Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL —ORDEN ADMINISTRATIVA TA-2020-004

SONIA SANTIAGO CRUZ Apelante v. VILLAVICENCIO MELO, JUAN Apelado	KLAN201900267	*Apelación* Procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala de Humacao Civil Núm.: HSCI201200816 Sobre: Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez Ramírez Nazario, el Juez Candelaria Rosa y el Juez Pagán Ocasio[1]

Ramírez Nazario, Erik Juan, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 29 de enero de 2020.

Comparecen la señora Sonia Santiago Cruz, la señora Sheilly Rosario, el señor Gadiel Rosario, el señor Joseph Rosario, el señor Josué Rosario, la señora Diega Santana Soto, el señor Nelson Rosario Santana y la señora Myrna Rosario Santana (los apelantes) y nos solicitan que revoquemos la *Sentencia* emitida el 12 de diciembre de 2019, por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Humacao (TPI). Mediante la referida determinación, el TPI concluyó que los apelantes no derrotaron la presunción de que el tratamiento médico brindado por el Dr. Juan Villavicencio Melo (Dr. Villavicencio o apelado) al señor Víctor Rosario Santana (señor Rosario) fuera negligente. Así, dicho foro ordenó la desestimación de la reclamación en contra del apelado e impuso el pagó de costas y gastos del pleito.

Por los fundamentos que expondremos a continuación, confirmamos la Sentencia apelada.

---

[1] Mediante la Orden Administrativa TA 2020-004 se designa al Hon. Ángel R. Pagán Ocasio en sustitución del Hon. Miguel P. Cancio Bigas, quien se acogió al retiro el 31 de diciembre de 2019.

I.

Los hechos de este caso se remontan a una demanda en daños presentada el 12 de julio de 2013, por los apelantes en contra del Hospital Ryder Memorial (Hospital Ryder), doctores A y B, Compañías C y D y Corporaciones E y F por la muerte del señor Rosario. Arguyeron, principalmente, que la muerte del señor Rosario ocurrió como consecuencia de la negligencia, falta de cuidado e impericia profesional de los médicos que lo atendieron en la Sala de Emergencias del Hospital Ryder, donde fue diagnosticado con la enfermedad de Dengue *shock*.

Posteriormente, los apelantes presentaron una Demanda Enmendada para incluir al Dr. Villavicencio, la Sociedad de Bienes Gananciales compuesta por este y su esposa, la Dra. Yamirmarie Martínez Albino (Dra. Martínez) y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta por ésta y su esposo. Éstos alegaron, entre otras cosas, que el apelado había actuado de manera negligente, ya que se había apartado de la mejor práctica de la medicina al no haberle brindado el cuidado médico adecuado al señor Rosario. En específico, los apelantes plantearon que la muerte del señor Rosario ocurrió como consecuencia directa de la negligencia, falta de cuidado e impericia profesional del Dr. Villavicencio y la Dra. Martínez.[2]

Posteriormente, el 11 de octubre de 2013, el Dr. Villavicencio y SIMED, su compañía aseguradora, presentaron su contestación a la demanda enmendada y negaron todas las alegaciones de negligencia en su contra. Luego de ello, el 11 de mayo de 2016, el TPI emitió una *Sentencia Parcial* desestimando la reclamación en

[2] El 16 de mayo de 2014, los apelantes presentaron una solicitud de desestimación con perjuicio en cuanto a la Dra. Martínez y SIMED, su compañía aseguradora. La misma fue acogida por el TPI mediante Sentencia emitida el 20 de mayo de 2014.

contra del Hospital Ryder, por haberse formalizado un acuerdo transaccional con los apelantes.

Luego de varios trámites procesales, que no es necesario pormenorizar para disponer del caso, se celebró la vista en su fondo del caso los días 21 y 23 de marzo de 2018, 10, 12 y 13 de abril de 2018 y 1, 4 y 18 de junio de 2018. Los apelantes presentaron como prueba pericial el testimonio del Dr. Juan A. Rosario Matos (Dr. Rosario). El apelado presentó como prueba pericial el testimonio del Dr. Francisco Nelson Alvarado Meléndez (Dr. Alvarado).

