

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

ARMIDA PÉREZ GUZMÁN Y
ARMIDA GUZMÁN ORTIZ

Apelantes

v.

DR. CELESTINO CARRIÓN
CASTILLO, SU ESPOSA
MARÍA NEGRÓN MIRANDA Y
LA SOCIEDAD DE
GANANCIALES ENTRE ELLOS
COMPUESTA; SINDICATO DE
ASEGURADORES PARA LA
SUSCRIPCIÓN CONJUNTA DE
SEGUROS DE
RESPONSABILIDAD MÉDICO
HOSPITALARIA (SIMED),
et als.

Apelados

KLAN201900187

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia, Sala
de Arecibo

Caso Núm.:
C DP2015-0059

Sobre: Daños y
perjuicios;
Impericia
médico
profesional

Panel integrado por su presidenta, la Jueza Cintrón Cintrón, el Juez Flores García¹ y la Jueza Cortés González

Flores García, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 7 de agosto de 2020.

I. Introducción

La parte apelante, Armida Pérez Guzmán y Armida Guzmán Ortiz, comparece ante nos y solicita la revocación de una sentencia emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Arecibo. Mediante el dictamen apelado se declaró no ha lugar una demanda sobre daños y perjuicios por impericia médica y se ordenó el cierre y archivo del caso con perjuicio.

Por los fundamentos expuestos a continuación, confirmamos la *Sentencia* apelada.

¹ Mediante la Orden Administrativa 2020-071, se designó al Hon. Gerardo Flores García como miembro del panel en sustitución de la ex jueza Mildred Surén Fuentes, que dejó de desempeñar sus funciones como jueza, tras cumplir con los años de servicio público necesarios para retirarse.

II. Incidencias Procesales

El 18 de mayo de 2016, la parte apelante presentó una *Segunda Demanda Enmendada* sobre daños y perjuicios por impericia médica profesional en contra del Dr. Celestino Carrión (Dr. Carrión), su esposa María Negrón Miranda y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta entre ambos y el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Médico Hospitalaria (SIMED), en conjunto, la parte apelada.²

Conforme se alegó en la demanda enmendada, el 18 de junio de 2013 el Dr. Carrión, especialista en ginecología y obstetricia, intervino quirúrgicamente a la señora Armida Pérez Guzmán (Armida) y le removió la matriz, los ovarios y varios fibromas. Durante la operación el doctor Carrión aplicó *Gelfoam* en el muñón cervical. Luego de la operación Armida comenzó a sentir fuertes dolores abdominales, mareos, fiebre y supuración en la herida. Tras realizarse voluntariamente unas pruebas de laboratorio, Armida intentó infructuosamente que el Dr. Carrión le hiciera una consulta de emergencia. El 2 de julio de 2013, Armida acudió a su médico primario, la Dra. Sandra López (Dra. López), quien la evaluó y le ordenó hacerse unos laboratorios adicionales. La Dra. López consideró que Armida tenía una infección, le recetó antibióticos y la refirió al Dr. Carrión para que este la evaluara y descartara un absceso. El 3 de julio de 2013, Armida fue a la oficina del Dr. Carrión y este, luego de evaluarla, le indicó

² Surge de la *Sentencia* apelada que la *Demanda* original se presentó el 8 de abril de 2015, e incluía como demandados al Hospital Dr. Cayetano Coll y Toste (Hospital) y a otros posibles codemandados de nombre desconocido. El 5 de junio de 2015 se enmendó la demanda. Posteriormente, mediante sentencias parciales, se desestimaron las causas de acción en contra de Adjusters, Inc. y del Hospital y la aseguradora de este, Continental Insurance Co.

que lo que ella tenía era normal, pues se trataba de una deficiencia de hormonas. El Dr. Carrión documentó que Armida tuvo "hot flashes" y le prescribió antibióticos y hormonas. Además, la autorizó a realizar un viaje que ella tenía planificado. La condición de salud de Armida empeoró y el 24 de julio de 2013, mientras esta se encontraba de viaje, fue transportada de emergencia al Mease Countryside Hospital (Mease) en Clearwater, Florida, con vómitos y casi sin poder moverse. En el referido hospital le hicieron varios estudios radiológicos que revelaron un absceso, por lo que se le realizó una intervención quirúrgica de emergencia. Durante la operación se le drenó un absceso supra cervical, cuyo análisis posterior reveló que consistía en un material esponjoso con coágulos rojos. Este "cuerpo foráneo" se había colocado para detener el sangrado en el muñón cervical durante la histerectomía que realizó el Dr. Carrión el 18 de junio de 2013.

Las demandantes adujeron que la negligencia del Dr. Carrión al dejar el "cuerpo foráneo", no brindar el tratamiento adecuado y no ordenar que se realizaran los estudios pertinentes para identificar y diagnosticar el absceso les ocasionó los daños físicos y emocionales cuya indemnización reclamaban.

Por su parte, el Dr. Carrión y SIMED presentaron sendas contestaciones a la *Segunda Demanda Enmendada*.³ En esencia, negaron ser responsables por los daños reclamados en la demanda. Levantaron como defensas afirmativas que el tratamiento ofrecido cumplió con los requisitos que exige la mejor práctica de la medicina;

³ Apéndice II, *Contestación a Segunda Demanda Enmendada*, págs. 14-18 y Apéndice III, *Contestación a la Segunda Demanda Enmendada*, págs. 19-22, respectivamente.

que no existía relación causal entre los daños alegados y las omisiones que se imputaban; y que no se había dejado un cuerpo extraño o foráneo en la cirugía del 18 de junio de 2013.

Surge del Informe de Conferencia con Antelación al Juicio, aprobado por el tribunal, que la parte apelante enmendó sus alegaciones conforme a la teoría allí expuesta, para establecer que el Dr. Carrión no ordenó estudios de imágenes y laboratorios para descartar o detectar el absceso, no hizo el diagnóstico ni dio el tratamiento a Armida al ella quejarse de dolor abdominal y no se aseguró del uso apropiado del *Gelfoam*.⁴

El juicio en su fondo se celebró los días 8 y 10 de enero, 29 de mayo, 19 y 25 de junio y 13 de julio de 2018. Por la parte demandante declararon Armida, Armida Guzmán Ortiz y el perito Dr. Edwin Miranda, médico generalista. Por la parte demandada declararon el Dr. Carrión y el perito Dr. Alberto de la Vega, ginecólogo-obstetra. Las partes estipularon en cuanto a su autenticidad varios documentos, entre estos los récords médicos de Armida en el Hospital Cayetano Coll y Toste, en la oficina del Dr. Carrión, en la oficina de la Dra. López y en el Mease Countryside Hospital. Además, ambas partes sometieron evidencia documental adicional, tales como los informes de sus respectivos peritos, los *curriculum vitae* y literatura médica.

Luego de justipreciar la prueba testifical y documental presentada por las partes, el 11 de octubre de 2018, el Tribunal de Primera Instancia dictó una

⁴ Con ello, ya no se alegaba que el Dr. Celestino Carrión Castillo hubiera dejado negligentemente un cuerpo extraño en el abdomen de Armida Pérez Guzmán durante la cirugía que le realizó el 18 de junio de 2018 y no hubiera hecho el conteo de los instrumentos que se utilizaron.

Sentencia mediante la cual desestimó, con perjuicio, la demanda de autos.

El dictamen del foro primario incluyó 182 determinaciones de hecho, las cuales reproducimos a continuación:

1. La co demandante Armida alegó, que la primera vez que ella fue a la oficina del Dr. Carrión, fue el 25 de febrero de 2013, para buscar los referidos de su operación, pero [...] ese día ella llenó la hoja de información por ser una paciente nueva y el Dr. Carrión le ordenó unas pruebas de tiroides, mamografía y un sonograma endovaginal. En la hoja de información del paciente Armida indicó padecer de hipertensión, asma y divertículos.
2. El 18 de junio de 2013, el Dr. Carrión le hizo a Armida Pérez Guzmán un procedimiento quirúrgico llamado "total abdominal hysterectomy" (TAH) y fue dada de alta del Hospital Cayetano Coll y Toste el 21 de junio de 2013.
3. Armida Pérez Guzmán fue paciente del Dr. Carrión por condición de sangrado abundante con múltiples fibromas, y este le hizo una hysterectomía sub-total o salpingooforectomía bilateral el 18 de junio de 2013, y le sacó los tubos y ovarios.
4. Como consecuencia del sangrado intraoperatorio que tuvo Armida, esta requirió transfundir sangre y se le llevó a unos niveles de hemoglobina satisfactorios. Además, en el área del muñón cervical el Dr. Carrión colocó "gel foam" para evitar que continuara el sangrado. Debido a las múltiples adherencias que tenía la paciente no se podía realizar sutura en esas áreas para controlar el sangrado, por lo que colocó el "gel foam" para controlar el sangrado.
5. Al ser dada de alta del [sic] 21 de junio, el Dr. Carrión le ordenó antibióticos por 7 días a Armida.
6. Luego del 21 de junio de 2013, Armida alegó que comenzó a sentir fiebre, que su herida estaba supurando, que había un olor a ratón muerto que salía de la herida, que estaba mareada y presentaba dolor en el área pélvica.
7. La primera vez que Armida acude a un médico luego de ser dada de alta del procedimiento ante el Dr. Carrión fue el 1 de julio de 2013. Acudió a su médico primario, la Dra. Sandra López Santiago (en adelante Dra. López).
8. Armida expresó que, durante su visita se quejó a la Dra. López de dolor en el área abdominal y fiebre, que le llevó los resultados de unos laboratorios realizados y que le dijo a la Dra. López que la herida estaba supurando y apestaba a ratón muerto.
9. La Dra. López Santiago, según establece su récord, en la nota escrita del 1 [sic] julio

de 2013, indicó que la paciente fue sometida a TAH (total abdominal hysterectomy) y que ésta le refiere malestar general, mareos y escalofríos, que le trajo resultados de CBC y expresó dolor lumbar y orinar frecuente. El récord médico de la Dra. López no expresa que la paciente le informara que la herida estaba supurando o que apestara a ratón muerto.

10. El diagnóstico de la Dra. López Santiago, según la nota del 1 [sic] julio de 2013, es que Armida tenía dolor lumbar, presentaba una infección urinaria y le mandó a realizarse un CBC, un urianalisis [sic] y le recetó el medicamento Cipro.
11. El 1 de julio de 2013 Armida entregó a la Dra. López Santiago un CBC [...] donde los glóbulos blancos aparecían en 10.1.
12. El 2 de julio de 2013, Armida regresa a la oficina de la Dra. López Santiago, y esta alegó que le dijo a ella que continuaba presentando los mismos síntomas de dolor abdominal, fiebre, herida supurando, mareo y olor a ratón muerto.
13. Sin embargo, el récord médico no refleja lo alegadamente comunicado por la paciente a la doctora. La nota del 2 de julio de 2013 de la Dra. López Santiago, lee: "Paciente trae resultados de laboratorios y refiere dolor en área de la herida".
14. El 2 de julio de 2013, como su médico primario, la Dra. López le dio a Armida una hoja de referido para ir a ver al médico especialista en obstetricia y ginecología, según es requerido por el Plan de la Reforma.
15. Antes de visitar al Dr. Carrión, por el problema de sangrado abundante que tenía Armida y que fue la razón para su cirugía del 18 de junio de 2013, esta necesitó un referido de la Dra. López Santiago para atenderse por el médico especialista.
16. El 3 de julio de 2013 Armida acude a la oficina del Dr. Carrión, y según Armida, este no la examinó vaginalmente, ni en la pelvis y sólo verificó el área de la herida.
17. Luego de la cirugía del 18 de junio de 2013, la única visita de Armida al Dr. Carrión fue el 3 de julio de 2013 y declaró que este escribía lo que ella le decía y que le dijo que tenía mareos, dolor en la herida y peste a ratón muerto.
18. El Dr. Carrión, según surge del récord médico, indicó en la nota del 3 de julio que Armida tenía dolor pélvico, herida infectada, síndrome menopáusico debido a deficiencia hormonal y la herida cicatrizando bien.
19. El 3 de julio de 2013, durante su visita al Dr. Carrión, Armida le refirió que le daba fiebre en las noches, y el Dr. Carrión le respondió que, a raíz de la operación, por sacarle los ovarios y el útero, tenía una deficiencia de hormonas, por lo que tenía que tomar hormonas para que su cuerpo comenzara a acostumbrarse y le recetó Estradiol, que es una hormona femenina.

