

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL IV

JOANNE MALDONADO
COLÓN, por sí y en
representación de sus hijos
menores: KARLA QUIÑONES
MALDONADO Y JEAN
CARLOS QUIÑONES
MALDONADO

Apelantes

v.

HOSPITAL EPISCOPAL SAN
LUCAS; ABC COMO
COMPAÑÍA ASEGURADORA
DEL HOSPITAL EPISCOPAL
SAN LUCAS; DR. JOHN DOE,
SU ESPOSA JANE DOE Y LA
Sociedad Legal de
Gananciales compuesta por
ambos; SIMED, COMO
COMPAÑÍA ASEGURADORA
DEL DR. JOHN DOE; DR.
RICHARD DOE, SU ESPOSA
JANET DOE y la Sociedad
Legal de Gananciales
compuesto por ambos; SIMED,
COMO COMPAÑÍA
ASEGURADORA DEL DR.
RICHARD DOE; GRUPO
RADIOLÓGICO X;
ASEGURADORA DEF COMO
ASEGURADORA DEL GRUPO
RADIOLÓGICO X; DR. JOSÉ
FELICIANO PÉREZ, SU
ESPOSA SARA DOE y la
Sociedad Legal de
Gananciales compuesta por
ambos; ASEGURADORA GHI,
COMO ASEGURADORA DEL
DR. FELICIANO PÉREZ; JIM
DOE; JAMES DOE; NANCY
DOE; GRUPO Y, Y
CORPORACIÓN Z

Apelados

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera Instancia,
Sala de PONCE

Civil. Núm.:
J DP2008-0443
(605)

KLAN201900317

Sobre: DAÑOS Y
PERJUICIOS;
IMPERICIA
MÉDICA

Panel integrado por su presidenta la Juez Coll Martí, el Juez Flores
García y el Juez Rivera Torres

Coll Martí, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 17 de enero de 2020.

La parte apelante, Joanne Maldonado Colón por sí y en representación de sus hijos menores de edad Karla y Jean Carlos, ambos de apellidos Quiñones Maldonado, comparece ante nos y solicita nuestra intervención, a los fines de que dejemos sin efecto el pronunciamiento emitido por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Ponce, el 4 de agosto de 2017, debidamente notificado a las partes el 11 de agosto de 2017. Mediante la aludida determinación, el foro primario desestimó la demanda de epígrafe, sin especial imposición de costas, gastos ni honorarios de abogado.

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

I

El 4 de agosto de 2008 la parte apelante presentó una *Demanda* sobre daños y perjuicios por impericia médica, posteriormente enmendada, en contra del Hospital Episcopal San Lucas; el Dr. Jorge Torres Nazario, su esposa y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta entre ambos; el Dr. José Feliciano Pérez, su esposa y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta entre ambos y sus respectivas aseguradoras. Hacemos un paréntesis para destacar que la parte apelante desistió de su reclamo en contra del Dr. Jorge Torres Nazario, su esposa y la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta entre ambos, mientras que con el Hospital Episcopal San Lucas llegó a un acuerdo transaccional, por lo que quedaron como únicas partes en el pleito el Dr. José Feliciano Pérez por sí y en representación de la Sociedad Legal de Bienes Gananciales compuesta por él y su esposa, y el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta (SIMED), como aseguradora del Dr. Feliciano, la parte apelada.

Conforme se alegó en la demanda, la señora Maldonado funge como enfermera en el Hospital de epígrafe. Para la fecha de los hechos trabajaba en la Unidad de Cateterismo de dicha institución hospitalaria. El 6 de agosto de 2007, mientras laboraba, la señora Maldonado sintió un fuerte dolor en el área abdominal y la parte baja de la espalda. También sintió mareos, náuseas y comenzó a sudar. Según adujo, en esa misma fecha, fue admitida a la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital de referencia bajo la observación y cuidado del codemandado Dr. Feliciano, médico internista. Se le realizó un CT Scan pélvico y otro lumbar. El diagnóstico de admisión fue intoxicación con el medicamento anticoagulante Coumadin y determinada condición lumbosacral. El 13 de agosto de 2007 el Dr. Feliciano dio de alta médica a la señora Maldonado, pese a que, conforme esta alegó, continuaba quejándose de dolor y no podía caminar. Al día siguiente del alta médica, el 14 de agosto de 2007, fue nuevamente hospitalizada, esta vez bajo la atención de otro galeno.

Así las cosas, el 15 de agosto de 2007 la señora Maldonado fue sometida a una cirugía exploratoria para corregir la sospecha de un sangrado intraabdominal. El resultado de la cirugía reveló una hemorragia por razón de la ruptura de un quiste en el ovario derecho. En esa intervención quirúrgica se le removió el ovario derecho y se eliminaron algunas adherencias. El 28 de agosto de 2007 nuevamente hubo que intervenirla quirúrgicamente para realizarle una exploratoria de la herida dejada en la cirugía anterior y se le removieron varios coágulos de sangre. Como resultado, la señora Maldonado estuvo hospitalizada hasta el 14 de septiembre de 2007.

En esencia, la señora Maldonado alegó que el Dr. Feliciano faltó a su deber e incurrió en negligencia al no identificar adecuadamente los síntomas que presentaba y al darle de alta sin haber realizado un diagnóstico y tratamiento médico adecuado. Particularmente, al no haberle brindado la debida atención y al darle de alta cuando refería que aún tenía dolor. A la luz de lo anterior, reclamó \$200,000 por los daños físicos y la pérdida de ingresos por el tiempo que estuvo fuera de su empleo recuperándose; \$100,000 por sus sufrimientos y angustias mentales, y \$50,000 por los sufrimientos y angustias mentales de cada uno de sus hijos, Karla y Jean Carlos, ambos de apellidos Quiñones Maldonado.

El juicio en su fondo se celebró los días 4, 5, 6 y 7 de noviembre de 2014; 25 de marzo y 10 de septiembre de 2015, y 18 y 19 de febrero de 2016. Por la parte apelante, declaró la señora Joanne Maldonado Colón (la apelante), sus hijos Karla y Jean Carlos Quiñones Maldonado y los peritos médicos, Dr. Edwin Miranda Aponte y Dr. Manuel Pérez Pabón. De otro lado, por la parte apelada prestaron testimonio el Dr. José Feliciano Pérez (el apelado), y el Dr. Miguel A. Magraner Suárez en calidad de perito médico.