Tras haber quedado sometido el caso, el 12 de diciembre de 2018, el TPI emitió una *Sentencia* desestimando la demanda en contra del señor Villavicencio y su aseguradora SIMED. El foro apelado concluyó lo siguiente:

> A base de las Conclusiones de Hechos y de las Conclusiones de Derecho antes expuestas, este Tribunal concluye que la parte demandante no derrotó la presunción de que el tratamiento médico brindado por el Dr. Juan Villavicencio Melo a la parte demandante fuera negligente, ni que se desviara del estándar de la mejor práctica de la medicina en medicina interna, en el tratamiento para el dengue.[3]

Oportunamente, el 26 de diciembre de 2018, los apelantes presentaron una solicitud de reconsideración. Mediante *Resolución* emitida el 12 de febrero de 2019, notificada el 13 del mismo mes y año, el TPI declaró No Ha Lugar la referida solicitud de reconsideración.

No conforme, los apelantes acuden ante este Tribunal de Apelaciones y nos plantea los siguientes señalamientos de error:

> Erró el Tribunal de Primera Instancia al concluir que la parte demandante no derroto la presunción de que el tratamiento médico brindado por el Doctor Villavicencio Melo a la parte demandante fuera negligente.
>
> Erró el Tribunal de Primera Instancia al determinar que el perito de la parte demandada tiene experiencia en "medicina interna" e infectología.
>
> Erró el Tribunal de Primera Instancia al desestimar la demanda.

---

[3] Véase Apéndice del Recurso, pág. 21.

II.

A.

El Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA. sec. 5141, dispone que "[e]l que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado". Así, procederá la reparación de un daño cuando se demuestren los siguientes elementos indispensables: (1) el acto u omisión culposa o negligente; (2) la relación causal entre el acto u omisión culposa o negligente y el daño ocasionado; y (3) el daño real causado al reclamante. *Nieves Díaz v. González Massas*, 178 DPR 820, 843 (2010); *Sociedad de Gananciales v. G. Padín Co., Inc.*, 117 DPR 94 (1986); *Cotto Guadalupe v. Consolidated Mut. Ins. Co.*, 116 DPR 644 (1985).

Por "daño" se entiende "todo menoscabo material o moral causado contraviniendo una norma jurídica, que sufre una persona y del cual haya de responder otra". *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 151 (2006). En cuanto a la culpa o negligencia, esta se ha definido como la falta del debido cuidado que consiste en no anticipar y prever las consecuencias racionales de un acto, o la omisión de un acto, que una persona prudente y razonable habría previsto en las mismas circunstancias. *Nieves Díaz v. González Massas*, *supra*, pág. 844; *Rivera v. S.L.G. Díaz*, 165 DPR 408, 421 (2005). Del daño culposo o negligente surge el deber de indemnizar que "presupone nexo causal entre el daño y el hecho que lo origina, pues sólo se han de indemnizar los daños que constituyen una consecuencia del hecho que obliga a la indemnización". *López v. Porrata Doria*, *supra*, pág. 151.

Cuando dos o más personas son responsables del daño; es decir, cuando nos encontramos ante varios cocausantes de un mismo acto culposo o negligente, nuestro ordenamiento favorece la aplicación

de la responsabilidad solidaria. *S.L.G. Vázquez Ibáñez v. De Jesús, Vélez*, 180 DPR 387, 407-408 (2010); *García Pérez v. Corp. Serv. Mujer*, 174 DPR 138, 149 (2008). Al amparo de dicho principio, la persona perjudicada tiene el derecho de exigir la reparación del daño alegado a todos los cocausantes o a cualquiera de ellos. *S.L.G. Vázquez Ibáñez v. De Jesús, Vélez*, *supra*.

De otra parte, en cuanto a la responsabilidad de los médicos en el desempeño de sus funciones profesionales, el Tribunal Supremo ha expresado que éstos vienen obligados a brindar a sus pacientes "aquella atención que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza, y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y la práctica prevaleciente de la medicina, satisface las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la profesión médica". *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 549 (2005); *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 133 (2004); *Pérez Torres v. Blaudell Ramos*, 120 DPR 295, 302 (1988). Por ello, en una acción por impericia médica, "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*, *supra*, págs. 548-549.