20. El Dr. Carrión al examinar a Armida en la herida, le dijo que la misma estaba enrojecida y que le iba a recetar Cipro, pero como ella estaba tomando dicho medicamento, se le indicó que lo tomara por 5 días adicionales.
21. El 3 de julio de 2013, el Dr. Carrión le entregó a Armida el documento titulado Contestación a Consulta por Especialista, para que ella lo llevara a la oficina de la Dra. López y le habló del resultado de la patología de lo extirpado en la cirugía, que resultó negativo para malignidad. Armida alegó haber llevado ese documento a la Dra. López, pero en el récord de oficina de esta no aparece el mismo.
22. Armida alegó que entre el 3 y el 10 de julio de 2013 continuaba presentando mal olor como ratón muerto, fiebre, mareo, escalofríos, dolor abdominal, herida supurando e incluso estaba peor, pero no acudió a médico alguno ni a una sala de emergencias de un hospital en ese tiempo. Volvió a la oficina de la Dra. López el 10 de julio de 2013.
23. La Dra. López Santiago indicó en su nota del 10 de julio de 2013, que Armida fue evaluada por el ginecólogo, quien no encontró absceso, le recomendó continuar con los antibióticos y le recetó hormonas. Según Armida, la Dra. López Santiago no la examinó, sin embargo, la nota de ella dice "pulmones claros y ventilados" y como diagnóstico síndrome menopáusico debido a una deficiencia hormonal por falta de ovarios.
24. La Dra. López Santiago continuó con el mismo tratamiento hormonal ordenado por el Dr. Carrión y le indicó a Armida que debía seguir visitando a su ginecólogo.
25. El 10 de julio de 2013 Armida le dijo a la Dra. López Santiago que se iba para Estados Unidos de viaje y ella no le contestó nada.
26. Según Armida, entre el 10 y el 16 de julio, los síntomas de dolor abdominal, fiebre, mal olor, escalofríos y mareos estaban empeorando. Cada vez eran más fuertes y continuos, pero no visitó a doctor alguno o sala de emergencias. Además, se fue en el viaje programado al estado de la Florida.
27. Declaró Armida que al llegar a Florida no tenía ánimo ni apetito, sentía dolor, su herida estaba supurando, fiebre, tenía olor fuerte a ratón muerto y caminaba con dificultad, pero no asistió a médico alguno entre los días 16 al 23 de julio de 2013 y no fue hasta el 24 de julio que procuró asistencia médica a la Sala de Emergencias del Mease Countryside Hospital.
28. La tía de los hijos de Armida, con quien se estaba quedando en el estado de la Florida, fue quien llamó a la ambulancia por los dolores que tenía Armida para ser trasladada a una sala de emergencias. Los paramédicos que atendieron a Armida hablaron con ésta, pero al ella desconocer el idioma inglés, la tía de sus hijos le sirvió de intérprete. A pesar de que la demandante declaró que había perdido el conocimiento y despertó en el Hospital, no le

- damos credibilidad a esta aseveración porque es contradictorio [sic] a lo que refleja el récord médico. El récord médico de los paramédicos que atendieron [sic] Armida refleja que estaba consciente, que el dolor lo clasificó como 8 en una escala del 1-10, y que dicho dolor había sido súbito, más fuerte hace 2 a 3 horas. También surge del récord de los paramédicos que Armida informó sobre el procedimiento médico reciente, la histerectomía, y que había sido sin complicaciones.
29. Conforme la página 307 del récord del Mease Countryside Hospital, la queja principal que presentaba Armida era dolor abdominal superior, desde las 2:00 pm del 23 de julio y había vomitado en varias ocasiones. Ella expresó que no sabe no recuerda quién le dio esa información al equipo de emergencias médicas.
 30. A la página 311 del récord, del 24 de julio de 2013, se refiere que la paciente (Armida) tuvo dolor abdominal hace 24 horas con múltiples episodios de vómitos y que la histerectomía abdominal total efectuada en Puerto Rico el pasado mes fue sin complicaciones, **no tenía fiebre**, ni vómitos.
 31. Según surge del récord electrónico, la paciente (Armida) dice que los síntomas por los cuales ella acude a la sala de emergencias del Mease Countryside Hospital comenzaron después de haber desayunado. A su vez, Armida indicó que ella fue quien dio esa información en el hospital, pero niega haber dicho que los síntomas no eran recurrentes, contrario a lo que dice la nota que concluye que los síntomas no lo eran.
 32. Armida admitió que estando en el hospital, fue visitada por varios médicos los cuales le preguntaban cómo se sentía y desde cuando [sic] estaba así. Según el récord médico, a la página 12, segunda línea, ella comenzó a tener dolor epigástrico desde el día antes, con náuseas y vómitos por lo que acudió a la sala de emergencias. Ella negó haber dado esa información.
 33. Según Armida, esta les dijo a los médicos en Mease Countryside Hospital que tenía la herida supurando y con dolor, días después de la operación, pero el récord médico no confirma esas alegaciones ya que se dice en el mismo, que los síntomas habían empezado el día antes del 24 de julio de 2013.
 34. Ninguno de los récords médicos admitidos en evidencia en este caso refleja los síntomas de fiebre, ni herida supurando ni olor a "ratón muerto" según alegó la demandante Armida.
 35. Conforme el récord de Mease Countryside Hospital, a la página 18, otro médico escribe, en el encasillado de historial de enfermedad presente, que Armida le informa que luego de la cirugía que tuvo un mes atrás en Puerto Rico, de ooforectomía bilateral, no ha tenido problema alguno, dolor ni fiebre, que estaba bien hasta que desarrolló un **malestar súbito**

- y dolor abdominal, unido a fiebres y escalofríos. Armida negó haber hecho esas expresiones al médico y desconoce por qué él escribió eso.
36. Según el récord de Mease Countryside Hospital, página 22, 3ra. línea, la paciente tuvo una cirugía en Puerto Rico el 19 de julio y ha estado bien desde entonces. La paciente se queja de náuseas persistentes y vómitos. Indicó no sentirse bien desde la mañana anterior (24 de julio de 2013) y con severo dolor abdominal y pélvico.
 37. Según el récord médico de Mease Countryside Hospital, el médico que evalúa a Armida cuando llegó, no hizo referencia alguna a que presentaba olor a ratón muerto o herida supurando.
 38. Armida tenía problemas de depresión que datan del año 2005, relacionados a problemas con su hija y por su condición de salud por tener divertículos, conforme surge de los récords de APS.
 39. El 29 de julio de 2013, Armida fue dada de alta del Mease Countryside Hospital y regresó a Puerto Rico el 3 de agosto de 2013.
 40. Según el récord médico de Armida, la última vez que ella fue a visitar a la Dra. López Santiago fue el 14 de agosto de 2013 y está [sic] alegaba que la herida estaba irritada a esa fecha, más sin embargo, el récord médico a la página 14, indica que el abdomen estaba depresible y no doloroso. Armida alegó que la Dra. López Santiago escribió lo contrario a lo que ella le dijo.
 41. En su testimonio Armida indicó que luego del 3 de julio, continuaba con dolores, fiebre, olor a ratón muerto, herida enrojecida y supurando. En las preguntas del contrainterrogatorio fue confrontada con su deposición, tomada el 8 de diciembre de 2016, donde a la página 28 y contestando la misma pregunta, indicó que se sentía decaída, sin ganas de hacer nada y con un poco de molestia y dolor en el área pélvica.
 42. En su deposición le preguntan si se retorció de dolor, a lo que ella indicó que no y que tenía dolor en el área de la herida. A su vez se le preguntó cómo se sentía entre el 3 y el 16 de julio cuando se fue para Florida y respondió que se sentía todavía enconada, con un poco de dolor en el área pélvica baja y todavía supurando, pero ya no tenía las fiebres por las noches y en ningún momento en la deposición mencionó que tenía un olor a ratón muerto.
 43. En la deposición del 8 de diciembre de 2016 (página 48) se le preguntó a Armida si la condición que ella estaba presentando desde el 2005 y que la llevó a recibir tratamiento psiquiátrico de parte de APS, era la misma que ella estaba presentando ese día, y respondió que ahora estaba más tranquila. A su vez se le preguntó si desde el 2005 para acá, había algún otro factor o condición que agravara su condición de depresión y ansiedad,

- respondiendo que no. (líneas 8 a 11 [sic] de la página 48)
44. Según el récord de APS, utilizado para impugnar a Armida, el 7 de marzo de 2016, a las 11:31 am, ella fue a una cita y dijo que había sido operada de los intestinos hacía 6 semanas y que le encontraron 12 nódulos.
 45. En los récords médicos de la Dra. López no tienen mención alguna o relación de parte de Armida, acerca de alguna queja hecha por ella relacionada con la alegada peste a ratón muerto, herida supurando y fiebre.
 46. El Dr. Edwin Miranda Aponte (en adelante Dr. Miranda), perito de la parte demandante, es un médico generalista, que no tiene especialidad en obstetricia y ginecología. Sus estudios son de medicina general y tiene certificación de especialista en sala de emergencia adquirida bajo el "grand father [sic] clause". No tiene estudios luego del grado de medicina general, conducentes a obtener la especialidad de sala de emergencias, ni la de obstetricia y ginecología.
 47. El único adiestramiento en el área de obstetricia y ginecología que tuvo el Dr. Miranda fueron los 3 meses de rotación durante su formación como médico general.
 48. El Dr. Miranda nunca ha hecho una histerectomía abdominal, sólo ha sido asistente y no ha hecho ningún tipo de cirugía abdominal luego de haber obtenido su grado de medicina general en el 1981.
 49. El Dr. Miranda nunca ha atendido a una paciente post operatoriamente luego de una histerectomía total abdominal, ni ha hecho el drenaje de un hematoma o un absceso intraabdominal.
 50. El Dr. Miranda trabaja en la sala de emergencias del Centro Médico alrededor de unas 16 horas semanales y cuando le llega un caso o sospecha de un absceso intraabdominal, procede a consultar al cirujano luego de hacer los estudios correspondientes, y es el cirujano quien decide si opera o no.
 51. El Dr. Miranda admitió que luego de la cirugía del 18 de junio de 2013 hasta el alta el 21 de junio de 2013, Armida no tuvo **ninguna** complicación y que durante la cirugía tuvo bastante sangrado.
 52. El Dr. Miranda no sabe en qué área, anatómicamente hablando, Armida tuvo el sangrado, aunque el Dr. Carrión puso el "gel foam" en el muñón cervical, según surge del reporte operatorio.
 53. En el informe pericial del Dr. Miranda, este no hace mención a [sic] la intervención del 1 de julio de 2013 de la Dra. López con Armida. Al ser confrontado con la nota médica del 1 de julio de 2013, a la página 21 del récord de la Dra. López, admitió que en ningún lugar del récord dice que Armida tenía fiebre, la herida supurando, u olor a ratón muerto en el área de la herida, ni dolor abdominal.