Tras aquilatar la prueba documental, testifical y pericial presentada por las partes, el 4 de agosto de 2017 el foro primario desestimó la demanda de epígrafe, sin especial imposición de costas, gastos ni honorarios de abogado. A juicio del foro sentenciador, el Dr. Feliciano no fue negligente en el diagnóstico y tratamiento que brindó a la señora Maldonado durante la hospitalización de ésta del 6 al 13 de agosto de 2007. En desacuerdo con la referida determinación, el 25 de agosto de 2017 la parte apelante presentó una *Moción en Solicitud de*

Reconsideración y otra en Solicitud Determinaciones de Hechos Adicionales, peticiones que fueron denegadas el 19 de febrero de 2019. Aún insatisfecha, el 25 de marzo de 2019 la parte apelante acudió ante nos y planteó lo siguiente:

Erró el TPI al no establecer en su sentencia cuál era el estándar de la mejor práctica de la medicina aplicable al doctor Feliciano Pérez conforme a las alegaciones de la demanda enmendada y por el cual concluye que éste no le es responsable a la demandante apelante.

Erró el TPI al permitir de forma arbitraria y parcializada el testimonio del Dr. Magraner, oportunamente objetado por la demandante apelante, permitiéndole testificar sobre asuntos que el perito no incluyó en el informe pericial anunciado a la parte demandante apelante y que no fue enmendado antes del juicio en grave perjuicio de la presentación del caso de la demandante.

Erró el TPI al descartar arbitrariamente y al no considerar hechos y datos clínicos que surgen del récord médico admitido en evidencia como exhibit de ambas partes y de la prueba testifical presentada durante el juicio y que derrotan los fundamentos de la sentencia.

Luego de evaluar el expediente de autos, y contando con el beneficio de la comparecencia de ambas partes, estamos en posición de adjudicar la presente controversia.

II

A

Acciones en daños y perjuicios

El Artículo 1802 de nuestro Código Civil, 31 LPRA sec. 5141, dispone que quien por acción u omisión cause daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. Para que prospere una reclamación por daños y perjuicios al amparo del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*, se requiere la concurrencia de tres elementos, los cuales tienen que ser probados por la parte demandante, a base de preponderancia de la prueba: (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).

La doctrina concibe el concepto “culpa” de manera amplia y abarcadora, tal como suele ser la conducta humana. *López v. Porrata Doria*, 169 DPR 135, 150 (2006). Ahora bien, conforme la teoría de la causalidad adecuada, “no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general”. *Jiménez v. Pelegrina Espinet*, 112 DPR 700, 704 (1982). El Tribunal Supremo ha establecido que un daño podrá considerarse como el resultado natural y probable de un acto u omisión negligente si después de una mirada retrospectiva del suceso parece ser la consecuencia razonable y común de la acción u omisión de que se trate. *Santiago v. Sup. Grande*, 166 DPR 796, 818 (2006).

En cuanto a la relación causal, se ha dicho que es un elemento imprescindible en una reclamación en daños y perjuicios, ya que vincula el acto ilícito con el daño moral o económico. *Rivera v. S.L.G. Díaz*, 165 DPR 408, 422 (2005). En torno al tercer requisito, el daño, el mismo constituye el menoscabo material o moral que sufre una persona. *Ramírez Ferrer v. Conagra Foods PR*, 175 DPR 799, 817 (2009); *García Pagán v. Shiley Caribbean, etc.*, 122 DPR 193, 205-206 (1988).

Relevante a la controversia ante nuestra consideración, la responsabilidad civil por actos de mala práctica de la medicina debido a la impericia o negligencia de un facultativo emana igualmente del Artículo 1802 del Código Civil, *supra*. Es decir, la prestación de los servicios médicos, sin la debida diligencia, puede generar responsabilidad civil del médico u hospital, en el supuesto de que la falta de diligencia imputada cause un daño. La norma que

aplica a estos casos es que, para que nazca la responsabilidad civil médica, el promovente de la acción tiene que establecer la ocurrencia de un acto médico culposo o negligente, la producción de un daño real y la relación causal entre el acto médico y el daño sufrido. *Soto Cabral v. E.L.A.*, 138 DPR 298, 308-309 (1995). De esta forma, para imponer responsabilidad civil a un médico por actos de mala práctica al amparo del referido estatuto, es necesaria la concurrencia de los siguientes requisitos: (1) realidad del daño sufrido; (2) un acto u omisión culposo o negligente y (3) nexo causal entre el daño y la referida acción culposa o negligente. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119 (2004).

En una acción de daños y perjuicios por impericia médica instada bajo el Artículo 1802, *supra*, 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. *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988). La prueba presentada deberá demostrar que el daño sufrido se debió con mayores probabilidades a la negligencia que el demandante imputa. *Blas Toledo v. Hosp. Guadalupe*, 146 DPR 267 (1998). Conforme la norma mínima de cuidado médico exigible, se requiere que el médico brinde a sus pacientes aquella atención médica que a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y conforme al estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevaleciente de la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la propia profesión médica. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*; *Santiago Otero v. Méndez*,

135 DPR 540, 549 (1994); *Ramos, Escobales v. García, González*, 134 DPR 969, 975-976 (1993).

A tales efectos, el demandante deberá establecer mediante prueba pericial cuáles son los requisitos de cuidado y conocimiento científico requeridos por la profesión en el tratamiento de sus pacientes. Esa prueba deberá demostrar cuáles son las exigencias de toda la profesión médica, a la luz de los conocimientos científicos disponibles mediante los medios de comunicación y programas de educación continuada. *López v. Dr. Cañizares*, supra. Una vez demostrado cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a la controversia en cuestión, el demandante deberá probar que el demandado incumplió con dichas normas en el tratamiento del paciente y que ello fue la causa de la lesión sufrida. No obstante, dentro de sus funciones se le reconoce al médico una latitud amplia en su discreción al momento de formular su juicio profesional en cuanto al diagnóstico y tratamiento médico. *Ramos, Escobales v. García, González*, supra, pág. 975.

Al evaluar la actuación de un médico no podemos olvidar que a éste lo acompaña una presunción al efecto de que ha ejercido un grado razonable de cuidado y el tratamiento fue adecuado. El hecho de que un paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no haya tenido éxito no crea ninguna presunción de negligencia por parte del médico. Para rebatir esa presunción, la parte demandante no puede descansar en una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. El médico tiene el deber de hacer un esfuerzo para enterarse de los síntomas y de la condición del paciente, agotando los medios de diagnóstico diferencial que el estado del conocimiento pone a disposición de la profesión médica. *Arrieta v. De la Vega*,

165 DPR 538 (2005); *Ramos, Escobales v. García, González*, supra, pág. 976.

B

La apreciación de la prueba testifical

Es norma reiterada que cuando haya que sopesar la credibilidad de la prueba testifical, el tribunal apelativo deberá conceder gran deferencia a las determinaciones de hechos del tribunal sentenciador y no las alterará en ausencia de error, prejuicio, parcialidad o error manifiesto. *Trinidad v. Chade*, 153 DPR 280 (2001). Por su parte, la Regla 42.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 42.2, dispone que las determinaciones de hechos basadas en prueba testifical no se dejarán sin efecto, a menos que sean claramente erróneas. Esta deferencia se fundamenta en que el Tribunal de Primera Instancia tiene la oportunidad de recibir y evaluar toda la prueba presentada, de oír la declaración de los testigos y de apreciar su comportamiento. Es a ese foro al que le corresponde aquilatar la prueba testifical ofrecida y dirimir su credibilidad. *Sepúlveda v. Depto. de Salud*, 145 DPR 560, 573 (1998); *Ramos Acosta v. Caparra Dairy, Inc.*, 113 DPR 357, 365 (1982).