Cabe aclarar que el peso de la prueba para establecer que el acto negligente cometido *fue el que con mayor probabilidad causó los daños* es del demandante, quien viene obligado a establecer, mediante prueba pericial, cuáles son los requisitos de cuidado y conocimiento científico que les son requeridos a los médicos en el tratamiento de sus pacientes. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, pág. 133. En este sentido, no basta establecer una omisión, toda vez que el médico tiene a su favor una presunción de corrección. Además, no es responsable por el mero hecho de haber hecho un diagnóstico

o efectuar un tratamiento equivocado. *Cruz v. Centro Médico de P.R.*, 113 DPR 719, 731 (1983). El hecho de que un paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya tenido éxito, tampoco crea una presunción de negligencia. La relación de causalidad no puede establecerse en una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento –por parte del médico– de su obligación profesional. *Ramos, Escobales v. García, González*, 134 DPR 969, 976 (1993).

B.

De otra parte, es norma claramente establecida, que los tribunales apelativos deben guardar deferencia a la apreciación y adjudicación de credibilidad que haga el Tribunal de Primera Instancia. *Hernández Maldonado v. Taco Maker,* 181 DPR 281, 289 (2011); *Trinidad v. Chade,* 153 DPR 280, 291 (2001). Esta deferencia se debe a que, es el juez sentenciador el que tiene la oportunidad de recibir y apreciar toda la prueba oral presentada, de escuchar la declaración de los testigos y evaluar su comportamiento y credibilidad. *Muñiz Noriega v. Muñiz Bonet,* 177 DPR 967, 986-987 (2010). Por tal razón, en ausencia de prejuicio, parcialidad, error manifiesto o abuso de discreción, de ordinario, el pronunciamiento del Tribunal de Primera Instancia será sostenido en toda su extensión por el tribunal intermedio. *Trans-Oceanic Life Ins. v. Oracle Corp.*, 184 DPR 689 (2012); *S.L.G. Rodríguez v. Nationwide*, 156 DPR 614 (2002).

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. Sólo 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,* 181 DPR 746 (2011). "Se impone un respeto a la aquilatación de credibilidad del foro primario en consideración a que

sólo tenemos récords mudos e inexpresivos". *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR*, 175 DPR 799 (2009).

Quien impugne una sentencia o resolución deberá presentar evidencia sustancial que derrote la presunción de corrección que cobija la decisión del Tribunal de Primera Instancia. Esto es, evidencia que en una mente razonable pueda aceptarse como adecuada para sostener una conclusión. *Vázquez Cintrón v. Banco Desarrollo*, 171 DPR 1, 25 (2007).

Relacionado a lo anterior, resaltamos que, en casos civiles, la decisión del juzgador "se hará mediante la preponderancia de la prueba, a base de criterios de probabilidad". Regla 110(f) de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 110(f). Quien sostiene la afirmativa deberá probar su causa de acción mediante la presentación de evidencia que sustente cada una de sus alegaciones. Regla 110(a) de las Reglas de Evidencia, *supra*. Sin embargo, el testimonio vertido por un sólo testigo es suficiente para satisfacer el grado de prueba requerido, si logra convencer al juzgador. Regla 110(d) de Evidencia, *supra*. Ello es así porque "[l]a preponderancia de la prueba no se refiere naturalmente al número de testigos ni a la cantidad de documentos. Denota la fuerza de convicción o de persuasión de la evidencia en el ánimo del juzgador". *Carrión v. Tesorero de P.R.*, 79 DPR 371, 382 (1956).

Relacionado a ello, la Regla 53 de las Reglas de Evidencia, 34 LPRA Ap. IV, R. 53, adopta una norma liberal en lo referente a la capacidad de actuar como perito. El valor probatorio del testimonio pericial depende de varios factores, entre los cuales se destacan los siguientes: (1) las cualificaciones del perito; (2) la solidez de las bases de su testimonio; (3) la confiabilidad de la ciencia o técnica subyacente; y (4) la parcialidad del perito. E.L. Chiesa, *Tratado de Derecho Probatorio*, Publicaciones J.T.S., Tomo I, 1998, pág. 593.