54. El Dr. Miranda reconoció que el 1 de julio, según el récord médico, la queja principal de Armida era dolor lumbar, el cual está localizado en la parte trasera al final de la espalda y que la Dra. López llega a un diagnóstico de "lumbar pain" y de "rule out" o descartar "urinary track [sic] infection", que podía ser cónsono con el dolor lumbar, por lo que le ordena un "urinalisis", un CBC y diferencial.
55. El 1 de julio, el único CBC que estaba en récord era el del 27 de junio de 3013 [sic].
56. Cuando los WBC (White blood cells o glóbulos blancos) están en exceso de los límites que tiene el laboratorio, ello se puede deber a dos razones: un proceso infeccioso o un proceso inflamatorio o pueden ser ambos. Incluso, hay eventos que pueden generar un alza en los WBC sin que sea un proceso infeccioso o inflamatorio, como por ejemplo el vomitar, que genera una hemoconcentración de los líquidos del cuerpo y puede dar una concentración mayor en los WBC. Esta hemoconcentración ocurre no por los vómitos, sino por la deshidratación que viene. También los WBC se alteran por enfermedades o adrenalina, por un susto.
57. Si los WBC están altos, el médico no se puede dejar llevar por el conteo para decir que tiene infección, porque ese número por sí solo no significa que haya infección y debe evaluar los demás elementos del Complete Blood Count, como el diferencial, si los linfocitos están altos o están bajos, esto puede sugerir si es un proceso infeccioso. Ninguno confirma algo en cuanto a la infección, sino que son elementos que se toman en consideración por el médico para su diagnóstico.
58. Un proceso inflamatorio puede causar una elevación de los WBC y se da porque hay un proceso de sanación dentro de ese abdomen y en la herida, pero también hay un proceso inflamatorio debido a que se han manejado vísceras y tejido. Como consecuencia del proceso quirúrgico realizado por el Dr. Carrión a Armida el 18 de junio de 2013, hay un proceso de sanación e inflamatorio intra-abdominal.
59. El Dr. Miranda no puede estimar cuanto [sic] aproximadamente duró el proceso inflamatorio en el caso de Armida.
60. El 1 de julio de 2013 la Dra. López le ordena a Armida un CBC y un urianalisis [sic] que reflejó "hematuria" y ese resultado del urianalisis [sic] no es cónsono con infección.
61. El 2 de julio cuando Armida visita a la Dra. López, le refirió que tenía dolor en el área de la herida, por lo que se quiso descartar un absceso. En ningún momento Armida se le quejó a la Dra. López de mareo, olor a ratón muerto en el área de la herida, fiebre, ni herida supurando. No aparece reflejado en el récord médico.
62. Como parte de su evaluación el 2 de julio, la Dra. López procedió a referir a Armida al

- ginecólogo y a esos fines completó el formulario de referido que se le requiere llenar a un médico primario por el plan médico de la reforma, cuando va a enviar a un paciente para ver a un médico especialista. En ese proceso de evaluación por el ginecólogo, la paciente tiene que pasar primero por el médico primario.
63. Los WBC del CBC del 1 de julio que le lleva Armida a la Dra. López el 2 de julio, están en 12.7 y los neutrófilos en 71% (página 16-Exhibit #3) y el laboratorio no los marcó como altos o bajos. El rango normal es de 37-80, por ende, están normales. En adición, los linfocitos ayudan al médico a determinar si hay infección y en este laboratorio están en 22.2 y el rango normal es 10.0 a 50.0, por lo que están normales.
 64. Ambos laboratorios del 1 de julio, a saber, el urianalisis [sic] y el CBC, se le llevaron al Dr. Carrión según surge de las páginas 12-13 del récord, por lo que este debió haber evaluado los mismos al momento en que vio a Armida el 3 de julio.
 65. En la visita del 3 de julio de 2013, Armida no le refiere al Dr. Carrión, ni se queja de mareo, fiebre, herida supurando, ni olor a ratón muerto.
 66. La nota del 3 de julio de 2013 del Dr. Carrión, indica histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral realizada el 18 de junio de 2013, queja de dolor pélvico, "wound infected", síndrome menopáusico debido a deficiencia hormonal y ordena CIPRO 500 dos veces al día por cinco días más y estradiol. A su vez indica que la herida está cicatrizando bien.
 67. En la hoja enviada por el Dr. Carrión a la Dra. López (página 14) dice que Armida tiene el área de la herida levemente enrojecida, por lo que tiene que haber visto la herida.
 68. Toda paciente sometida a una histerectomía total abdominal, como consecuencia de la remoción de ovarios y útero va a enfrentar una deficiencia hormonal y presentará síntomas típicos o similares a la menopausia, entre ellos "hot flashes" (fiebres), principalmente en horas de la noche.
 69. El 3 de julio Armida le refirió al Dr. Carrión que tenía "hot flashes" intermitentes.
 70. Un absceso es una acumulación de pus. Para que se tenga un absceso siempre va a estar presente el pus y la misma está encapsulada. El área alrededor del absceso normalmente está hinchada o inflamada.
 71. El absceso es una acumulación de pus que ocurre cuando se infecta un tejido y el sistema inmunitario del cuerpo combate la infección con los WBC que se mueven al área de la infección y se acumulan dentro de ese tejido dañado. En ese proceso se forma el pus, que no es otra cosa que la acumulación de líquidos, células blancas vivas y muertas, bacterias y productos de degradación metabólica del proceso.

72. Cuando se drena un absceso, eso se envía a patología o a microbiología y allí se debe encontrar que hay líquidos, células blancas vivas o muertas y las bacterias.
73. Cuando se hace un cultivo del absceso y hay crecimiento de las bacterias, significa que al momento en que se hizo el cultivo había bacterias vivas.
74. Puede haber pus con bacterias vivas o muertas, pero también habrán WBC vivas o muertas porque son las que están combatiendo la infección.
75. El cultivo va a decir el tipo de bacteria que había en el pus, la cepa y su sensibilidad antibiótica, para que el clínico determine qué antibiótico le va a recetar.
76. De los récords evaluados por el Dr. Miranda no hay evidencia clínica alguna de que Armida entre el 3 hasta el 24 de julio fuera a otro médico para recibir tratamiento. Al ser referido a la visita del 10 de julio con la Dra. López, indicó que no aparece documentado que la paciente se quejó de algo. Indicó que la Dra. López refiere que no se encontró un absceso, que se le recomendó antibióticos y hormonas y que ella coincidió con el Dr. Carrión en cuanto al plan terapéutico.
77. Declaro [sic] el Dr. Miranda que en esa visita del 10 de julio no hay ninguna referencia de parte de Armida, de tener dolor abdominal, dolor lumbar, mareos, fiebre, escalofríos, hedor en la herida a ratón muerto o herida supurando.
78. A preguntas al Dr. Miranda, de si resultaba compatible el que una paciente que tuviera un absceso, que iba empeorando cada vez más, y que alegaba tener un olor a ratón muerto insoportable, un dolor abdominal insoportable, que los mareos y la fiebre continuaban y cada vez estaba peor, con alguien que no fue a ningún médico entre el 10 al 24 de julio de 2013, e indico [sic] que **no podía contestar** esa pregunta.
79. No hay evidencia alguna de que Armida, no emepe tener las condiciones que alegaba, hubiese ido a algún médico o sala de emergencia entre el 10 y el 24 de julio.
80. El récord de Mease Countryside Hospital del 24 de julio de 2013, no hace referencia alguna a que Armida tenga mareos, fiebre, escalofríos, herida supurando y con olor a ratón muerto.
81. El récord de Mease Countryside Hospital del 23 de julio, establece que Armida, después de desayunar desarrolló dolor abdominal súbito con fiebres y escalofríos y que la paciente niega haber tenido complicaciones post cirugía del 18 de junio, que no ha tenido ningún problema, dolor o fiebres (pág. 12 segunda y tercera línea; pág. 18; Exh. 4) y que comenzó con dolor epigástrico el 23, asociado con náuseas y vómitos.
82. Según el récord de Mease Countryside Hospital, Armida se encontraba bien hasta 2 o 3 días antes del 24 de julio de 2013 y esto se lo dice a dos médicos distintos que la atienden

- allí. A la pág. 22; tercera a quinta línea (Exh. 4) detalla el récord que la paciente tuvo una cirugía en Puerto Rico, que ha estado bien, se queja de persistente náusea y vómito y que no se siente bien desde el día antes en la mañana.
83. Las notas médicas en días distintos, el 24 y 25 de julio y el 27 de julio, ninguno de los médicos hace referencia a que Armida tuviera fiebre, mareos, escalofríos, herida supurando y con olor a ratón muerto.
 84. El Dr. Miranda admitió que, según las notas médicas en Mease Countryside Hospital, el 24 de julio Armida tenía temperatura de 97.0 y eso significa que **no tiene** fiebre, y para que tenga fiebre debe ser por encima de 99 a 99.5.
 85. A la página 311 del récord en Mease Countryside Hospital, se indica que la paciente tuvo una histerectomía abdominal y que no tuvo complicaciones posteriores, no fiebre, no vómitos o diarreas. Admitió el Dr. Miranda, que en Mease las notas médicas coinciden en que el evento que presentó Armida ocurrió **ese mismo día o el día antes** y que la información o el historial que se está dando, establece que ella no tuvo ningún problema luego de la cirugía del 18 de junio de 2013 en Puerto Rico.
 86. A la página 320 línea 2, del récord de Mease Countryside Hospital, la persona que fue a buscar a Armida en ambulancia, escribe que la paciente comenzó a presentar dolor aproximadamente a las 3 de la tarde del día anterior y vomitó aproximadamente siete veces, que se hizo una histerectomía el 18 de junio de 2013 en Puerto Rico y que la paciente negó tener complicaciones a raíz de este procedimiento o tener dificultad para respirar, debilidad o mareos.
 87. A Armida se le hicieron varios estudios en Mease Countryside Hospital, entre ellos un sonograma endovaginal, y placas. Ninguno de estos estudios eran [sic] concluyentes de alguna condición clínica, reflejando cosas distintas como una posible masa sólida, un quiste complejo, y apendicitis, y ante lo impreciso de las pruebas los médicos determinan llevarla a sala de operaciones para hacerle una cirugía exploratoria.
 88. El Dr. Miranda indicó que al momento en que Armida se lleva a sala de operaciones en Mease Countryside Hospital, nadie les dijo a los médicos que en la histerectomía hecha en Puerto Rico le pusieron "gel foam" ya que tuvo un sangrado profuso durante la operación.
 89. Por las pruebas realizadas en Mease Countryside Hospital y sus resultados imprecisos, inclusive se cuestionaron si se llegó a hacer la histerectomía en Puerto Rico, pero luego se dieron cuenta que, si se realizó y además se sugería un proceso de apéndice, pero luego dicen que no era posible porque la misma estaba retrocecal.
 90. Según el Dr. Miranda, lo que se veía en los estudios hechos en Mease Countryside Hospital,