Esta norma aplica a los testimonios orales vertidos en presencia del tribunal, ya que es éste quien observa el comportamiento de los testigos en el estrado, su manera de declarar, sus gestos y actitudes y en general su conducta al prestar su declaración. *Meléndez v. Caribbean Int'l. News*, 151 DPR 649 (2000); *Moreda v. Roselli*, 150 DPR 473 (2000). En esos casos el juzgador de los hechos es quien indudablemente está en la mejor posición para aquilatar la prueba testifical desfilada, pues es quien

tuvo la oportunidad de ver y oír a los testigos declarar y observar su comportamiento. *Flores v. Soc. de Gananciales*, 146 DPR 45 (1998).

Así pues, a menos que existan circunstancias extraordinarias o indicios de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto y que la apreciación de la prueba se distancie de la realidad fáctica o ésta sea inherentemente imposible o increíble, el tribunal apelativo deberá abstenerse de intervenir con las determinaciones de hechos, la apreciación de la prueba y las adjudicaciones de credibilidad hechas por el juzgador de los hechos. *Flores v. Soc. de Gananciales*, supra, pág. 49; *Ortiz v. Cruz Pabón*, 103 DPR 939 (1975). En otras palabras, las determinaciones que hace el juzgador de los hechos no deben ser descartadas arbitrariamente ni tampoco deben sustituirse por el criterio del foro apelativo, a menos que de la prueba admitida surja que no existe base suficiente que apoye tal determinación. *López Vicil v. ITT Intermedia, Inc.*, 142 DPR 857, 864-865 (1997); *Rolón v. Charlie Car Rental, Inc.*, 148 DPR 420, 433 (1999).

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 P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R.*, 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. *Díaz v. Pneumatics & Hydraulics*, 169 DPR 273, 297 (2006). Ningún tribunal está obligado a seguir indefectiblemente la opinión, juicio, conclusión o determinación de un perito o facultativo, sobre todo cuando está en conflicto con testimonios de otros peritos y que todo tribunal está en

plena libertad de adoptar su criterio propio en la apreciación o evaluación de la prueba pericial y hasta descartar la misma, aunque resulte ser técnicamente correcta. *Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas*, 109 DPR 517, 522 (1980).

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

- (a) Si el testimonio está basado en hechos o información suficiente;
- (b) si el testimonio es el producto de productos y métodos confiables;
- (c) si la persona testigo aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso;
- (d) si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica;
- (e) las calificaciones o credenciales de la persona testigo, y
- (f) la parcialidad de la persona testigo.

Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 702.

Por otro lado, la Regla 704 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI, R. 704, dispone que:

Las opiniones o inferencias de una persona como testigo pericial pueden estar basadas en hechos o datos percibidos por ella o dentro de su conocimiento personal o informados a ella antes de o durante el juicio o vista. Si se trata de materia de naturaleza tal que las personas expertas en ese campo razonablemente descansan en ella para formar opiniones o hacer inferencias sobre el asunto en cuestión, los hechos o datos no tienen que ser admisibles en evidencia.

La persona proponente de una opinión o inferencia fundamentada en hechos o datos que no sean admisibles de otra manera, no revelará al Jurado esos hechos o datos, a menos que el Tribunal determine que su valor probatorio para asistir al Jurado en la evaluación del testimonio pericial es sustancialmente mayor que su efecto perjudicial.

El Tribunal Supremo ha expresado que como foro apelativo no estamos obligados a seguir ineludiblemente la opinión, juicio, conclusión o determinación de un perito o facultativo... y que todo tribunal está en plena libertad de adoptar su criterio propio en la

apreciación y evaluación de la prueba pericial y hasta descartar la misma aunque resulte ser técnicamente correcta. *Culebra Enterprises Corp. v. ELA*, 143 DPR 935, 952 (1997).

III

La controversia ante nuestra consideración gira en torno a si el Tribunal de Primera Instancia erró al desestimar la demanda de epígrafe. En esencia, la parte apelante impugnó la apreciación de la prueba testimonial y pericial por parte del foro sentenciador. Por estar íntimamente relacionados, discutiremos los tres señalamientos de error de manera conjunta.

Conforme reseñamos en el Derecho que precede, se presume que el médico ejerció un cuidado razonable en el tratamiento brindado al paciente y le corresponde a la parte demandante, mediante prueba pericial, demostrar que la actuación del médico no cumple con las normas profesionales establecidas. Examinados los hechos del caso a través de la transcripción de la prueba testifical y de la totalidad del expediente apelativo, coincidimos con el foro sentenciador en cuanto que la parte demandante-apelante no demostró que el Dr. Feliciano hubiera actuado de forma negligente durante la primera hospitalización y/o se hubiera apartado de la mejor práctica profesional establecida para el tratamiento de la paciente en cuestión.

A continuación, varios extractos relevantes de la prueba testifical que desfiló durante el juicio en su fondo, comenzando con los testimonios de la parte apelante.

*Joanne Maldonado Colón*¹

¹ Se nos proveyó la grabación del testimonio de la señora Maldonado en el sistema "For The Record".

La señora Maldonado declaró que era enfermera en el Hospital San Lucas de Ponce y que para la fecha de los hechos de epígrafe trabajaba en la Unidad de Cateterismo del referido hospital. También trabajaba en la oficina privada del Dr. Bermúdez Moreno, médico cardiólogo que laboraba para la misma institución hospitalaria. Antes de que acontecieran los hechos ante nuestra consideración, acudía a la consulta médica del Dr. Feliciano, médico internista. Su última visita a la oficina privada del Dr. Feliciano tuvo lugar el 5 de septiembre de 2006, hecho que fue estipulado por las partes. Acerca de su historial clínico, declaró que padecía de lupus y que sufrió una embolia pulmonar, pulmonía y la formación de celulitis y abscesos. Además, indicó que tuvo dos intervenciones quirúrgicas, a saber, una histerectomía y una cirugía de seno.