No obstante, aun cuando existe liberalidad en cuanto a la capacidad pericial, se reconoce que donde "la mayor o menor competencia del perito cobra relevancia es en la apreciación del valor probatorio de su declaración". *Díaz v. Pneumatics & Hydraulics*, 169 DPR 273, 295 (2006); *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co.,* 150 DPR 658, 663-664 (2000). Es decir, su especialización en un área determinada es decisiva en lo que respecta al valor probatorio que el juzgador de los hechos le adjudicará a su testimonio. Chiesa, *op. cit.,* pág. 594. Es por ello que la falta de especialidad incide sobre el peso de la prueba, más no en la cualificación de un testigo como perito. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., supra,* pág. 664. En otras palabras, el especialista está en mejor posición respecto al valor probatorio de su opinión que un generalista.

En los casos de testigos médicos presentados como peritos, la cuestión de calificación es si el testigo está familiarizado con las teorías médicas que se relacionan con el problema. La práctica de una especialidad no es requisito indispensable para que pueda prestar testimonio. *Pueblo v. Echevarría Rodríguez I*, 128 DPR 299 (1991); *Pueblo v. Rodríguez Otero*, 90 DPR 861 (1964).

En síntesis, conforme a lo esbozado por el Tribunal Supremo, el valor probatorio de la prueba testifical depende en gran parte de las cualificaciones del perito. Aunque un generalista y un especialista cualifiquen ambos como peritos bajo la Regla 53 de Evidencia, *supra*, el especialista está en mejor posición respecto al valor probatorio de su opinión, pero ello no es factor determinante para la evaluación del testimonio pericial. *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., supra,* pág. 665.

III.

En el caso que nos ocupa, los apelantes alegan que incidió el TPI al desestimar su reclamación en contra del Dr. Villavicencio. En primer lugar, éstos plantean que erró el TPI al determinar que el

tratamiento médico brindado por el Dr. Villavicencio al señor Rosario no fue negligente. A diferencia del foro primario, los apelantes entienden que sí probaron la relación causal entre el tratamiento médico del apelado y la eventual muerte del señor Rosario.

Además, los apelantes plantean que el perito utilizado por ellos, el Dr. Rosario, tiene mejores cualificaciones que el perito utilizado por el apelado, el Dr. Alvarado. Arguyen que, el Dr. Alvarado no practica la medicina interna, no tiene la licencia vigente de medicina interna y tampoco hace guardias. Así, entienden que incidió el TPI al merecerle credibilidad el testimonio del Dr. Alvarado, y no así el del Dr. Rosario.

Tomando en consideración el derecho antes esbozado, nos corresponde determinar si los apelantes presentaron prueba suficiente para rebatir la presunción que cobija a los médicos, en este caso al apelado, de que se ha brindado un grado razonable de cuidado y tratamiento adecuado al paciente.

En el caso de epígrafe, al TPI le mereció entera credibilidad el testimonio pericial del Dr. Alvarado, perito del apelado. Dicho foro concluyó lo siguiente:

> El doctor Alvarado, aportó con mayor y mejor valor probatorio, lo que es la mejor práctica de la medicina en la especialidad de medicina interna y en el manejo de la condición del dengue en el marco hospitalario y estableció a este Tribunal que el Dr. Juan Villavicencio Melo actuó conforme a esta norma en el manejo médico del paciente.
>
> El Doctor Alvarado prestó testimonio claro, bien documentado, reforzado en sus conocimientos y experiencias en el manejo médico en medicina interna e infectología para la condición que presentaba el paciente, síndrome de dengue y el manejo médico dado por el Dr. Villavicencio Melo para la condición que presentaba el paciente, a este Tribunal le mereció mayor credibilidad que la aportada por el perito de la parte demandante; a quien este Tribunal no le mereció crédito en el área de síndrome de dengue y su opinión contradictoria con el manejo establecido por el CDC de Atlanta para el manejo medico de esta condición en los diferentes estados de la enfermedad. […]
>
> La decisión de este Tribunal depende de su apreciación de la evidencia presentada. Luego de escuchar detenidamente los testimonios de los demandantes, así como del perito de la