- del área de la pelvis anterior de Armida, los médicos lo llamaron un absceso.
91. Cuando se drena un absceso con pus y el médico manda la muestra a patología, lo hace para que realicen cultivos aeróbicos o anaeróbicos, o ambos y el espécimen se envía a bacteriología para que determine lo que hay en ese líquido.
 92. En la exploratoria hecha en Mease Countryside Hospital a Armida, se le sacó 6cc de líquido de lo que ellos nombraron como un absceso. El Dr. Miranda admitió que lo que se sacó no era líquido (Exhibit 4 página 647) y que en la etiqueta del envase donde estaba el espécimen, dice que es un agregado de "spongy red trombus material blood" y no se describe que sea pus. Por lo tanto, no hay pus en eso que se sacó.
 93. Según el reporte operatorio (página 26-27 Exh. 5) se hicieron dos cultivos (página 645) uno del absceso y otro de la incisión. El cultivo se hace con el fin de que una vez el entra al abdomen de la persona, dependiendo el resultado pueda determinar si lo que el sospechaba de una posible infección estaba presente o no. En el caso de Armida, ambos cultivos resultaron negativos y no hubo crecimiento de bacterias, por lo que la sospecha de un proceso infeccioso no fue confirmada.
 94. El Dr. Miranda alegó que los cultivos que son negativos y se reportan sin crecimiento, cuando realmente hay bacterias muertas allí, lo que evidencia que hubo un proceso infeccioso. Sin embargo, a preguntas en el conainterrogatorio tuvo que admitir que en el procedimiento realizado en Mease Countryside Hospital no había bacterias vivas en lo que se extrajo y a lo que lo médicos llamaban absceso, no se menciona que había bacterias muertas, no menciona que hay células blancas vivas, ni productos de degradación metabólica.
 95. El Dr. Miranda indicó que en ninguna parte del reporte operatorio se describe la presencia de pus y solo se menciona un líquido grisáceo.
 96. A Armida se le hicieron dos tipos de cultivos; uno anaeróbico (para bacterias que sobreviven ante la presencia de oxígeno) y otro aeróbico (para bacterias que sobreviven sin la presencia de oxígeno) y ambos salieron negativos.
 97. El Dr. Miranda testificó que entre el 3 y el 23 de julio Armida estaba pasando por una condición clínica infecciosa, pero admitió que no hay ningún récord que evidencie para el tribunal la presencia de un proceso infeccioso en esas fechas.
 98. En la evaluación que hizo el Dr. Miranda del récord de Mease Countryside Hospital (Exhibit 4), no surge evidencia de que la paciente le dijera a alguno de los médicos que tuviera fiebre, dolor en el área abdominal, herida supurando u olor a ratón muerto.
 99. Las notas de los médicos que vieron a Armida en Mease Countryside Hospital, establecen que

- luego de la cirugía de Puerto Rico, ella estaba bien y no tuvo complicaciones.
100. De todos los estudios que se hicieron en Mease Countryside Hospital a Armida, ninguno era concluyente y era la impresión médica. Unos decían que podía ser un hematoma, un absceso, un hematoma infectado, sugirieron que ella tenía el útero todavía (página 26) e incluso que podía ser el apéndice.
 101. En la intervención del 25 de julio en Mease Countryside Hospital lo primero que le encontraron a Armida fueron muchas adherencias, las cuales ocasionan dolor. Según el Dr. Miranda, el dolor puede llevar a un paciente a sala de emergencias pensando que tiene algo quirúrgico cuando realmente no lo tiene.
 102. El médico que le realizó la exploratoria a Armida en Mease Countryside Hospital, hizo remoción de las adherencias y detrás de la vejiga fue que se encontró la acumulación del fluido grisáceo, que es un área sobre el muñón cervical.
 103. El Dr. Carrión colocó el "gel foam" en el área del muñón cervical.
 104. De la cirugía exploratoria realizada en Mease Countryside Hospital se sacó un espécimen y se envió a patología en un envase rotulado: "abcess cavity from abdomen". Cuando se recibió por el patólogo, éste en el aspecto general, (a simple vista) describe: "*Received is a 6cc aggregate of spongy red trombus material/blood". Soft tissue and skin is not appreciated*". Luego hizo los cortes representativos de lo que recibe, lo somete a un análisis microscópico y el resultado fue fibrina y material extraño.
 105. El Dr. Miranda indicó que la fibrina es la proteína que se usa para coagular, es naturalmente creada por el cuerpo y la colección que se sacó en esos 6cc, ubicados en el muñón cervical, no tiene duda de que son parte del "gel foam" que allí se puso.
 106. El Dr. Miranda no pudo contestar si a ese momento el "gel foam" estaba poco a poco absorbiéndose por el cuerpo, pero reconoció que una vez se pone a una paciente, el mismo se va poco a poco absorbiendo o desintegrando.
 107. El Dr. Miranda admitió que en el reporte patológico del Dr. Charles Kramer del 26 de julio de 2013, (Pág. 647-Exh. 4 estipulado), **no se evidencia o sugiere que microscópicamente se tenga la presencia de un proceso infeccioso** y el único hallazgo microscópico que hay es que se encontró fibrina y material extraño.
 108. El Dr. Miranda admitió que cuando una paciente empieza a presentar sintomatología de un proceso infeccioso, la norma es que los síntomas vayan aumentando y en el caso de Armida, no hay evidencia de que un absceso infeccioso estuviera evolucionando, incluyendo los récords médicos del 1 al 23 de julio.

109. El Dr. Miranda no tiene alegación alguna de negligencia médica en contra del Dr. Carrión por el proceso quirúrgico, por el uso del "gel foam", por la técnica quirúrgica ni por la indicación del proceso.
110. En el récord de la oficina del Dr. Carrión, la letra a manuscrito dice "wound infected" no "cervical infection". Para describir que había una infección cervical el médico tenía que examinar a la paciente y Armida testificó que ese día Dr. Carrión no la examinó.
111. No hay evidencia de que Armida hubiera regresado posterior al 3 de julio donde el Dr. Carrión y si ella estaba presentando algún tipo de síntomas entre el 3 y el 10 y/o antes del 16 de julio, debió regresar donde él o algún otro ginecólogo.
112. Cuando se tiene un absceso infeccioso, como el que alegaba el Dr. Miranda tenía Armida, estos tienden a distender el abdomen y en el caso de autos no hay evidencia clínica, ni récords médicos que establezcan que esto ocurrió.
113. Los divertículos, si están infectados o inflamados, pueden dar dolor como el que presentó Armida cuando llegó a Mease Countryside Hospital, pero el Dr. Miranda no sabía si ella tuvo problemas de divertículos previamente.
114. Conforme a la teoría del Dr. Miranda, de que había un absceso infeccioso, si se hubiese encontrado el mismo por el Dr. Carrión, el tratamiento para el mismo hubiera sido drenarlo por punción o por cirugía abierta. En Mease Countryside Hospital no le dieron la opción de punción, por lo que proceden a explorarla ya que se desconocía lo que Armida tenía.
115. Si Armida hubiese tenido un absceso, el mismo hubiera evolucionado y lo lógico era que ella regresara donde su cirujano, que era el Dr. Carrión o una sala de emergencia, pero no hay prueba en los récords médicos que establezca que Armida hubiese tenido problema alguno relacionado con la cirugía del 18 de junio.
116. En la evaluación del Dr. Carrión en Armida el 3 de julio, no encontró, ni escribió que Armida tuviera fiebre, y su impresión diagnóstica fue de "pelvic pain-post Major Pelvic Surgery".
117. En la hoja de referido del 2 de julio de 2013 la Dra. López no escribió algo significativo respecto a la condición de Armida, ni queja alguna.
118. En cuanto a los problemas de confiabilidad de la traducción en Mease Countryside Hospital de lo que le preguntaban a Armida, el Dr. Miranda no tiene evidencia de que en algún momento hubo una mala interpretación o traducción de lo que dijo Armida a los médicos. Inculso [sic], un médico documentó que tradujeron todo lo que dijo la paciente.
119. El Dr. Carrión es médico ginecólogo obstetra, con estudios de medicina en la Universidad

- Autónoma de Guadalajara del 1973 al 1975 y especialidad en obstetricia en el Centro Médico de Mayagüez del 1976 al 1978.
120. Durante la cirugía Armida tuvo una complicación quirúrgica, debido a que como tenía demasiadas adherencias, al despegar las mismas ello le causó mucho sangrado en todas las áreas del abdomen.
121. Para detener el sangrado, se le cogieron puntos donde se pudo, pero cuando hay que remover una adherencia, al ser un tejido que está pegado a ovarios, la matriz o intestinos, lo que se hace es separarlos del órgano y esas áreas donde se separan si se desgarran no se pueden coger puntos, por lo que hay que ponerle una sustancia que coagule esa sangre y para ello se utiliza el "gel foam".
122. El "gel foam" es como una esponja que se humedece, se pone blando y se vuelve una sustancia que se aplica en las áreas que están sangrando y que no se puede suturar, para cortar la coagulación y sellar los sangrados.
123. El 3 de julio de 2013 Armida acudió por primera vez a la oficina del Dr. Carrión, luego de la cirugía del 18 de junio de 2013.
124. El 2 de julio de 2013, la Dra. López le dio el referido a Armida para ver al ginecólogo y en el mismo escribe "follow up" status post histerectomía total abdominal y descartar (rule out) absceso. Ante ese referido el Dr. Carrión procede a determinar si hay o no un absceso, pues no hay un diagnóstico.
125. La impresión diagnóstica del Dr. Carrión, son los hallazgos que se obtuvieron de la paciente, tales como: dolor pélvico, infección de la herida y síndrome menopáusico debido a deficiencia hormonal. El tratamiento fue de hormonas y Cipro 500 por 5 días adicionales, ya que Armida tenía ese mismo tratamiento con la Dra. López. A su vez se anotó que la herida estaba cicatrizando bien.
126. En la contestación a consulta, el Dr. Carrión establece que Armida viene refiriendo "hot flashes" ("fever") que no mejora con antibióticos dados. Indicó el Dr. Carrión, que Armida llamaba fiebre a los "hot flashes", que ella le refiere que es de noche solamente.
- Declaró el Dr. Carrión que, si la fiebre fuera por una infección, la misma estaría presente las 24 horas y por ello concluyó que ante la ausencia de fiebre, los "hot flashes" se deben a que ella no tenía ovarios y estaba sin hormonas.
127. Al ver a Armida, el Dr. Carrión describe que la herida tiene un enrojecimiento leve (wound: has mild redness) en el tejido adiposo.
128. En la cirugía el Dr. Carrión sacó unos órganos de Armida que envió a patología y en la visita del 3 de julio le explica los hallazgos. En este caso, se encontró que era negativo a malignidad y un quiste dermoide en el ovario derecho.