Relató que el 6 de agosto de 2007, mientras se encontraba trabajando en el hospital de referencia, sintió un fuerte dolor en el abdomen, en la espalda y que comenzó a sentirse mal. Determinada compañera de trabajo le buscó asistencia médica. Acto seguido, llegaron varios médicos y compañeros de trabajo. La conectaron a un monitor cardíaco y le administraron medicamentos. Indicó que el Dr. Bermúdez fue uno de los galenos que le brindó asistencia y quien dio la orden de admisión. Refirió que el dolor que sentía se agudizaba y se detenía. Adujo que también le realizaron laboratorios y que fue transferida a la Unidad de Cuidado Intensivo. Al día siguiente de haber ingresado al hospital, el Dr. Feliciano la examinó. Alegó que el Dr. Feliciano la visitaba diariamente, pero no pudo precisar qué tratamiento le brindó. La señora Maldonado también fue diagnosticada con determinada lesión o condición lumbar.

Continuó declarando que no recordaba haber visto al Dr. Dereck Colón, médico fisiatra, pero atestó que recibió terapia física para su condición de la espalda. Adujo que previo y durante su hospitalización, tomaba a diario el medicamento anticoagulante Coumadin. La dosis variaba entre 10 y 15 miligramos. Declaró que llevaba años tomándolo y que se lo recetó determinado neumólogo, a raíz de haber sufrido una embolia pulmonar. Lo conseguía a través de recetas médicas expedidas por el Dr. Bermúdez y el Dr. Zambrana, médico neumólogo, o de manos de propagandistas médicos. Nunca se atendió con el Dr. Feliciano con relación a los niveles de INR y/o coagulación, sino que para eso acudía al Dr. Zambrana. El Dr. Zambrana era quien monitoreaba sus niveles de INR y el efecto del anticoagulante Coumadin previo a su ingreso al hospital, mientras que el Dr. Bermúdez hizo lo propio a lo largo de la primera hospitalización.

Durante la hospitalización también le administraron medicamentos para el dolor y le colocaron un “foley” o catéter urinario. En determinada ocasión observó la presencia de sangre en su orina. El 13 de agosto de 2007 le dieron de alta. El Dr. Feliciano y el Dr. Bermúdez la visitaron ese día y ambos consintieron al alta médica. Alegó que pidió que no le dieran de alta, porque todavía se sentía mal y que tenía dolor en el abdomen y en la espalda. Estas alegadas dolencias no se constatan en el récord médico. Continuó declarando que el Dr. Feliciano le indicó que “no tenía nada”. La testigo reconoció que los medicamentos que le administraron le brindaron alivio y que tras el alta se fue a su casa. Durante la mañana del día siguiente refirió que volvió a sentirse mal y que fue trasladada nuevamente al hospital.

Luego procedió a declarar sobre el contenido del expediente médico. Según atestó, en la hoja de registro se consignó que fue admitida al Hospital San Lucas el 6 de agosto de 2007 porque presentaba dolor severo en la espalda e intoxicación con el medicamento Coumadin y se identificó al Dr. Feliciano como su médico primario o de cabecera. Por su parte, el Dr. Feliciano reportó en el historial médico que la queja principal de la paciente era dolor de espalda de tres días de evolución.

Según las notas de enfermería, la primera vez que la paciente refirió tener dolor en el abdomen fue a las 7:00 de la noche del 6 de agosto de 2007. También refirió dolor en la espalda. A las 8:00 de la noche refirió dolor intenso de abdomen y de espalda. A las 9:00 de la noche refirió que continuaba con dolor severo en la espalda y en el abdomen. A las 9:45 de la noche se consignó que se bajó a la paciente para realizarle un CT Scan abdomino-pélvico. Al día siguiente, el 7 de agosto de 2007, a la 1:00 de la mañana refirió dolor intenso en espalda, abdomen y piernas. A las 3:00 de la mañana refirió un poco de mejoría del dolor. A las 3:30 de la tarde sólo refirió dolor de espalda. De modo que, la última vez que refirió tener dolor en el abdomen fue el 7 de agosto de 2007 a la 1:00 de la mañana.

De otra parte, en el encasillado correspondiente a *comodidad* que se identifica en las notas de progreso se reseñó que durante los tres turnos del 8 al 13 de agosto de 2007 la paciente no refirió dolor. Por su parte, en el encasillado *gastrointestinal* se consignó que durante los tres turnos del 8 al 13 de agosto de 2007 el abdomen de la paciente estaba *blando* (normal); *ni duro ni distendido*. La testigo continuó declarando que del expediente médico también surge que el 13 de agosto de 2007, fecha de alta, el Dr. Feliciano consignó “no

abdominal pain”. Del mismo modo, aceptó que iba a ser dada de alta el 10 de agosto de 2007, pero que el alta fue pospuesta porque presentó hematuria (sangre en la orina).

Dr. Edwin Miranda Aponte

El Dr. Miranda, médico generalista, testificó sobre los expedientes clínicos de la señora Maldonado, correspondientes a una primera hospitalización en el Hospital San Lucas de Ponce que tuvo lugar entre el 6 y 13 de agosto de 2007 y una segunda hospitalización en la referida institución hospitalaria entre el 14 de agosto y 14 de septiembre de 2007.² De entrada, el Dr. Miranda declaró sobre el historial médico de la paciente de epígrafe. Particularmente, refirió lo siguiente: “se trata de una paciente con historial de una serie de condiciones, entre ellas, una embolia pulmonar secundaria a una tromboflebitis y un síndrome antifosfolípido, que son condiciones que generan las indicaciones para estar anticoagulada y de hecho tomaba el medicamento Coumadin que es Warfarina Sódica. Sufre de un súbito dolor de espalda y dolor abdominal por lo cual es hospitalizada”.³

La primera hospitalización obedeció a una elevación de valor del INR (índice internacional normalizado).⁴ Explicó que la prueba del INR mide cuánto tarda la sangre en coagular y que el rango normal era desde 2.0 a 3.0 segundos.⁵ El 6 de agosto de 2007, fecha en que la señora Maldonado fue admitida al hospital, tenía un INR de 6.7.⁶ Ante ello, se ordenó transfundir plasma para revertir los efectos del Coumadin.⁷ Al día siguiente los valores del INR estaban

² Transcripción de la prueba oral de 4 de noviembre de 2014, Tomo I, pág. 6.

³ T.P.O. pág. 13.

⁴ T.P.O. págs. 13-14.

⁵ T.P.O. pág. 14.

⁶ T.P.O. pág. 15.