> parte demandante, el Dr. Juan A. Rosado Matos, y aquilatar la credibilidad que estos merecieron, a la luz de la totalidad de la prueba admitida, y luego de que las partes demandadas presentaran su caso, el testimonio del Dr. Francisco Alvarado Meléndez, el Dr. Julio Santory Peña y el Dr. Juan Villavicencio Melo, este Tribunal encontró que la prueba presentada por la parte demandante fue insuficiente para satisfacer los requisitos de su causa de acción.
>
> El Tribunal resalta que, en sus respectivos testimonios, ni los demandantes ni su perito, pudieron establecer los requerimientos para que una causa de acción bajo el Artículo 1802 de nuestro Código Civil pudiera prosperar. Ni tan siquiera pudieron rebatir la presunción del buen tratamiento médico. Por tanto, la parte demandante no logró probar un caso en contra del Dr. Villavicencio Melo más allá del quantum de prueba requerido por nuestra legislación y jurisprudencia, por lo que procede la desestimación de la demanda.
>
> No se estableció la relación causal entre el tratamiento médico brindado por el Dr. Juan Villavicencio Melo y la muerte de Víctor Rosario Santana. Se probó a saciedad que el paciente falleció por un dengue shock que al momento de arribar a la Sala de Emergencias del Hospital Ryder era irreversible el daño a los órganos y que esto ocasionó su muerte.[4]

Luego de analizar el expediente ante nuestra consideración, incluyendo la transcripción de la vista en su fondo, concluimos que actuó correctamente el TPI al desestimar la demanda en daños instada por los apelantes en contra del Dr. Villavicencio. Veamos por qué.

Según detallamos, el foro apelado le otorgó mayor valor probatorio y credibilidad al testimonio vertido por el perito del apelado, el Dr. Alvarado, que, al testimonio del perito de los apelantes, el Dr. Rosario. De la transcripción se desprende que el Dr. Alvarado tiene una especialidad en medicina interna y una subespecialidad en enfermedades infecciosas. Además, éste testificó que, a pesar de que su licencia en enfermedades infecciosas está vencida, en Puerto Rico no se necesita la misma para la práctica.[5] Testificó también que, esa subespecialidad en enfermedades infecciosas hace que sea el facultativo en el hospital con el mayor conocimiento para tratar pacientes con la enfermedad del Dengue.[6]

---

[4] Véase Apéndice del Recurso, págs. 20-21.
[5] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 460 y 471.
[6] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, pág. 472.

Lo anterior contrasta significativamente con las cualificaciones del perito de los apelantes, el Dr. Rosario. Según la transcripción del juicio, el Dr. Rosario tiene una especialidad en medicina interna y geriatría.[7] Ello, como sabemos, no lo descalifica como perito, pero sí afecta, como ocurrió en este caso, el valor probatorio de su testimonio. También contribuye a lo anterior que, según pudimos notar del testimonio del Dr. Rosario, éste testificó no entender muchas de las anotaciones del Dr. Villavicencio en el expediente médico.[8]

Ahora bien, procedemos a evaluar si concluyó correctamente el TPI al determinar que el tratamiento brindado por el Dr. Villavicencio no se desvió del estándar de la mejor práctica de la medicina interna, en el manejo médico de la enfermedad del Dengue.

Según se desprende del expediente, el 7 de agosto de 2010, en la mañana el señor Rosario visitó las oficinas del Dr. Julio Santory (Dr. Santory), quejándose de fiebre, dolor en el cuerpo, vómitos y diarreas. Luego de que el Dr. Santory evaluará al señor Rosario, le ordenó un hemograma y que se dirigiera a una Sala de Emergencia para hidratación endovenosa y monitoreo. Luego de ello, ese mismo día, el señor Rosario se dirigió al CDT del Municipio de Las Piedras. Según el testimonio del Dr. Alvarado, el récord del CDT reflejaba lo siguiente en cuanto al cuadro clínico del señor Rosario:

> **Perito Alvarado Meléndez**: Si vemos los vitales, el paciente tiene una temperatura de 38.9 grados Celsius, tiene un pulso de 123 por minuto, tiene respiraciones en 28 y una presión sanguínea de 87/64, lo que la interpretación mía es que todos los signos vitales están totalmente alterados; tiene fiebre y el pulso elevadamente alto, las respiraciones excesivamente rápidas eso no es normal, y las presiones por debajo de 90, 87/64.
>
> **Licenciada Rita M. Vélez González**: Qué significa eso desde el punto de vista de esta enfermedad y el pronóstico de evolución del paciente.
>
> **Perito Alvarado Meléndez**: La enfermedad del Dengue se divide en tres de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 3 fases, enfermedad aguda viral, enfermedad de

---

[7] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, pág. 156.
[8] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 261 y 270.
También véase Informe Pericial del Dr. Rosario, pág. 5 *footnote* #6.