129. La impresión diagnóstica del Dr. Carrión fue deficiencia hormonal, con síndrome menopáusico que explica las quejas de Armida y dolor pélvico debido a que tuvo una cirugía mayor (que le debía durar por lo menos tres meses después de la cirugía). Ante ello le recetó Estradiol, que son hormonas y le continuó el Cipro por el enrojecimiento que tenía en la herida y le dio cita en cuatro semanas para reevaluar.
130. El Dr. Carrión indicó que no había absceso, porque la herida lo que tenía era un enrojecimiento superficial leve y eso puede ser inclusive una reacción alérgica a la sutura que se le pone, ya que se suturó por debajo de la piel.
131. Al evaluar su récord, el Dr. Carrión indicó que el urianalisis [sic] está negativo. Concluyó que el CBC tampoco demuestra la existencia de un absceso, porque las células blancas son de 12,700 y en una paciente que hace dos semanas tuvo una operación grande y con reacción inflamatoria, se esperaría que tenga 20,000 blancos o más. Otra cosa que observó el Dr. Carrión es que el diferencial, que es lo que indica si tiene infección o no, es normal, reflejando que los neutrófilos y los linfocitos están normales, por lo que se descarta toda posibilidad de infección o absceso.
132. El Dr. Carrión indicó que un absceso arrojaría valores de sobre 20,000 células blancas, porque la reacción inflamatoria es mucho mayor y va aumentando los neutrófilos y los linfocitos grandemente.
133. Estableció el Dr. Carrión que el leve enrojecimiento que presentó Armida en la herida el 3 de julio, no tuvo repercusiones posteriores y que ningún documento evidencia que ella presentó posteriormente algún absceso.
134. Indicó el Dr. Carrión que al usar el "gel foam" es posible que surjan complicaciones adversas, como sería una infección, pero en el caso de Armida no hubo un nido de infección ya que en el Mease le hicieron un drenaje de un alegado absceso pélvico que nunca fue confirmado. Es el patólogo quien da el diagnóstico final y según el récord no se confirma el absceso y tampoco había crecimiento de bacteria alguno en los cultivos que se hicieron.
135. El 3 de julio de 2013, cuando Armida llegó a donde el Dr. Carrión, su condición era favorable, se encontraba muy bien.
136. El Dr. Carrión no le hizo una colposcopia a Armida porque eso no es un procedimiento que se realiza en este tipo de casos y tampoco le ordenó un MRI, CT, sonograma abdominal, rayos X ni laboratorios, porque no tenía indicación clínica.
137. El Dr. Alberto de la Vega Pujols, (en adelante Dr. De la Vega), fue el perito del Dr. Carrión. Es un especialista en obstetricia y ginecología, con 30 años en la profesión. Es

profesor catedrático en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, donde dirige la sección de embarazos de alto riesgo. Es profesor en la Escuela de Medicina donde ofrece el curso de obstetricia y ginecología que se les da a los estudiantes de segundo año. También es sonografista certificado en la rama de obstetricia y ginecología y parte de su actividad clínica es la evaluación sonográfica de pacientes embarazadas y casos ginecológicos.

138. El Dr. De la Vega cursó sus estudios de medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de P.R., graduándose en el 1984. Entre el 1984-1988 hizo su especialidad de obstetricia y ginecología en el Hospital Universitario. Es "board certified" en la especialidad de Ob/Gyn y en la sub-especialidad de sonografía.
139. El Dr. De la Vega recibió en el 1994 el National Faculty Award for excellence in residency education, que otorga el Consejo de Educación para residentes de obstetricia y ginecología. Este premio se otorga por excelencia en educación.
140. Ese mismo premio se le otorgó en los años 2005, 2007, 2010, 2011, 2012, 2013 y en el 2018. Además, recibió el Dr. Choice Award en el 1997, 1998, 1999, como unas 6 o 7 veces, otorgado por la revista Buena Vida, y lo escogen los médicos que trabajan en Puerto Rico, quienes seleccionan a los que ellos entienden son los mejores de cada especialidad.
141. El Dr. De la Vega, además de las conferencias ofrecidas semanalmente a sus estudiantes de medicina, ofrece otras en Congresos médicos a los que lo invitan en Puerto Rico, República Dominicana, Colombia, Estados Unidos, entre otros.
142. El Dr. De la Vega tiene unas 117 publicaciones en el tema de la obstetricia/ginecología y la sonografía y entre esas un libro de sonografía y 2 publicaciones, una de obstetricia y otra de ginecología que son libros.
143. El Dr. De la Vega realizó un informe pericial en el caso, para el cual evaluó los récords médicos estipulados, así como literatura médica, la cual cita al final del informe. Según su informe pericial, Armida tuvo una cirugía el 18 de junio de 2013 realizada por el Dr. Carrión, debido a que ella tenía una serie de quejas ginecológicas relacionadas con el útero, sangrado y dolor. Se había identificado previamente con el uso de estudios de imágenes que tenía miomas y luego de discutir las alternativas de tratamiento como hormonas, se decidió que la opción a tomar era la cirugía. El 18 de junio fue intervenida por el Dr. Carrión para hacerle una histerectomía que es la remoción del útero, ovarios y trompas de Falopio.
144. Al momento de los hechos, cuando la paciente es vista por el Dr. Carrión, Armida sufría de obesidad, era fumadora, tenía historial de

asma bronquial, hipertensión, depresión y diverticulosis.

145. En su evaluación destaca que el Dr. Carrión documenta que fue una cirugía muy difícil pues se encontraron múltiples adherencias (cicatrizaciones que ocurren como resultado de cirugías previas o infecciones pélvicas previas) lo cual hace que los tejidos se peguen. Explicó que cuando las adherencias son extensas, como se describe en este caso, dificultan dramáticamente la cirugía, que fue lo que causó que Armida sangrara más de lo usual y obligó al Dr. Carrión a usar el "gel foam" para tratar de controlar el sangrado. Además, lo obligó a no sacar la totalidad del útero, sino la parte superior, y que tuviera que dejar la parte inferior, que es el cuello uterino.
146. El "gel foam" es un material esponjoso que tiene la capacidad de favorecer la coagulación cuando se pone en áreas donde hay sangrado. Se usa en áreas donde hay dificultad para controlar el sangrado, por ejemplo, si hubo adherencias y al separarlas esa área está sangrando y no se pueden coger puntos, se le pone ese tipo de material.
147. En su evaluación del caso de Armida, su opinión es que el "gel foam" logró su propósito de detener inmediatamente el sangrado y no tuvo consecuencia alguna, y como parte de su proceso se fue absorbiendo. La única consecuencia no fue efecto del "gel foam", sino que el remanente de ese producto (fibrina) fue confundido con algo que no era ni un hematoma, ni un absceso.
148. Al evaluar los récords, determinó el Dr. De la Vega que Armida fue operada el 18 de junio y que la cirugía fue dificultosa al tener un sangrado de $\frac{3}{4}$ de litro. El sangrado fue mayor de lo usual. Lo que se espera en una cirugía de este tipo es sangrado entre 100 y 200 cc, quiere decir que Armida sangró tres veces más de lo usual por lo que requirió transfusión de sangre. La paciente estuvo en observación por 3 días, nunca tuvo fiebre y fue dada de alta el 21 de junio, con una terapia de antibióticos preventivo.
149. El 1ro de julio de 2013 Armida fue evaluada por la Dra. López debido a que tenía malestar general, mareos y escalofríos. En ese momento trajo un CBC que se había realizado cuatro días antes y revelaba un conteo de células blancas de 10,100 y la hemoglobina en 10.5 gramos. La razón principal de ese estudio era revisar la hemoglobina de seguimiento de Armida, por la pérdida de sangre.
150. Explicó el Dr. De la Vega que la función general de las células blancas es defender al cuerpo de infecciones y las mismas están compuestas de linfocitos, monocitos y granulocitos. Los linfocitos producen anticuerpos que atacan indirectamente el virus o la bacteria y los granulocitos o neutrófilos, cuando hay una infección o un proceso inflamatorio van al área y se comen directamente las bacterias. En una infección

- los granulocitos generalmente suben dramáticamente y son más del 75 al 80 por ciento del total de células blancas.
151. Lo normal es que el [sic] entre al 60 y 70 por ciento de las células blancas sean los granulocitos o neutrófilos y el resto se dividan en los diferentes tipos de células blancas. Si hay una infección viral, lo que aumenta dramáticamente son los linfocitos. Por otro lado, si hay una infección por bacteria, lo que aumenta dramáticamente son los granulocitos o neutrófilos que van a ir a comer la bacteria.
152. Al evaluar el caso el Dr. De la Vega estableció que Armida asiste a la oficina de la Dra. López el 1ro de julio con una serie de quejas que incluyen malestar general, mareos, escalofríos, trajo el conteo de células del 27 de junio de 2013, refiere dolor en el área lumbar y que orinaba frecuentemente. Ante ello la Dra. López sospechó la posibilidad de una infección de orina, le recetó el antibiótico Cipro de 500mg 2 veces al día y ordenó unas pruebas de laboratorio. Indicó que al ver el urianalisis [sic] no se puede concluir que Armida tuviera una infección de orina, que es poco informativo porque a pesar de que tiene sangre en la orina, eso es de esperarse por el manejo pélvico reciente, que fue la cirugía hecha por el Dr. Carrión.
153. Posteriormente Armida se hace otro CBC el 1 de julio de 2013 y en este se identifican las células blancas en 12,700. Al analizar ese resultado, el Dr. De la Vega enfatizó que, en el diferencial de células blancas, se refleja que los neutrófilos están en un 71 por ciento del total, lo cual es normal, pues los límites o valores del laboratorio son entre 37 y 80% y estos pueden variar de laboratorio en laboratorio.
154. Enfatizó además el Dr. De la Vega, que los niveles pueden variar de un día a otro en un paciente, ya que estas pruebas reportan concentración, y si la persona está más o menos hidratado, todos los índices suben. En este caso, al haber pasado cuatro días entre un CBC y el otro, era de esperarse una fluctuación en estos valores y que se mantengan dentro de unos parámetros.
155. Fue enfático el Dr. De la Vega en que los CBC se interpretan en base al cuadro clínico del paciente. A modo de ejemplo explicó que, si Armida el día antes de la operación hubiera tenido 12,700, eso es completamente anormal y en este caso ella tenía 6,700 y al día siguiente de la operación tenía 11,000. Ese aumento es de esperarse, pues luego de la cirugía empieza un proceso inflamatorio y de ahí en adelante los CBC que se le hicieron siempre daban valores entre los 10,000 o más, lo cual refleja definitivamente que es parte de un proceso inflamatorio, el cual es de esperarse como parte de la sanación después de una herida.
156. En el CBC del 1ro de julio hay una elevación de las células blancas, la cual es de

- esperarse, pues se sospecha la posibilidad de una infección de vías urinarias y de la herida superficial. Ambas cosas pueden perfectamente producir esta elevación de las células blancas, siendo consistente con lo que se está viendo clínicamente.
157. Concluyó el Dr. De la Vega que el laboratorio del 1ro de julio no es sugestivo de un absceso. Describió que un absceso es una colección de pus y bacterias encapsulada. Que el pus son muchas células blancas que se van acumulando y son tantas que a medida que se van muriendo porque se llenan de bacterias, se depositan y la mezcla de células vivas, muertas y bacterias es el pus. El proceso inflamatorio que se da lo va encapsulando, para contenerlo y que no se vaya al resto del cuerpo y eso es exactamente un absceso. El absceso produce una reacción inflamatoria enorme, que trae unas elevaciones en los conteos de células bastante dramático, mucho más alto que los de este caso.
158. En presencia de un absceso no hay un límite específico de células blancas en un CBC, pero sería poco probable que estuvieran tan bajos como los presentados en el caso de Armida. Se espera que tenga por encima de 20,000 si está embarazada y, si no lo está, por encima de 16 ó 18,000. El número presentado en este caso podría ser consistente con infecciones de orina, bronquitis leve o infecciones superficiales.
159. Indicó el Dr. De la Vega que no hay diferencias en la clínica de Armida en las visitas del 1 y el 2 de julio a la Dra. López, pues tenía malestar general, dolor en el área lumbar, orinar frecuente, condiciones inespecíficas que podrían apuntar a una infección de orina. Mas sin embargo al día siguiente refiere que el dolor es en el área de la herida (en la piel) y los síntomas son un poco diferentes.
160. Hasta el 2 de julio de 2013 el Dr. De la Vega categoriza la condición de Armida como una que no está gravemente enferma. Es una paciente que tenía unos hallazgos consistentes con una infección menor o superficial y que se podía mantener y tratar de forma ambulatoria con el tratamiento que se le prescribió.
161. Para que un paciente de reforma sea atendido por un especialista tiene que venir con un referido, sino desafortunadamente no le cubre el plan, excepto en casos de emergencia donde no hay problema en atenderla en la sala de emergencia.
162. Describió el Dr. De la Vega que, en la nota del 3 de julio de 2013, confundió donde dice "wound" con cervix y entendió que el Dr. Carrión había visto el cuello, pero eso no fue así, siendo un error al leer lo escrito en el récord. Eso sin embargo no cambia de ninguna manera su opinión pericial porque lo que el médico identificó fue una infección superficial de la herida y suponiendo que hubiese tenido una infección cervical ambas se tratan de la misma manera, con un antibiótico

de amplio espectro y se observa, porque generalmente se espera que respondan a ese tratamiento.