⁷ T.P.O. págs. 15-16.

por debajo de los niveles anticipados.⁸ El testigo también mencionó que la paciente reflejó una disminución de la hemoglobina de casi dos grados compatible con un posible sangrado sobre el cual no se indagó.⁹

Según se desprende del récord médico y conforme fue estipulado por las partes, el Dr. Bermúdez fue quien dosificó a la paciente y estuvo a cargo del manejo y suministro del medicamento Coumadin durante la primera hospitalización.¹⁰ El testigo entiende que durante la primera hospitalización se sobredosificó a la paciente y que se le dio de alta prematuramente, cuando sus niveles de INR aún estaban elevados.¹¹

Hacemos un paréntesis para destacar que las partes estipularon que el Dr. Feliciano no intervino con la paciente de epígrafe durante la segunda hospitalización.¹² Sobre esa segunda hospitalización, el testigo declaró que la paciente llegó al hospital al día siguiente de alta, esto es, el 14 de agosto de 2007, en un estado de “shock” hipovolémico a causa de una hemorragia interna.¹³ Hubo que realizarle una laparotomía exploratoria.¹⁴ El diagnóstico fue rotura de quiste ovárico hemorrágico.¹⁵ Se extirpó la trompa y el ovario y se evacuó entre 2,000 a 2,500 mililitros de sangre de la cavidad pélvico abdominal.¹⁶ La hemorragia fue de grado “superlativo”.¹⁷ En suma, a juicio del galeno, no se le dio suficiente importancia al cuadro clínico de la paciente.¹⁸ Reiteró que la disminución de la hemoglobina era cónsona con un sangrado

⁸ T.P.O. pág. 16.

⁹ *Íd.*

¹⁰ T.P.O. pág. 51.

¹¹ T.P.O. págs. 46, 76-77.

¹² T.P.O. pág. 95.

¹³ T.P.O. págs. 94-95

¹⁴ T.P.O. pág. 99.

¹⁵ *Íd.*

¹⁶ *Íd.*

¹⁷ T.P.O. pág. 100.

¹⁸ T.P.O. pág. 109.

interno.¹⁹ Opinó que a la paciente se le dio de alta precipitadamente con unos niveles de INR por encima de lo normal (sobre coagulada) y que si se hubiese disminuido la dosis de Coumadin la hemorragia se hubiese mitigado.²⁰

Refirió que la paciente de autos tomaba Coumadin, como consecuencia de un tromboembolismo previo a los hechos de epígrafe.²¹ Debía tomarlo de por vida para evitar la formación de trombo émbolos.²² Explicó que la persona que tome Coumadin está más propensa a sangrados hemorrágicos que cualquier otra persona que no tome el referido medicamento.²³ Las partes estipularon que quien único estuvo a cargo de administrar, ordenar y supervisar el tratamiento de Coumadin fue el Dr. Bermúdez.²⁴ El 7 de agosto de 2007 a las 9:00 de la mañana la paciente no refirió dolor abdominal.²⁵ El Dr. Bermúdez fue quien admitió a la paciente.²⁶ Dicho galeno le diagnosticó dolor de espalda severo, intoxicación con Coumadin y síndrome antifosfolípido; no hizo mención alguna sobre dolor abdominal.²⁷ La paciente fue admitida a la unidad de cuidado de intensivo mediante orden telefónica del Dr. Bermúdez.²⁸ El Dr. Bermúdez expidió múltiples órdenes médicas sin que se evidenciara comunicación alguna con el Dr. Feliciano.²⁹ El Dr. Bermúdez se mantuvo dosificando a la paciente a lo largo de la hospitalización.³⁰ Luego del 7 de agosto no se hizo referencia alguna de dolor abdominal en el récord médico.³¹ Luego de esto, la

¹⁹ *Íd.*

²⁰ T.P.O. págs. 112-113.

²¹ T.P.O. pág. 116.

²² T.P.O. pág. 117.

²³ *Íd.*

²⁴ T.P.O. págs. 129-130, 132.

²⁵ T.P.O. pág. 139.

²⁶ T.P.O. pág. 142.

²⁷ T.P.O. pág. 145.

²⁸ T.P.O. pág. 147.

²⁹ T.P.O. págs. 163-164.

³⁰ T.P.O. págs. 166-173.

³¹ T.P.O. pág. 176.

paciente dejó de quejarse de dolor abdominal.³² Los parámetros del laboratorio establecen que una hemoglobina entre 11.7 y 15.5 es normal y admitió que la paciente se mantuvo dentro de ese rango.³³

El Dr. Bermúdez ordenó un CT Scan abdomino-pélvico a raíz del dolor abdominal.³⁴ El resultado del CT Scan fue negativo.³⁵ Explicó que el CT Scan tiene una resolución extraordinaria para detectar líquidos, en cuyo caso, un sangrado se hubiera podido detectar.³⁶ También hubiese servido para detectar una obstrucción o torsión de ovario.³⁷ Luego del 7 de agosto, la única queja fue dolor de espalda, razón por la cual también se ordenó CT Scan lumbosacral.³⁸ El CT Scan reflejó una protrusión de núcleo pulposo comprimiendo el saco tecal a nivel de L4-L5 y L5-S1, lo que produce dolor severo.³⁹

El 7 de agosto el Dr. Feliciano refirió: “no active bleeding”.⁴⁰ En la pág. 11 del récord médico con fecha de 9 agosto se reseña “discos vertebrales con protrusión” y en la pág. 12 se refiere “dolor severo en la espalda debido a enfermedad disco génica”.⁴¹ El alta estaba prevista para el 10 de agosto, pero se dejó sin efecto porque la paciente presentó hematuria.⁴² El testigo reconoció que el Dr. Bermúdez también accedió a dar de alta a la paciente.⁴³ Explicó que cuando el CT Scan abdominal resulta negativo, no hay líquido, masa, ni distensión.⁴⁴ Después del CT Scan la paciente no volvió a referir dolor abdominal.⁴⁵ El único tratamiento que se constata

³² T.P.O. pág. 198.

³³ T.P.O. pág. 181.

³⁴ Transcripción de la prueba oral de 6 y 7 de noviembre de 2014, Tomo II, pág. 9.

³⁵ T.P.O. pág. 11.

³⁶ T.P.O. pág. 12.

³⁷ T.P.O. pág. 13.

³⁸ T.P.O. pág. 14.

³⁹ T.P.O. pág. 15.

⁴⁰ T.P.O. pág. 19.

⁴¹ T.P.O. pág. 24.

⁴² T.P.O. pág. 26.

⁴³ T.P.O. pág. 28.

⁴⁴ T.P.O. pág. 42.