> Dengue hemorrágica y enfermedad de Dengue *shock* en *faceshock;* cuando el paciente ya está en shock que eso por definición es presiones bajas, por debajo de 90/60 con un pulso elevado, porque el paciente está tratando de con su bomba que es el corazón, aumentar su ritmo cardíaco para tratar de mantener presiones sanguíneas adecuadas, porque si usted no tiene buena presión presiones sus órganos no va a percundir bien, por ende cuando yo me doy cuenta en el análisis del récord ya el paciente estaba en la última fase en la más grave que es el shock desde que estaba en sala de emergencias 87 de sistólica de la presión alta sanguínea que es la sistólica, la de abajo es la diastólica, con un pulso en 123, un pulso anormal.
>
> **Juez**: Usted dice que estaba en shock cuando estaba en la sala da emergencia es lo que dice.
>
> **Perito Alvarado Meléndez**: En el CDT, correcto, sí.[9]

Luego, a las 4:20 pm de ese mismo día, el doctor que evaluó al señor Rosario en el CDT ordenó que éste fuese trasladado al Hospital Ryder. El señor Rosario llegó al Hospital Ryder a eso de las 6:00 pm y fue atendido por la Dra. Martínez, doctora de la Sala de Emergencias de dicho hospital. A las 9:00 pm de ese día, el Dr. Villavicencio comienza a atender al señor Rosario, por ser el especialista en medicina interna del Hospital Ryder en ese momento.

El Dr. Alvarado testificó que la enfermedad de Dengue es una viral y tiene distintas manifestaciones que pueden ir desde un cuadro asintomático a un dengue *shock.* Éste indicó que el dengue *shock* es una etapa fatal, donde la respuesta al tratamiento médico es nula.[10] En cuanto al cuadro clínico del señor Rosario, el Dr. Alvarado testificó que el paciente se encontraba en un estado de *shock* desde que fue atendido en el CDT.[11] A preguntas de la Lcda. Rita M. Vélez González, abogada del apelado, el Dr. Alvarado indicó que una vez el señor Rosario arribó al Hospital Ryder, seguía exhibiendo signos vitales alterados indicativos de un estado de *shock*.[12] El Dr. Alvarado continuo explicando lo siguiente sobre el tratamiento brindado por el Dr. Villavicencio al señor Rosario:

---

[9] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 610-612.
[10] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 582-583.
[11] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, pág. 609.
[12] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, pág. 615.

Licenciada Rita M. Vélez González: […] [C]uanto tardó el Dr. Villavicencio una vez se le puso en conocimiento en venir al cuidado del paciente.

Perito Alvarado Meléndez: Por lo que estoy viendo la nota del [SCRS] note documentan a las 12 y 45 de la mañana que el doctor escribe a esa misma hora su nota, asumo que está a la par con el médico que estaba corriendo el [SCRS] es el código…

[…]

Licenciada Rita M. Vélez González: La intervención del Dr. Villavicencio en ese momento en que el paciente se torna crítico y tiene un fallo eh respiratorio porque se llama se le canta el SCRS.

[…]

Licenciada Rita M. Vélez González: Eh cómo usted lo evalúa.

Perito Alvarado Meléndez: Yo lo evalúo aceptable.

Licenciada Rita M. Vélez González: Por qué.

Perito Alvarado Meléndez: Y dentro de los estándares que establece la medicina, número 1 por el tiempo que está la respuesta, este tener un paciente en un hospital y tu tener al médico al lado tuyo en el momento que está, no es a veces para nosotros es difícil coincidir en el tiempo que está ocurriendo un SCRS Note, el SCRS lo pone un médico de sala de emergencias porque son lo que están todo el tiempo en el hospital, da la casualidad en este caso que el paciente tuvo tanto al médico de sala de emergencias que estaba corriendo el SCRS, como al internista a cargo del paciente en este caso el Dr. Villavicencio.