163. El Dr. De la Vega no hubiera hecho nada distinto a lo que hizo el Dr. Carrión en la visita del 3 de julio de 2013, ya que Armida tenía unas quejas y unos hallazgos físicos en la herida que son consistentes entre sí y hay una prueba de laboratorio que apoya la impresión diagnóstica de que esto era una infección superficial en la herida. Además, a ese momento Armida ya están en tratamiento por la Dra. López.
164. Explicó el Dr. De la Vega que es incorrecto decir que el 3 de julio de 2013 debieron haber hecho un MRI, sonograma, placas, o cualquier otra prueba para ayudar a descartar un absceso en Armida. Estos estudios, expresó el Dr. De la Vega, no hubieran aportado nada a la evaluación clínica y pudieron haber confundido el cuadro que ella tenía. Enfatizo [sic] que la evaluación de placas va dirigida a evaluar huesos, que un MRI es un estudio muy especializado que evalúa las diferentes capas de infecciones de la pelvis y de la misma forma un sonograma identifica los órganos pélvicos y si hay o no hay acumulaciones de líquido. Esos estudios no van a decir nada nuevo y con los síntomas que tenía Armida no estaban indicados.
165. El Dr. De la Vega fue enfático de que nunca se documentó fiebre por algún médico y que por su experiencia es muy probable que las pacientes confundan los calentones de la menopausia inducida por quitarle los ovarios, con la fiebre. A [sic] ver el récord estableció que la impresión diagnóstica del Dr. Carrión cuando evaluó a Armida, es que lo que ella concebía como fiebre eran calentones de menopausia.
166. Concluyó el Dr. De la Vega que el 3 de julio de 2013 Armida no tenía ninguna clínica que sugiriera un absceso a nivel pélvico. Describió que el cuadro clínico de un absceso es uno severo, en el que la paciente tendría un dolor muy fuerte, el abdomen estaría como una tabla, con dolor a la palpación, que cuando se aprieta duele y que el dolor por rebote es mayor. Además, tendría una fiebre clara, fácil de documentar y una elevación marcada de las células blancas. No surge del récord de Mease Countryside Hospital que Armida hubiera tenido fiebre ni rebote al evaluarla los médicos.
167. Luego del 3 de julio de 2013, la próxima evaluación de Armida descrita en Puerto Rico es el 10 de julio de 2013 en la oficina de la Dra. López (pág. 18-Exh. 3) y se describe que la paciente fue evaluada por un ginecólogo quien no encontró absceso y le recomendó antibiótico y hormonas. El diagnóstico fue de síndrome menopáusico debido a deficiencia hormonal. Enfatizó el Dr. De la Vega que en toda la nota no hay evidencia de algún proceso infeccioso relacionado con la cirugía de

- Armida, ni mención de dolores o de sintomatología alguna.
168. Según los récords evaluados por el Dr. De la Vega, luego del 10 de julio no hay ninguna evaluación médica, y que no es hasta pasados 36 días después de la cirugía, que Armida se presenta con una queja de comienzo súbito en la parte superior del abdomen, con náusea y vómitos.
169. Al evaluar los récords en Mease Countryside Hospital, el Dr. De la Vega indica que se describe la herida como que ha sanado, lo que evidencia que no hay infección superficial.
170. El Dr. De la Vega está en desacuerdo con la expresión de que los síntomas presentes el 3 de julio eran compatibles con un absceso. Esto debido a que el cuadro clínico de Armida no era consistente con ello, y no lo sugerían los laboratorios. Se confirma lo anterior con el hecho de que según la evaluación en el Mease Countryside Hospital, como una de varias posibilidades Armida pudo haber tenido un absceso, un problema en el hígado, un intestino roto, se sugería una apendicitis, que todavía tenía el útero y hasta un hematoma o un hematoma infectado. En Mease Countryside Hospital supuestamente diagnosticaron un absceso, sin embargo, la patología y los cultivos lo descartaron.
171. Indicó el Dr. De la Vega que la nota en el Mease Countryside Hospital, del 24 de julio de 2013, establece que Armida tenía un dolor intenso y su suegra menciona que ella empezó con ese dolor a las 3:00 pm del día anterior, que había vomitado unas 7 veces y que el dolor había empeorado por la noche. Esa nota es importante porque se evidencia que los síntomas de Armida fueron agudos o de comienzo súbito. Eso evidencia que clínicamente era imposible que una persona tuviera un absceso desde el día lero [sic] de julio y estuviera bien durante las próximas dos semanas y medias [sic], sin dolor y sin ninguna otra clínica relacionada con un absceso.
172. El Dr. De la Vega se refirió además a la parte del récord en que se establece que el 24 de febrero cuando Armida llega a Mease Countryside Hospital la temperatura era de 97 grados, y eso no es fiebre, pues debe ser más de 100.4 grados. (pág. 307-Exh. 4)
173. Como parte de sus conclusiones el Dr. De la Vega destacó que el 24 de julio el dolor primario está en el abdomen, específicamente en el cuadrante superior derecho del mismo (área del hígado). (pág. 306-Exh.4) Sin embargo destacó que a Armida se le sacó en Mease lo que llamaron un absceso, **del área del cuello de lo que quedó del útero**. Enfatizó el perito que esto no tiene razón de ser, porque la acumulación de líquido es del tamaño de una uva (6cc) y esa cantidad no puede haberle causado dolor en el cuadrante superior derecho, por lo que el dolor en el abdomen no se puede explicar con ese hallazgo.

174. El Dr. De la Vega indicó que el diagnóstico preoperatorio es lo que entiende un médico que puede tener un paciente y que a veces no se sabe lo que tiene y se pone un síntoma. En el diagnóstico post operatorio de este caso, el médico en Mease Countryside Hospital escribe que encontró un absceso en el área del muñón cervical, sin embargo, la presencia del mismo se tiene que confirmar. Ello se corrobora por la presencia de bacterias a través de un cultivo de lo que se removió y con la patología. Ello se da cuando se tiene un crecimiento de las bacterias y por la descripción del patólogo de que hay pus, sin embargo, en el caso de Armida en ambas pruebas no se encontró ninguna de esas dos cosas, por lo que la impresión de un absceso se descartó.
175. La patología y los cultivos son importantes para descartar un absceso ya que el mismo es la impresión clínica que se hace en base a unos hallazgos. En una cirugía donde se puede tomar el espécimen, se hace necesario evaluarlo para confirmar o descartar si era o no lo que se entendía y a esos fines se necesita la corroboración microscópica tanto del cultivo, como histológica de patología. En el caso de Armida ambas pruebas dieron resultados no compatibles con el pus de un absceso.
176. El resultado de la patología es importante porque es lo que corrobora si la impresión clínica fue correcta o no en cuanto a lo que se vio. En este caso lo que se describe es fibrina y material foráneo, lo cual es compatible, conforme coincidieron ambos peritos con un pedazo pequeño de "gel foam".
177. En el caso de Armida, la descripción de la patología no es compatible con un absceso y sí con fibrina, que es el sedimento que queda luego de la coagulación y donde ha ocurrido inflamación, el cual se va depositando en un tejido, así como la presencia del material que eventualmente se describió como el "gel foam". Es un hecho de que en ningún momento se describe la presencia de pus.
178. Según el récord de Mease Countryside Hospital, el resultado del cultivo confirma que no había pus. Hay tres componentes de ese reporte: la evaluación inicial de las primeras 24 horas, luego una reevaluación a las 48 horas y en ambos dice que no hay crecimiento de bacterias; y en adición una tercera evaluación microscópica donde el líquido, se extiende y se mira directamente y dice dos cosas, raras células blancas (o sea que hay muy pocas células blancas, cuando con pus uno esperaría que fueran casi todas células blancas) y segundo no se ven organismos. Eso significa que no hay organismos vivos creciendo y que siquiera se ven organismos muertos. Estos son resultados bien contundentes, de que lo extraído a Armida no era un material o líquido infectado, ni era pus.
179. El Dr. De la Vega es de opinión que cuando Armida fue a Mease Countryside Hospital tenía

un cuadro abdominal intestinal agudo, el cual, con toda la evidencia que hay en el récord médico del Dr. Carrión y sus condiciones previas, estaba relacionado con su problema de diverticulosis.

180. La conclusión del Dr. De la Vega, fue que en la intervención del Dr. Carrión con Armida el 3 de julio de 2013, cuando la evalúa, no hay evidencia, tanto clínica ni de laboratorio, como para sospechar un absceso y ese día la paciente lo que tenía era una infección de herida que resolvió. A su vez concluyó que se demostró que Armida no tenía un absceso cuando la operaron en Mease Countryside Hospital.

181. Estableció el Dr. De la Vega que el "gel foam" tenía una necesidad de estar donde lo encontraron y el mismo se estaba reabsorbiendo, dentro de los parámetros normales de reabsorción. Se estableció que se tarda de 4 a 6 semanas en reabsorberse en el cuerpo y cuando operaron a Armida en Mease no habían pasado 6 semanas y quedaba un poco de "gel foam".

182. El "gel foam", si surge una infección en el lugar luego de que se pone el mismo, puede hacer que la misma no se vaya con antibióticos o que sea más difícil el que se cure, o puede hacer que ocurra con más facilidad un absceso. Pero no es el "gel foam" el que causa la infección o el absceso. El absceso lo causaron las bacterias que entraron allí y siguieron creciendo y desarrollándose y haciendo que el cuerpo reaccionara y produjera pus. (Énfasis en el original)⁵

A base de tales determinaciones, el foro primario concluyó que las alegaciones de la parte apelante no se sostenían con la literatura médica ni la evidencia documental presentada, por lo que no procedía imponerle responsabilidad al doctor Carrión por los daños alegados en la demanda. En síntesis, determinó que el testimonio de la demandante se basó en conjeturas y especulaciones y fue ampliamente refutado; que el doctor Carrión brindó el tratamiento que requería la condición de Armida conforme a la mejor práctica de la medicina; y que lo acontecido en Mease Countryside Hospital no fue como consecuencia de algún acto negligente del doctor Carrión.

⁵ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, págs. 26-52.