⁴⁵ T.P.O. pág. 45.

después del 7 de agosto fue dirigido al dolor en el área lumbosacral.⁴⁶ Cuando la paciente presentó hematuria se le dieron medicamentos para tratar una posible infección urinaria.⁴⁷ En su opinión, el “foley” pudo haber sido la fuente de la hematuria.⁴⁸

A juicio del testigo, el Coumadin no provocó el quiste, pero causó que la hemorragia fuera mayor.⁴⁹ Explicó que cuando comienza un proceso de un quiste ovárico torsionado no hay nada que lo detenga y va a terminar hemorrágico.⁵⁰ Esa es su evolución natural y el único tratamiento que hay es quirúrgico.⁵¹ Ello, para detener el sangrado.⁵² Aceptó que cuando se hizo el CT Scan el quiste no se había roto porque no se reflejó evidencia de sangrado.⁵³ El testigo no pudo asegurar en qué momento exacto se empezó a llenar de sangre el quiste ni cuándo se torció.⁵⁴ Reiteró que durante la primera hospitalización el quiste no se reventó.⁵⁵ Reconoció que la intervención del Dr. Feliciano no tuvo nada que ver con que la paciente hubiese desarrollado un quiste hemorrágico.⁵⁶ “Eso es imposible”, agregó.⁵⁷ Declaró que un quiste ovárico no da síntomas.⁵⁸ Muchos son asintomáticos y se resuelven espontáneamente.⁵⁹ Aceptó que el 14 de agosto, fecha en que la señora Maldonado regresó al hospital, tenía un INR de 2.19, que es normal para los parámetros de coagulación con Coumadin.⁶⁰ Reseñó que la presencia de un quiste suele detectarse en el CT

⁴⁶ T.P.O. pág. 46.

⁴⁷ T.P.O. pág. 47.

⁴⁸ *Íd.*

⁴⁹ T.P.O. pág. 52.

⁵⁰ *Íd.*

⁵¹ *Íd.*

⁵² T.P.O. pág. 53.

⁵³ T.P.O. pág. 62.

⁵⁴ *Íd.*

⁵⁵ T.P.O. pág. 68.

⁵⁶ *Íd.*

⁵⁷ *Íd.*

⁵⁸ T.P.O. pág. 69.

⁵⁹ *Íd.*

⁶⁰ T.P.O. págs. 115-116.

Scan.⁶¹ Señaló que el Dr. Bermúdez fue quien estuvo a cargo de ordenar las pruebas diarias del INR.⁶²

Dr. Manuel Pérez Pabón

El Dr. Pérez, médico especialista en medicina interna, comenzó su testimonio declarando sobre el historial médico de la paciente. Señaló que la señora Maldonado tenía historial de lupus sintético, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, hipertensión, problemas de ovario con un ovario extirpado previo.⁶³ Refirió que el Dr. Feliciano admitió a la paciente y fungió como “admitting physician” o médico de cabecera, que por definición es el médico encargado del cuidado coordinado y continuo del paciente durante su hospitalización, permaneciendo el Dr. Bermúdez en calidad de consultor.⁶⁴ Manifestó que la señora Maldonado llegó al hospital con valor crítico del INR.⁶⁵ Opinó que la paciente recibió una dosis excesiva de anticoagulantes.⁶⁶ Explicó que el INR es un valor numérico que se le da a una prueba que identifica cuán fácil se coagula la sangre de una persona.⁶⁷ Entiende que el dolor abdominal obedeció a que “el quiste que empezó a sangrar, primero poquito, se aguantó y después como se fue anticoagulada pues en menos de 24 horas se torció, rompió y continuó botando sangre”.⁶⁸ Declaró que a mayor valor de INR, mayor el riesgo de sangrado.⁶⁹ Cree que no se le debió dar de alta con un INR de 4, hematuria y los niveles de hemoglobina que reportó la paciente.⁷⁰ Juzgó que el mal manejo de la primera hospitalización fue la causa directa y/o lo

⁶¹ T.P.O. pág. 215.

⁶² T.P.O. pág. 229.

⁶³ Transcripción de la prueba oral de 7 de noviembre de 2014 y 25 de marzo de 2015, Tomo III, pág. 14.

⁶⁴ T.P.O. pág. 15.

⁶⁵ *Íd.*

⁶⁶ T.P.O. págs. 19-20.

⁶⁷ T.P.O. pág. 23.

⁶⁸ T.P.O. pág. 35.

⁶⁹ T.P.O. pág. 36.

⁷⁰ T.P.O. pág. 39.

que provocó hemorragia en la segunda hospitalización.⁷¹ Conforme alegó, “casi se desangró por sobre anticoagulación”.⁷²

Reconoció que acorde con el historial médico, la única queja que la paciente presentó fue dolor en la espalda.⁷³ Dolor de espalda de tres días de evolución.⁷⁴ Esta era una paciente con un historial de trombosis venosa profunda y embolia que requería el uso de Coumadin.⁷⁵ Debía tomarlo diariamente; no tomarlo podía causarle la muerte.⁷⁶ El 6 de agosto, fecha de la admisión (primera hospitalización) no hay queja de dolor abdominal; sino niveles altos de Coumadin.⁷⁷ Se da tratamiento para revertir los niveles de Coumadin.⁷⁸ Se restableció INR con plasma y Vitamina K.⁷⁹ Explicó que por el sólo hecho de estar tomando Coumadin, estaba más propensa a tener un mayor sangrado que una persona que no tomara Coumadin.⁸⁰ La única alternativa de tratamiento que tuvo la paciente fue cirugía.⁸¹ El Dr. Bermúdez fue el encargado de toda orden relacionada con la administración y/o dosificación del Coumadin.⁸² Asimismo, el Dr. Bermúdez monitoreaba los niveles de INR.⁸³ El Dr. Feliciano en ningún momento intervino con el Coumadin.⁸⁴

En la pág. 15 del récord médico se establece que el 12 de agosto la señora Maldonado comenzó a tomar el antibiótico Levaquin para tratar la hematuria (presencia de orina en la

⁷¹ T.P.O. págs. 45-46.

⁷² T.P.O. pág. 46.

⁷³ T.P.O. pág. 76.

⁷⁴ *Íd.*

⁷⁵ *Íd.*

⁷⁶ T.P.O. pág. 77.

⁷⁷ T.P.O. pág. 78.

⁷⁸ T.P.O. pág. 79.

⁷⁹ T.P.O. pág. 83.

⁸⁰ T.P.O. pág. 94.

⁸¹ T.P.O. pág. 96.

⁸² T.P.O. pág. 99.

⁸³ T.P.O. pág. 100.

