11</sup> *Id., Moción en Solicitud de Determinaciones de Derecho Adicionales y Reconsideración*, págs. 96-106.

no había realizado operaciones con "spacers" en las vértebras.

Examinados los autos originales, los escritos de las partes, la prueba documental y la transcripción de la prueba oral, en adelante TPO, estamos en posición de resolver.

**-II-**

**A.**

El Tribunal Supremo de Puerto Rico, en adelante TSPR, ha establecido que en casos de impericia médica la responsabilidad civil extracontractual tiene como base jurídica el Artículo 1802 del Código Civil.<sup>12</sup> Bajo este supuesto, el promovente tiene que demostrar la existencia de un daño real causado mediante culpa o negligencia y probar que hubo una relación o nexo causal entre la acción u omisión culposa o negligente y el daño.<sup>13</sup> El peso de la prueba corresponde al demandante. Así pues, la mera ocurrencia de un daño, sin más, no constituye prueba concluyente de conducta antijurídica del demandado. En consecuencia, quien alega que sufrió un daño por la negligencia de otro, tiene la obligación de poner al Tribunal en condiciones de hacer una determinación clara y específica sobre negligencia.<sup>14</sup>

Ahora bien, para establecer un caso prima facie de impericia médica el demandante tiene que: 1) identificar las normas mínimas de conocimiento y

---

<sup>12</sup> 31 LPRA sec. 5141.

<sup>13</sup> Consejo Cond. Plaza del Mar v. Jetter Troia, 169 DPR 643 (2006); García v. E.L.A., 163 DPR 800 (2005); Toro Aponte v. E.L.A. 142 DPR 464 (1997).

<sup>14</sup> Colón y otros v. K-mart y otros, 154 DPR 510, 521 (2001); Matos v. Adm. Servs. Médicos de P.R., 118 DPR 567, 569 (1987); Cotto v. C.M. Ins. Co., 116 DPR 644, 651 (1985).

cuidado médico aplicables; 2) demostrar que el demandado incumplió con estas; 3) y que el incumplimiento fue la causa del daño sufrido por el paciente.<sup>15</sup> En otras palabras, no se puede imputar negligencia a un médico si no se prueban las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables y la relación causal entre la actuación u omisión de aquel y el daño sufrido.<sup>16</sup>

En cuanto al grado de diligencia exigible, el TSPR ha declarado que los médicos están obligados a observar las normas mínimas de cuidado, conocimiento y destrezas del "profesional razonable". Esto representa que el galeno tiene que brindar a sus pacientes la atención médica, que a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevalecientes en la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica.<sup>17</sup>

Ahora bien, al momento de evaluar la conducta profesional de un médico hay que destacar, que a estos se les reconoce una amplia discreción en el ejercicio de la profesión. Por tal razón, les cobija la presunción de que han observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración del tratamiento y que los exámenes practicados han sido

---

<sup>15</sup> *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005); *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988).

<sup>16</sup> *Medina Santiago v. Vélez*, *id.*

<sup>17</sup> *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 133 (2004); *Castro Ortiz v. Mun. de Carolina*, 134 DPR 783 (1993).

adecuados.<sup>18</sup> Corresponde al paciente controvertir dicha presunción mediante prueba que satisfaga el estándar de preponderancia.<sup>19</sup>

Por otro lado, el médico no incurre en responsabilidad civil si el tratamiento que brindó a su paciente, aun cuando sea erróneo, está enmarcado en el ámbito de lo razonable y es aceptado por amplios sectores de la profesión médica; constituyendo defensa válida la existencia de divergencia de criterios entre las autoridades médicas en torno a si el tratamiento era correcto bajo las circunstancias del caso.<sup>20</sup> Es decir, no incurre en responsabilidad profesional el médico que, ante las circunstancias particulares del caso, utiliza su buen juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación de la profesión.

#### B.

La Regla 304 (5) de Evidencia,<sup>21</sup> establece la siguiente presunción:

(5) Toda evidencia voluntariamente suprimida resultará adversa si se ofreciere.

En casos civiles dicha presunción aplica cuando la prueba testifical o documental anunciada no se presenta voluntariamente durante el juicio y tampoco se pone a disposición del adversario para su examen. La parte contra la cual se pretende aplicar la

---

<sup>18</sup> *Arrieta v. De la Vega*, supra, pág. 549; *López v. Dr. Cañizares*, supra, pág. 133; *Blás v. Hosp. Guadalupe*, 146 DPR 267 (1998); *Rodríguez Crespo v. Hernández*, 121 DPR 639,650 (1988).

<sup>19</sup> *Sepúlveda de Arrieta v. Barreto*, 137 DPR 735, 759-760 (1994); *Núñez v. Cintrón*, 115 DPR 598, 616-617 (1984).