En desacuerdo con la sentencia dictada, la parte apelante presentó una *Solicitud de: I) Modificación de Determinaciones de Hechos; II) Determinaciones de Hechos Adicionales; III) Conclusiones de Derecho Adicionales; y IV) Reconsideración*,⁶ a la cual se opuso la parte apelada.⁷ El foro primario denegó la solicitud de la parte apelante.⁸

Insatisfecha, el 22 de febrero de 2019, la parte apelante acudió ante nos y señaló lo siguiente:

Erró el TPI en su apreciación de la prueba al emitir sentencia y concluir que el tratamiento brindado por el Dr. Carrión a Armida el 3 de julio de 2013, se hizo conforme a la mejor práctica de la medicina.

Luego de estudiar ponderadamente la transcripción de la prueba oral⁹, los alegatos de las partes, los autos del caso y deliberados los méritos del recurso, estamos en posición de adjudicarlo, conforme al Derecho aplicable.

III. Derecho Aplicable

A. Doctrina General Sobre la Indemnización por Daños y Perjuicios

Según se conoce, en nuestro ordenamiento jurídico el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Art. 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141. La imposición de responsabilidad civil al amparo de esta norma requiere que concurren tres (3) elementos, a saber: (1) la ocurrencia de un daño físico

⁶ Apéndice V, *Solicitud de: I) Modificación de Determinaciones de Hechos; II) Determinaciones de Hechos Adicionales; III) Conclusiones de Derecho Adicionales; y IV) Reconsideración*, págs. 64-89.

⁷ Apéndice VI, *Moción en Oposición a Solicitud de Reconsideración y Determinaciones de Hechos Adicionales*, págs. 90-94.

⁸ Apéndice VII, *Notificación y Resolución*, págs. 95-96.

⁹ Transcripción de la prueba estipulada con la correspondiente sustitución de páginas (en adelante, TPO), conforme a la *Moción Conjunta Estipulando Transcripción de la Prueba Oral*, presentada por las partes el 26 de julio de 2019.

u emocional sufrido por el demandante; (2) que dicho daño hubiera surgido como resultado de un acto u omisión culposa o negligente del demandado y (3) la existencia de un nexo causal entre el daño sufrido y dicho acto u omisión. Nieves Díaz v. González Massas, 178 DPR 820, 843 (2010); López v. Porrata Doria, 169 DPR 135, 150 (2006). Las acciones por responsabilidad civil extracontractual "se distinguen porque la responsabilidad frente al perjudicado surge sin que le preceda una relación jurídica entre las partes". Maderas Tratadas v. Sun Alliance, 185 DPR 880, 908 (2012).

Conforme lo dispone el estado de derecho vigente, la culpa o la negligencia consiste en la falta de cuidado al no anticipar o prever las consecuencias de un acto, tal y como lo haría una persona prudente y razonable en iguales circunstancias. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 844; Sucns. Vega Marrero v. A.E.E., 149 DPR 159, 169-170 (1999); Montalvo v. Cruz, 144 DPR 748, 755-756 (1998). Siendo ello así, la norma exige que se actúe con el grado de cuidado, diligencia, vigilancia y precaución que las particularidades del asunto de que trate exijan. Monllor v. Soc. de Gananciales, 138 DPR 600, 604 (1995).

El deber de anticipar y prever los daños no se extiende a todo peligro imaginable sino a aquel que llevaría a una persona prudente a anticiparlo. Elba A.B.M. v. U.P.R., 125 DPR 294, 309 (1990); Rivera Pérez v. Cruz Corchado, 119 DPR 8 (1987). Para determinar la previsibilidad del daño, no es necesario que se haya anticipado el mismo en la forma precisa en que ocurrió, basta con que el daño ocasionado sea la consecuencia natural y probable del acto u omisión. Sucns. Vega

Marrero v. A.E.E., supra, pág. 170; Tornos Arroyo v. D.I.P., 140 DPR 265, 274 (1996).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha definido que el daño se compone de todo menoscabo material o moral que sufre una persona en sus bienes, propiedad o patrimonio, por la cual otra persona ha de responder. García Pagán v. Shiley Caribbean, etc., 122 DPR 193, 205-206 (1988). Es decir, el menoscabo puede infligirse en los bienes vitales naturales, en la propiedad o en el patrimonio del perjudicado causado en contravención a una norma jurídica y por el cual ha de responder otra. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 845. De igual manera, la reparación del daño existe únicamente como medida del daño sufrido, el cual debe ser real y palpable, no vago o especulativo. Soto Cabral v. E.L.A., 138 DPR 298 (1995).

En una reclamación por responsabilidad civil extracontractual se pueden reclamar daños patrimoniales o económicos, que consisten en lo que llamamos daños emergentes o lucro cesante. Cintrón Adorno v. Gómez, 147 DPR 576, 587 (1999). Asimismo, el reclamante también puede reclamar daños generales o morales, consistentes en las angustias físicas, las angustias mentales, la pérdida de compañía, el afecto y la incapacidad. Id. Los daños morales tienen la finalidad de indemnizar el dolor, los sufrimientos físicos y las angustias mentales que padece una persona como consecuencia de un acto culposo o negligente. Id., pág. 597.

Cuando el alegado daño es producto de una omisión, el promovente está obligado a demostrar la existencia de un deber jurídico de actuar atribuible al causante, que, de no haberse incumplido, hubiese evitado la ocurrencia

del agravio aducido. Soc. de Gananciales v. G. Padín Co., Inc., 117 DPR 94, 105-106 (1986).

La negligencia se define como "la falta del debido cuidado, que a la vez consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o de la omisión de un acto, que una persona prudente habría de prever en las mismas circunstancias". Colón, Ramírez v. Televiscentro de P.R., 175 DPR 690, 707 (2009). En ese sentido, para fines de imputar negligencia, es forzoso identificar si el demandado podía prever, dentro de las circunstancias particulares pertinentes, que su acción u omisión podría causar algún daño. Pons v. Engebretson, 160 DPR 347, 355 (2003).

Cónsono con el deber de previsión, una persona sólo es responsable de las consecuencias probables de sus actos. Blás v. Hosp. Guadalupe, 146 DPR 267, 298 (1998). De ahí que se reconozca que la mera ocurrencia de un accidente no constituye prueba de la negligencia del demandado en una acción sobre daños y perjuicios. Admor. F.S.E. v. Almacén Ramón Rosa, 151 DPR 711, 724 (2000).

Según reseñamos, la adjudicación de responsabilidad civil extracontractual y con ella, el deber de indemnizar, presupone la existencia de un nexo causal entre el acto culposo o negligente y el daño acaecido. En virtud de esta premisa, la doctrina ha sido enfática al establecer que sólo se han de resarcir aquellos agravios que constituyen una consecuencia lógica del hecho que impone tal deber. Estremera v. Inmobiliaria Rac. Inc., 109 DPR 852, 856 (1980).

La existencia de un nexo causal entre el acto culposo o negligente y el daño acaecido descansa en la teoría de la causalidad adecuada, la cual expresamente

dispone que no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que, ordinariamente, lo produce según la experiencia general. Nieves Díaz v. González Massas, supra, pág. 844. Mediante la teoría de causalidad adecuada, no es causa toda condición peligrosa que produzca un resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general. Toro Aponte v. E.L.A., 142 DPR 464, 474 (1997); Parrilla v. Ranger American of P.R., 133 DPR 263, 270-271 (1993).

B. Responsabilidad por Impericia Médica

El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha manifestado que en una acción de daños y perjuicios por responsabilidad profesional médico-hospitalario, "el demandante tiene que demostrar primero, cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; segundo, demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y, tercero, que esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente". Arrieta v. De la Vega, 165 DPR 538, 548-549 (2005).

Para que un demandante pueda prevalecer en su reclamación de alegada impericia médica no basta establecer que hubo negligencia o una omisión. Debe presentar prueba suficiente para controvertir la presunción de corrección a favor del médico. Además, en nuestro ordenamiento jurídico local se reconoce que el error de juicio honesto y razonable por parte del doctor constituye un eximente de responsabilidad cuando las autoridades médicas están en desacuerdo sobre cuál es la cura adecuada. Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 DPR 639, 650 (1988). Asimismo, un médico no es responsable

por el mero hecho de realizar un diagnóstico o efectuar un tratamiento equivocado. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 DPR 719, 731 (1983).

Sobre el particular, nuestra última instancia judicial local ha expresado lo siguiente:

Es norma reiterada por este Tribunal en casos de responsabilidad profesional médica, la presunción de que el médico ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Corresponde al reclamante controvertir tal presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. Vda. de López v. ELA, 104 DPR 178, 183 (1975).

El Tribunal Supremo de Puerto Rico destacó que para establecer un caso *prima facie* de daños y perjuicios por alegada impericia médica, el demandante tiene que presentar prueba suficiente sobre: (1) las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas y especialistas; (2) probar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y (3) que ello fue la causa de la lesión o daño sufrido por el reclamante. Medina Santiago v. Vélez 120 DPR 380, 385 (1988). El demandante no puede descansar en especulaciones o conjeturas. Ramos, Escobales v. García, González, 134 DPR 969, 976 (1993).

Por otra parte, si de la prueba presentada surge que más de una causa pudo ocasionar el daño, no debe imponérsele responsabilidad al galeno, salvo que luego de evaluada la totalidad de la prueba surja que su negligencia fue la que con mayores probabilidades causó el daño. Reyes v. Phoenix Assurance Co., 100 DPR 871, 876 (1972); Rodríguez Crespo v. Hernández, *supra*, págs. 649-650; Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas, 109 DPR 517, 521 (1980).

Además, en cuanto a la prueba pericial, se ha establecido que el hecho de que un perito sea generalista y otro especialista en determinado campo de la medicina no es un factor determinante para la evaluación del testimonio pericial o su calificación, pero que estas credenciales son de gran peso al estimar el valor probatorio del testimonio. Ernesto L. Chiesa, *Reglas de Evidencia de Puerto Rico 2009*, San Juan, Publicaciones JTS, 2009, págs. 223-224.

C. Apreciación de la prueba testifical, documental y pericial

En ausencia de error, prejuicio o parcialidad, los tribunales apelativos no intervendrán con las determinaciones de hechos, con la apreciación de la prueba, ni con la adjudicación de credibilidad efectuadas por el Tribunal de Primera Instancia. González Hernández v. González Hernández, 181 DPR 746, 776 (2011); Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR, 175 DPR 799, 811 (2009). Esta deferencia descansa en que el juez ante quien declaran los testigos es quien tiene la oportunidad de verlos y observar su manera de declarar, apreciar sus gestos, titubeos, contradicciones y todo su comportamiento mientras declaran; factores que van formando gradualmente en su conciencia la convicción sobre la verdad de lo declarado. Suárez Cáceres v. Com. Estatal Elecciones, 176 DPR 31, 68 (2009). Aún en aquellos casos en los que surjan conflictos entre la prueba corresponde al juzgador de los hechos dirimirlos. Flores v. Soc. de Gananciales, 146 DPR 45, 50 (1998).

Las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas. Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap.

V, R. 42.2. Solo se podrá intervenir con estas conclusiones cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba. González Hernández v. González Hernández, supra, pág. 777. "Se impone un respeto a la aquilatación de credibilidad del foro primario en consideración a que solo tenemos records mudos e inexpressivos". Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR, supra, pág. 811.

En Pueblo v. Ortega Santiago, 125 DPR 203, 212 (1990), nuestro Tribunal Supremo expresó:

El abuso de discreción se puede manifestar de varias maneras en el ámbito judicial. Se incurre en ello, entre otras, y en lo pertinente, cuando el juez en la decisión que emite no toma en cuenta e ignora, sin fundamento para ello, un hecho material importante que no podría ser pasado por alto; cuando, por el contrario, el juez sin justificación y fundamento alguno para ello, le concede gran peso y valor a un hecho irrelevante e inmaterial y basa su decisión exclusivamente en el mismo; o cuando, no obstante considerar y tomar en cuenta todos los hechos materiales e importantes y descartar los irrelevantes, el juez livianamente sopesa y calibra los mismos.