⁸⁴ T.P.O. pág. 104.

sangre).⁸⁵ El Dr. Bermúdez estuvo a cargo de administrar, ordenar y monitorear el Coumadin.⁸⁶ A juicio del testigo la dosis del 7 de agosto ordenada por el Dr. Bermúdez era totalmente contraindicada e innecesaria.⁸⁷ Reconoció que, en lo pertinente a la hospitalización del 6 al 13 de agosto y la administración y dosificación del Coumadin, la responsabilidad principal recayó en el Dr. Bermúdez.⁸⁸ Opinó que el sangrado de una paciente siempre va a ser mayor cuando toma Coumadin.⁸⁹ Aceptó que el INR de 2.19 del 14 de agosto (fecha en que tuvo lugar la admisión de la segunda hospitalización) era normal.⁹⁰

Tras la cirugía del quiste de 15 de agosto de 2007, le comenzaron a administrar nuevamente Coumadin a la paciente.⁹¹ El monitoreo y manejo del Coumadin en la segunda hospitalización también estuvo a cargo del Dr. Bermúdez.⁹² El testigo opinó que la administración de Coumadin por parte del Dr. Bermúdez durante la segunda hospitalización fue contraindicada.⁹³ El Dr. Feliciano no intervino en la segunda hospitalización (intervino el Dr. Yelton Rosselló).⁹⁴ Aceptó que aunque la paciente presentó una baja en el nivel de la hemoglobina, el referido nivel estaba dentro del rango normal.⁹⁵ Agregó que el nivel de la hemoglobina se mantuvo dentro del rango normal a lo largo de la primera hospitalización.⁹⁶ Reiteró que el CT Scan abdomino-pélvico no reflejó la presencia de líquidos

⁸⁵ T.P.O. pág. 105.

⁸⁶ T.P.O. pág. 109.

⁸⁷ T.P.O. pág. 111.

⁸⁸ T.P.O. pág. 112.

⁸⁹ T.P.O. pág. 114.

⁹⁰ T.P.O. pág. 128.

⁹¹ T.P.O. pág. 137.

⁹² T.P.O. pág. 141.

⁹³ T.P.O. pág. 142.

⁹⁴ T.P.O. pág. 142.

⁹⁵ T.P.O. pág. 150.

⁹⁶ T.P.O. págs. 152-153.

ni de masas.⁹⁷ Tampoco se identificó acumulación de sangre, anomalía ni condición intraabdominal.⁹⁸

Por su parte, el CT Scan lumbosacral reveló que la señora Maldonado padecía de una enfermedad disco génica que se correlacionó con el dolor de espalda que presentó.⁹⁹ El testigo aceptó que el “foley” podía causar hematuria.¹⁰⁰ Reconoció que en el récord no hay un sólo documento que apunte a una “sospecha de sangrado” e hizo referencia a que el 7 de agosto el Dr. Feliciano específicamente estableció que no había “active bleeding”.¹⁰¹ Admitió que la hematuria no es el tipo de sangrado activo que podría provocar una baja en los niveles de hemoglobina.¹⁰²

Por otra lado, por la parte apelada declararon el Dr. José M. Feliciano Pérez (el apelado) y el Dr. Miguel A. Magraner Suárez en calidad de médico perito.

Dr. Miguel A. Magraner Suárez

El Dr. Magraner es especialista en medicina interna. Su informe pericial y testimonio se limitan a la primera hospitalización.¹⁰³ Declaró que la hospitalización de la señora Maldonado obedeció a que tenía los niveles de INR y/o los valores de la coagulación elevados debido a toxicidad o sobredosis del medicamento Coumadin.¹⁰⁴ La paciente fue admitida al servicio del Dr. Feliciano, pero el manejo y tratamiento del Coumadin fue brindado por el Dr. Bermúdez.¹⁰⁵ Declaró que la función del Dr. Feliciano para con la señora Maldonado durante la primera hospitalización fue en calidad

⁹⁷ T.P.O. págs. 154-155.

⁹⁸ T.P.O. pág. 156.

⁹⁹ T.P.O. págs. 156-157.

¹⁰⁰ T.P.O. pág. 168.

¹⁰¹ T.P.O. pág. 238.

¹⁰² T.P.O. pág. 241.

¹⁰³ Transcripción de la prueba oral de 18 y 19 de febrero de 2016, Tomo IV, pág. 47.

¹⁰⁴ T.P.O. págs. 53-54.

¹⁰⁵ T.P.O. pág. 57.

de médico primario.¹⁰⁶ A modo de ejemplo, en los momentos en que la señora Maldonado se quejaba de dolor de espalda, éste atendía esa problemática; consultó a otros médicos y le proveyó el tratamiento correspondiente.¹⁰⁷

Refirió que la señora Maldonado padecía de Lupus y síndrome antifosfolípido o el mal llamado “Lupus anti coagula”.¹⁰⁸ Una de las manifestaciones del síndrome antifosfolípido es que el paciente está hiper coagulable.¹⁰⁹ Por lo tanto, hay que proteger para que no tenga otro evento tromboembólico o embólico (para evitar la formación de coágulos) y se le da Warfarina o Coumadin.¹¹⁰ Estas personas requieren tratamiento de anticoagulación de por vida.¹¹¹ En el caso de la señora Maldonado, al presentar una sobredosis de Coumadin, el 6 de agosto de 2007 se le dio plasma.¹¹² Esto para revertir los niveles que estaban en 6.4.¹¹³ La señora Maldonado también manifestó molestia abdominal (en el abdomen bajo mayormente).¹¹⁴ Asimismo, presentó dolor de espalda intenso o severo y requirió la evaluación de un fisiatra.¹¹⁵ El Dr. Feliciano ordenó un CT Scan de la espalda.¹¹⁶ El Dr. Dereck Colón se hizo cargo del tratamiento.¹¹⁷ El CT Scan reflejó que tenía los discos herniados. (L-4-L-5, L-5-S1).¹¹⁸ A nivel de L-4-L-5, L-5-S1 manifestó protrusión del músculo pulposo comprimiendo el saco tecal.¹¹⁹ Para esa condición se le dieron medicamentos.¹²⁰

¹⁰⁶ T.P.O. pág. 64.

¹⁰⁷ *Íd.*

¹⁰⁸ T.P.O. pág. 72.

¹⁰⁹ T.P.O. pág. 75.

¹¹⁰ *Íd.*

¹¹¹ T.P.O. pág. 76.

¹¹² T.P.O. págs. 79-80.

¹¹³ T.P.O. pág. 80.

¹¹⁴ *Íd.*

¹¹⁵ T.P.O. pág. 81.

¹¹⁶ *Íd.*

¹¹⁷ *Íd.*

¹¹⁸ T.P.O. pág. 82.

¹¹⁹ T.P.O. pág. 85.

¹²⁰ T.P.O. pág. 86.