<sup>20</sup> *Pérez Torres v. Blaudell Ramos*, 120 DPR 295, 302 (1988).

<sup>21</sup> 32 LPRA Ap. IV, R. 304(5).

presunción puede presentar prueba en contrario para derrotar el efecto de la presunción, como también puede presentar prueba a los efectos de demostrar que la prueba anunciada no se presentó por razones que no le son imputables.

Ahora bien, dicha presunción es rebatible. Es decir, admite prueba en contra. Sin embargo, si la parte afectada no ofrece evidencia para demostrar que el hecho presumido no ocurrió, el juzgador debe, no tiene, que aceptar la existencia del hecho presumido.<sup>22</sup>

En síntesis, corresponde a la parte perjudicada por la presunción presentar evidencia con mayor valor probatorio, de manera que el juzgador de los hechos pueda estimar que lo más probable es que no ocurrió el hecho presumido.<sup>23</sup>

### C.

Como regla general, los tribunales apelativos no intervendrán con las determinaciones de hechos de los tribunales de instancia salvo que estén presentes circunstancias extraordinarias o indicios de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto.<sup>24</sup> Esta doctrina de deferencia judicial ha sido reiterada por el TSPR en innumerables ocasiones. Ello obedece a que

---

<sup>22</sup> *Rivera Águila v. K-Mart*, 123 DPR 599, 613 (1989). En una acción civil, una presunción impone a la parte contra la cual se establece la presunción el peso de la prueba para demostrar la inexistencia del hecho presumido. Si la parte contra la cual se establece la presunción no ofrece evidencia para demostrar la inexistencia del hecho presumido, la juzgadora o el juzgador debe aceptar la existencia de tal hecho. Si se presenta evidencia en apoyo de la determinación de la inexistencia de tal hecho, la parte que interesa rebatir la presunción debe persuadir a quien juzga de que es más probable la inexistencia que la existencia del hecho presumido. Regla 302 de Evidencia, 32 LPRA, Ap. IV, R. 302.

<sup>23</sup> E. L. Chiesa Aponte, *Tratado de Derecho Probatorio*, Santo Domingo, Editora Corripio, C. por A., Tomo II, 1999, pág. 1098.

<sup>24</sup> *Trinidad v. Chade*, 153 DPR 280 (2001); *Belk Alce v. Martínez*, 146 DPR 215 (1998).

los jueces de instancia están en mejor posición que los foros apelativos para aquilatar la evidencia desfilada en los procedimientos ante sí, observando a los testigos y evaluando la credibilidad de sus declaraciones.<sup>25</sup> Cónsono con lo anterior, el TSPR ha resuelto:

[...]que no intervendremos con la apreciación y adjudicación de credibilidad que en relación con la prueba testifical haya realizado el juzgador de los hechos a nivel de instancia excepto en casos en que un análisis integral de dicha prueba cause en nuestro ánimo una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que se estremezca nuestro sentido básico de justicia; correspondiéndole al apelante de manera principal señalar y demostrar la base para ello. Lo contrario, esto es, la intervención indiscriminada con la adjudicación de credibilidad que se realiza a nivel de instancia, significaría el caos y la destrucción del sistema judicial existente en nuestra jurisdicción.<sup>26</sup>

En resumen, los tribunales apelativos no debemos sustituir el criterio del juzgador de hechos por el nuestro, ignorando la ventaja de aquel ante quien declararon los testigos y quien tuvo la oportunidad de observarlos y apreciar su conducta.<sup>27</sup>

Sin embargo, tal norma de deferencia judicial no abarca la evaluación de prueba documental o pericial, debido a que en estos casos el foro apelativo está en las mismas condiciones que el Tribunal de Primera Instancia. Por ello, en cuanto al valor probatorio de

---

<sup>25</sup> *Pueblo v. Collado Justiniano*, 140 DPR 107 (1996); *Pueblo v. Cruz Granados*, 116 DPR 3 (1984).

<sup>26</sup> *Pueblo v. Cabán Torres*, 117 DPR 645, 648 (1986).

<sup>27</sup> *Sánchez Rodríguez v. López Jiménez*, 116 DPR 172 (1985); *Vélez v. Secretario de Justicia*, 115 DPR 533 (1984).

ese tipo de evidencia, los Tribunales apelativos pueden adoptar su propio criterio.<sup>28</sup>

**-III-**

Para disponer del recurso ante nos, basta atender, en conjunto, los siguientes señalamientos de error.

En el segundo señalamiento de error, las apelantes alegan que erró el TPI en la apreciación de la prueba al concluir que el Dr. Rosado no se apartó de la mejor práctica de la medicina durante el tratamiento de la Sra. Rosa Vázquez.