"Cuando la evidencia directa de un testigo le merece entero crédito al juzgador de hechos, ello es prueba suficiente de cualquier hecho". Rivera Menéndez v. Action Service, 185 DPR 431, 444 (2012). Es por tanto que "la intervención con la evaluación de la prueba testifical procedería en casos en los que luego de un análisis integral de esa prueba, nos cause una insatisfacción o intranquilidad de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia". Id.

El Tribunal Supremo, citando a Don Alfonso de Paula Pérez, ha resumido el dinamismo y la certeza que imparten los sentidos de un juzgador que observa al mismo tiempo al testigo:

[Y] es que no sólo habla la voz viva. También hablan las expresiones mímicas: el color de las mejillas, los ojos, el temblor o consistencia de la voz, los movimientos, el vocabulario no habitual del testigo, son otras tantas circunstancias que deben acompañar el conjunto de una declaración testifical y sin embargo, todos estos elementos se pierden en la letra muda de las actas, por lo que se priva al Juez de otras tantas circunstancias que han de valer, incluso, más que el texto de la declaración misma para el juicio valorativo que ha de emitir en el momento de fallar; le faltará el instrumento más útil para la investigación de la verdad; la observación. Ortiz v. Cruz Pabón, 103 DPR 939, 947 (1975).

Además, cabe enfatizar que resulta un principio básico en nuestro ordenamiento jurídico que, en la apreciación de la prueba desfilada ante el foro recurrido, el alcance de la revisión judicial sobre cuestiones de hecho está regulado por lo dispuesto en la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2, la cual, en lo pertinente, dispone que:

Las determinaciones de hechos basadas en testimonio oral no se dejarán sin efecto a menos que sean claramente erróneas, y se dará la debida consideración a la oportunidad que tuvo el tribunal sentenciador para juzgar la credibilidad de las personas testigos.

Sin embargo, también es norma reconocida que el arbitrio del juzgador de hechos, aunque respetable, no es absoluto. Una apreciación errónea de la prueba no tiene credenciales de inmunidad frente a la función revisora de los tribunales. Ramos Acosta v. Caparra Dairy Inc., 113 DPR 357 (1982); Vda. de Morales v. De Jesús Toro, 107 DPR 826, 829 (1978). Así pues, los foros apelativos pueden intervenir con la apreciación de la prueba testifical que haga el juzgador de los hechos, cuando éste actúe con pasión, prejuicio o parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla. Dávila Nieves v. Meléndez Marín, 187 DPR 750 (2013); S.L.G. Rivera Carrasquillo v. A.A.A., 177 DPR 345 (2009);

Quiñones López v. Manzano Pozas, 141 DPR 139, 152 (1996); Rodríguez v. Concreto Mixto, Inc., 98 DPR 579 (1970).

Asimismo, se podrá intervenir con la apreciación de la prueba cuando de un examen detenido de la misma el foro revisor se convenza de que el juzgador descartó injustificadamente elementos probatorios importantes o que fundamentó su criterio únicamente en testimonios de escaso valor, o inherentemente improbables o increíbles.

C. Brewer P.R., Inc. v. Rodríguez, 100 DPR 826, 830 (1972); Pueblo v. Luciano Arroyo, 83 DPR 573, 581 (1961).

De otro lado, es axioma judicial que ante la prueba pericial y documental el tribunal revisor se encuentra en igual posición que el foro recurrido y, por tanto, está facultado para apreciar la prueba apoyándose en su propio criterio. Dye-TEX de P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., 150 DPR 658, 662 (2000). Por ello, los foros apelativos no están obligados a seguir necesariamente la opinión de un perito, aunque sea técnicamente correcta. Hernández v. Pneumatics & Hydraulics, 169 DPR 273, 297 (2006).

IV. Aplicación del Derecho

En este caso, la parte apelante impugna la apreciación de la prueba -testifical, documental y pericial- que realizó el foro primario para concluir que procedía la desestimación de la demanda por impericia médica profesional. Específicamente, alega que la primera instancia judicial erró al determinar que el tratamiento ofrecido por el doctor Carrión a la señora Armida Pérez Guzmán fue conforme a la mejor práctica de la medicina.

En síntesis, la parte apelante aduce que durante el proceso judicial logró probar que el doctor Carrión

incidió al hacer caso omiso al referido que le hizo la doctora López para que evaluara a la apelante de manera urgente y descartara la existencia de un absceso. En ese sentido, argumenta que el doctor Carrión no ordenó, ni realizó prueba alguna para descartar o confirmar la evolución de tal condición médica. Sostiene que, como consecuencia de tal omisión, Armida tuvo que someterse a un procedimiento quirúrgico de emergencia en la institución hospitalaria Mease Countryside Hospital para drenar el absceso que el doctor Carrión no identificó lo que le produjo los daños por los cuales reclama indemnización. No le asiste la razón. Veamos.

En primer lugar, el foro sentenciador expresó en su dictamen que no le mereció credibilidad alguna el testimonio de la parte apelante, por considerarlo estereotipado, repetitivo y no tener base alguna en los récords médicos presentados en evidencia. Así, estableció que la apelante, pese a sus alegaciones, no se quejó de fiebre, supuración de la herida, peste o mal olor (como a ratón muerto) en el área de la herida y dolor abdominal durante sus visitas a la doctora López el 1 y el 2 de julio, ni el 3 de julio en la oficina del Dr. Carrión, ni cuando la llevaron de emergencia a Mease el 24 de julio de 2013. Sobre ese particular, destacamos las siguientes expresiones de la juzgadora de hechos:

Resulta poco creíble para esta Juzgadora, que con una alegada **peste a ratón muerto** como decía tener Armida, ninguno de los médicos se percatara de ello y buscara la causa de la misma. Los Jueces no deben creer algo que nadie más creería. Resulta cuando menos, difícil de creer dicha versión. Es un tanto difícil creer que la Dra. López, el Dr. Carrión y todos los médicos del Mease Countryside Hospital no se percataran de la alegada peste como a ratón muerto y nada hicieran o documentaran en los

récords médicos. (Cita omitida) (Énfasis en el original)¹⁰

Las determinaciones de hechos del foro primario están sostenidas por la prueba que consta en el expediente y la parte apelante no ha apuntalado prueba testifical en la transcripción de la prueba oral que contradiga lo plasmado en la sentencia. Las conclusiones del tribunal, sostenidas por la prueba, evidencian una consistente contradicción en el propio testimonio de la apelante y sus alegaciones no encuentran apoyo en ninguno de los expedientes médicos de los profesionales de la salud que intervinieron con la apelante.

Por otro lado, en cuanto a la prueba pericial, el tribunal apelado no le reconoció valor persuasivo a las opiniones del doctor Miranda, perito de la parte apelante. El doctor Miranda es un médico generalista y nunca ha realizado una histerectomía abdominal, ni ha ofrecido tratamiento post operatorio a una paciente luego de este tipo de cirugía. A juicio del foro apelado, el testimonio de este perito carecía de fundamentos y conocimiento y fue refutado por la prueba documental y prueba pericial de la parte apelada. La apreciación del testimonio pericial de la parte apelante realizada por el foro primario es cónsona con el testimonio ofrecido por el perito y la prueba de refutación, por lo que no encontramos fundamentos jurídicos que justifiquen nuestra intervención.

En cambio, el doctor De la Vega, perito de la parte apelada, es especialista en obstetricia y ginecología, tiene 30 años de experiencia en la profesión, es profesor en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto

¹⁰ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, págs. 58-59.

Rico, es sonografista certificado en la rama de obstetricia y ginecología,¹¹ ofrece conferencias y tiene varias publicaciones sobre ginecología y obstetricia y sonografía, entre otras cualificaciones.¹² Mediante sus testimonio logró evidenciar que el tratamiento ofrecido a la apelante cumplió con las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables al cuadro clínico de la apelante.

El foro primario le dio entera credibilidad a la prueba pericial de la parte apelada, a la cual confirió mayor peso a la luz de los criterios de conocimiento, destreza, experiencia, adiestramiento y educación suficiente en el área sobre la cual testificó. Además, apreció que el testimonio de este perito se sustentaba en el récord médico estipulado, las admisiones del doctor Miranda y la literatura médica sometida en evidencia.

El Dr. De la Vega concluyó que el 3 de julio de 2013, en la visita de Armida a la oficina del Dr. Carrión, no había evidencia de fiebre ni el cuadro clínico que pudiera sugerir un absceso.¹³ Por lo tanto, no se justificaba, ni hubiera ayudado al diagnóstico, el que el Dr. Carrión ordenara realizar un MRI, sonograma, placas u otra prueba adicional para descartar un absceso.¹⁴ Las quejas de la paciente y los hallazgos físicos en la herida eran consistentes con una infección

¹¹ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinación #137; TPO de 25 de junio de 2018, pág. 11.

¹² Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinaciones #138-142; TPO de 25 de junio de 2018, págs. 12-13 y 16-21.

¹³ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinaciones #157, 163 y 166; TPO de 25 de junio de 2018, págs. 57-59, 65, 75, 79-80, 82-84, 90-91, 158, y 203-209; TPO de 13 de julio de 2018, págs. 30-34 y 50-54.

¹⁴ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinación #164; TPO de 25 de junio de 2018, págs. 76-79.

menor -superficial- que se podía mantener y tratar de forma ambulatoria con el tratamiento que se prescribió.¹⁵

El Dr. De la Vega expresó que no hubiera hecho nada distinto a lo que hizo el doctor Carrión durante la visita del 3 de julio de 2013,¹⁶ pues el tratamiento se realizó de conformidad a la mejor práctica de la medicina.

Luego de revisar minuciosamente los autos originales, la transcripción de la prueba oral y los documentos que obran en el expediente ante nuestra consideración, a la luz de la normativa antes citada, coincidimos con la apreciación de la prueba que realizó el tribunal apelado.

La parte apelante no logró establecer que el 3 de julio de 2013, el doctor Carrión manejó inadecuadamente su condición postoperatoria, en ese sentido, no logró rebatir la presunción de corrección del diagnóstico y el tratamiento brindado por el doctor Carrión.

Nuestra conclusión de que no se demostró por preponderancia de la prueba que el doctor Carrión incurriera en negligencia en su tratamiento postoperatorio de Armida hace innecesaria la discusión sobre los demás elementos de la causa de acción de daños y perjuicios por impericia médico profesional, a saber, el nexo causal y el daño alegado. Esto, por no concurrir todos los elementos esenciales prescritos en el Art. 1802 de nuestro Código Civil.

¹⁵ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinaciones #160, 162 y 163; TPO de 25 de junio de 2018, págs. 62-63.

¹⁶ Apéndice de la parte apelante, Apéndice IV, *Sentencia*, determinación #163; TPO de 25 de junio de 2018, págs. 75-77; TPO de 13 de julio de 2018, págs. 36-37.

El error imputado no se cometió, por lo que procedía desestimar la demanda promovida y consecuentemente confirmamos la sentencia dictada.

V. Disposición del Caso

Por los fundamentos antes expuestos, se confirma la sentencia apelada.

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

LCDA. LILIA M. OQUENDO SOLÍS
Secretaria del Tribunal de Apelaciones