Licenciada Rita M. Vélez González: Qué relación tiene que era la pregunta que le iba la eliminé y nos fuimos al detalle, entre la intervención del Dr. Villavicencio con el paciente el día 7 a las 9 y 40 y su manejo del día 8 y su intervención del día 9 a las 12 y 45 de la madrugada, con la causa de muerte del paciente.

Perito Alvarado Meléndez: Mi opinión sobre eso por mi *expertis* es que el paciente ya estaba en una etapa irreversible, veo que los doctores trataron de hacer lo posible por revertir el proceso pero ya había una cascada que se había desencadenado en unos factores críticos, como usted bien dice horita entró fallo respiratorio, yo hablé del hígado, del riñón y de la sangre y ya se le añadió respiratorio o sea que a pesar que el paciente a estado recibiendo tratamiento los órganos fueron fallando a medida que pasaba el tiempo y lamentablemente no salió.

Licenciada Rita M. Vélez González: Y ese hecho de que hayan ido fallando ¿a qué se debió? Que los órganos hayan ido…

Perito Alvarado Meléndez: Ya la etapa del Dengue estaba muy progresiva y muy agresiva hacia el paciente.

Licenciada Rita M. Vélez González: ¿Qué tenía que hacer el Dr. Villavicencio para que este paciente no falleciera?

Perito Alvarado Meléndez: ¿En adición a lo que estaba haciendo?

Licenciada Rita M. Vélez González: Sí.

Perito Alvarado Meléndez: No puedo añadir algo extra porque el tratamiento de soporte fue lo que se ofreció, no hay una medicina, en Estados Unidos y Puerto Rico no hay una vacuna, en Asia y América Latina sí, pero nosotros ahora mismo es tratamiento de soporte le falta

> sangre dale sangre, tiene fiebre dale acetaminofén, está atrás en líquidos dale líquidos, pero algo en adición que tengamos ahora mismo en nuestras manos para añadir, no tengo.
>
> **Licenciada Rita M. Vélez González**: Y ese tratamiento de soporte que brindó el Dr. Villavicencio desde el día 7 a las 9 y 40 hasta el momento que el paciente falleció ¿qué relación tiene con la normativa para manejo de soporte del Dengue?
>
> **Perito Alvarado Meléndez**: Bueno tiene una relación adecuada y acorde con, él dio los líquidos de acuerdo a como estaba la presión y el pulso, se llenaron unas órdenes para transfundir sangre o plaquetas dependiendo los niveles como estén o sea no, pensó en otro diagnóstico por dando el beneficio de la duda por si él como verdad estaba fallando en el manejo pero, no es así, lamentablemente agarró el paciente en un estado muy crítico.[13]

De otra parte, durante el contrainterrogatorio al Dr. Rosario, éste testificó que una mejor y adecuada hidratación del paciente hubiese prevenido el cuadro catastrófico que desarrolló el 9 de agosto de 2010, estando bajo el cuidado del Dr. Villavicencio.[14] No obstante, éste indicó que el paciente no murió de fallo renal, si no de dengue *shock*.[15] Además, indicó que si el señor Rosario hubiese buscado atención médica en una etapa más temprana las probabilidades de éste sobrevivir hubiesen sido mayores.[16]

Examinados los autos, la totalidad de la prueba y en particular, la transcripción de los testimonios periciales vertidos en juicio, somos del criterio de que el Dr. Villavicencio, al enfrentarse al cuadro clínico de *dengue shock* del señor Rosario, utilizó un juicio profesional razonable y brindó el tratamiento adecuado. Por ello, no incurrió en responsabilidad bajo el Artículo 1802 del Código Civil, *supra*.

Recalcamos, el señor Rosario al llegar al Hospital Ryder se encontraba en una condición crítica e irreversible. Como bien determinó el TPI, no existe relación causal entre el tratamiento brindado por el apelado y la eventual muerte del señor Rosario. La

---

[13] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 689-691.
[14] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, pág. 372.
[15] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 372 y 387.
[16] Véase Transcripción de Vista en su Fondo, págs. 689-691.

prueba pericial presentada por los apelantes no pudo rebatir la presunción de corrección en el tratamiento ofrecido por el Dr. Villavicencio. Éste brindó al señor Rosario una atención médica que satisface las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica en un diagnóstico de *dengue shock*.

IV.

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