Nuestra revisión independiente de la prueba revela que las apelantes no pudieron probar un caso *prima facie* de impericia médica en la etapa de las intervenciones quirúrgicas, lo que requiere como expusimos previamente: establecer las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables y probar el incumplimiento de las mismas. Además, la prueba revela, a lo sumo, que existe una diferencia de criterios entre ambos galenos sobre el uso del "SOMI Brace" en lugar del "HALO Vest", lo que como vimos, no configura conducta antijurídica susceptible de generar responsabilidad civil. Veamos.

El Dr. Eduardo O. Marsigli, en adelante Dr. Marsigli, perito de las apelantes, declaró "que estuvo justificada la cirugía";<sup>29</sup> que las operaciones fueron técnicamente bien ejecutadas y que la intervención

---

<sup>28</sup> *Rebollo v. Yiyi Motors*, 161 DPR 69, 78 (2004).

<sup>29</sup> Véase TPO, Vista del 13 de octubre de 2015, págs. 66-67, 116.

quirúrgica "técnicamente estaba bien hecha";<sup>30</sup> y "que la desalojación de la instrumentación era un riesgo inherente en ese tipo de operación y así constaba en el documento titulado "Riesgos de la Cirugía".<sup>31</sup>

Atestó además, "que no era contraindicado utilizar un SOMI Brace sino que fue un "bad choice" o "judgement call".<sup>32</sup> Admitió también, que no seguir las instrucciones del Dr. Rosado fue una irresponsabilidad y error craso de la Sra. Rosa Vázquez;<sup>33</sup> que técnicamente todo fue bien hecho, pero que él no lo hubiera hecho así.<sup>34</sup> Sobre el consentimiento de la Sra. Rosa Vázquez testificó que estaba bien hecho y que nunca se quejó del mismo.<sup>35</sup>

En síntesis, las apelantes no derrotaron la presunción, de que en la etapa operatoria, el Dr. Rosado brindó a la Sra. Rosa Vázquez un grado razonable de cuidado y que el tratamiento médico ofrecido fue adecuado.

En cuanto al segundo señalamiento de error, procede ahora hacer lo que el TPI no hizo, a saber: aplicar la Regla 304 (5) de Evidencia a la prueba presentada.

Surge del expediente, que en la **etapa de recuperación postoperatoria**, el Dr. Rosado indicó a la Sra. Rosa Vázquez que no remover el collar rígido - SOMI BRACE- era condición indispensable para que la cirugía se practicara.

<sup>30</sup> *Id.*, págs. 72, 75, 117, 182.

<sup>31</sup> *Id.*, pág. 173.

<sup>32</sup> *Id.*, pág. 165.

<sup>33</sup> *Id.*, pág. 157.

<sup>34</sup> *Id.*, pág. 75.

<sup>35</sup> *Id.*, págs. 140-141.

Sin embargo, durante el **curso postoperatorio**, la Sra. Rosa Vázquez sufría constante dolor y desarrolló una úlcera de presión grado IV en el área de la mandíbula, consistente en una rotura de piel con exposición a los huesos y músculos.

Durante este período postoperatorio no queda claro la frecuencia y la calidad de la comunicación entre el médico y la paciente y si la atención médica ofrecida era consistente con las normas de cuidado, conocimiento y destrezas reconocidas por la profesión médica. Así pues, mientras la Sra. Rosa Vázquez "no soportaba el dolor" y trataba desesperadamente de comunicarse con el Dr. Rosado, se le prescribió, sin aparente éxito, primero, proveerle un "padding" en la barbilla y posteriormente, aplicarle gel de zapatos en el área afectada. Eso nos lleva a preguntar si el desarrollo de una condición tan severa como úlcera IV, está incluida entre los riesgos aceptados por la Sra. Rosa Vázquez al someterse a la cirugía y si la reacción del Dr. Rosado ante dicha patología fue razonable a la luz de las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica.

En síntesis, al aplicar la presunción de la Regla 304 de Evidencia, determinamos que en la etapa de recuperación postoperatoria las apelantes establecieron un caso *prima facie* de impericia. Esto nos obliga a devolver el caso al TPI para que en vista evidenciaria determine la responsabilidad del Dr. Rosado por los daños e inconvenientes que aparentemente sufrió la Sra. Rosa Vázquez en el curso

postoperatorio. Entre los aspectos a considerar se encuentra la posible ocurrencia de negligencia comparada.

**-IV-**

Por los fundamentos antes expuestos, se devuelve el caso al foro primario para que celebre una vista evidenciaria y determine la responsabilidad profesional, si alguna, del Dr. Julio E. Rosado en la etapa postoperatoria. Específicamente, deberá ponderar si el galeno incurrió en negligencia comparada. Revocada en ese aspecto, se confirma la sentencia apelada en todo lo demás.

Notifíquese.

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

La juez Cintrón Cintrón concurre sin opinión escrita.

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