Las partes estipularon que, acorde con el récord médico, a partir del 8 de agosto la señora Maldonado no presentó dolor abdominal (entre el 8 y el 13 de agosto).¹²¹ Tampoco hay evidencia de quejas y el examen físico reveló que el abdomen de la paciente estaba normal.¹²² En ese sentido, el testigo opinó que no se podía identificar o indagar sobre un síntoma que no estaba ocurriendo.¹²³ Cuando la señora Maldonado presentó dolor abdominal se ordenó un CT Scan abdomino-pélvico.¹²⁴ Esto ayudó a descartar la presencia de un hematoma, sangrado, quistes u otra patología.¹²⁵ El CT Scan resultó negativo.¹²⁶ Tampoco se identificó la presencia de líquido (fuera por inflamación o sangre).¹²⁷ A juicio del testigo, como no hubo queja de dolor (entre el 8 y el 13 de agosto) y el CT Scan descartó que hubiera algún tipo de patología abdominal, “no había que hacer nada más”.¹²⁸ Reiteró que “el único dolor que se refiere en el récord es el dolor de espalda; ninguno relacionado con una posible torsión ovárica”.¹²⁹ Explicó que el dolor de un torsión “es un dolor continuo, persistente, que no se alivia, con unos síntomas bien floridos”.¹³⁰

Agregó que el récord tampoco demostró evidencia de sangrado externo.¹³¹ El único sangrado detectado fue en la orina (hematuria).¹³² Opinó que ello obedeció al uso de Coumadin y a una infección de orina.¹³³ Señaló que la infección de orina pudo haber provocado la molestia abdomino-pélvica.¹³⁴ Reiteró que el manejo

¹²¹ T.P.O. pág. 114.

¹²² T.P.O. pág. 117.

¹²³ *Íd.*

¹²⁴ T.P.O. pág. 118.

¹²⁵ *Íd.*, pág. 130.

¹²⁶ *Íd.*

¹²⁷ T.P.O. págs. 124-125.

¹²⁸ T.P.O. pág. 127.

¹²⁹ T.P.O. pág. 129.

¹³⁰ *Íd.*

¹³¹ T.P.O. pág. 130.

¹³² *Íd.*

¹³³ T.P.O. pág. 136.

¹³⁴ T.P.O. pág. 137.

del Coumadin estuvo a cargo del Dr. Bermúdez exclusivamente.¹³⁵ Las partes estipularon que la señora Maldonado llegó con un INR de 2.19 a su segunda hospitalización, a saber, dentro de los niveles terapéuticos (al día siguiente del alta de la primera hospitalización).¹³⁶ Explicó que el Coumadin tarda de 46 a 72 horas en hacer efecto.¹³⁷ Con respecto a la dosificación, tratamiento y manejo del Coumadin, declaró que los ajustes que realizó el Dr. Bermúdez dieron un buen resultado.¹³⁸

Originalmente, se le iba a dar de alta antes del 13 de agosto, pero se pospuso por la hematuria y el dolor de espalda.¹³⁹ La nota lee: "Patient discharge was cancelled yesterday due to hematuria. With strong, back pain, waiting for a ENG".¹⁴⁰ A su entender, el Dr. Feliciano fue proactivo en el cuidado de la paciente.¹⁴¹ Declaró que los niveles de hemoglobina se mantuvieron dentro del rango normal (11.7-15.5).¹⁴² Reiteró que en el récord no consta evidencia de sangrado interno o externo.¹⁴³ Sostuvo que no había impedimento clínico para darle de alta el 13 de agosto.¹⁴⁴ El que tuviera un INR de 4.6 no era obstáculo para darle de alta.¹⁴⁵ A base de su experiencia clínica, un paciente con ese nivel no tiene riesgo de sangrado.¹⁴⁶ Hizo hincapié en que a la fecha del alta se examinó el abdomen y estaba normal.¹⁴⁷

Declaró que un día más en el hospital no hubiese evitado la ruptura del quiste.¹⁴⁸ Según explicó, "eso es un proceso natural de

¹³⁵ T.P.O. pág. 144.

¹³⁶ T.P.O. pág. 165.

¹³⁷ T.P.O. pág. 184.

¹³⁸ T.P.O. pág. 190.

¹³⁹ T.P.O. pág. 212.

¹⁴⁰ T.P.O. pág. 214.

¹⁴¹ T.P.O. pág. 217.

¹⁴² T.P.O. págs. 217-218.

¹⁴³ T.P.O. pág. 221.

¹⁴⁴ *Íd.*

¹⁴⁵ *Íd.*

¹⁴⁶ T.P.O. pág. 222.

¹⁴⁷ T.P.O. págs. 222-223.

¹⁴⁸ T.P.O. pág. 223.

la mujer, no hay forma de evitarlo naturalmente. El quiste es un proceso que ocurre después de una ovulación y que se forma posteriormente unos saquitos. Desafortunadamente hay algunos saquitos que sangran. Y ella está tomando Coumadin. Ese sangrado ocurre como un proceso de la naturaleza. En este caso la hemorragia fue mayor. Si no hubiera tenido anticoagulante, que es un medicamento necesario para ella, pues no hubiera sangrado tanto”.¹⁴⁹ “En el caso de ella que usaba Coumadin va a sangrar más. La paciente necesita anticoagulante. Posiblemente [de] por vida por lo que conocemos de su enfermedad. Este medicamento hace que uno sangre más”.¹⁵⁰ “No hay forma de predecir eso, eso es un proceso de su naturaleza como mujer”.¹⁵¹

Destacó que entre el 6 y el 13 de agosto los niveles de hemoglobina de la señora Maldonado fluctuaron (entre 11.9 y 13.7).¹⁵² Atribuyó tales fluctuaciones a la posible existencia de un margen de error en los laboratorios, así como a la hemodilución por los líquidos intravenosos.¹⁵³ Recalcó que dichos resultados eran normales y que no se trata aquí de cambios significativos o alarmantes.¹⁵⁴ Por otro lado, declaró que si un paciente arroja un INR entre 2 y 4 no lo considera un resultado peligroso (sino que sabe que estaba anticoagulado).¹⁵⁵ El 13 de agosto (fecha del alta de la primera hospitalización) la paciente arrojó 4.32.¹⁵⁶ Opinó que ese nivel “está elevado, no es pánico, tengo que hacer ajuste”.¹⁵⁷ Reiteró que el 14 de agosto (fecha de admisión de la segunda

¹⁴⁹ T.P.O. págs. 223-224.

¹⁵⁰ T.P.O. pág. 224.

¹⁵¹ T.P.O. pág. 225.

¹⁵² T.P.O. págs. 225, 227.

¹⁵³ T.P.O. págs. 225-226.

¹⁵⁴ T.P.O. pág. 227.

¹⁵⁵ T.P.O. pág. 242.

¹⁵⁶ T.P.O. pág. 245.

¹⁵⁷ *Íd.*

hospitalización) el INR estaba en 2.19, esto es, dentro del parámetro normal (2.0-3.0).¹⁵⁸

*Dr. José Manuel Feliciano Pérez*¹⁵⁹

El Dr. Feliciano, especialista en medicina interna, declaró que la primera vez que intervino con la señora Maldonado fue el 8 de septiembre de 2003 en su práctica privada (a causa de una bronconeumonía). La última visita a su práctica privada tuvo lugar el 5 de septiembre de 2006 (por dolor de espalda, embolia pulmonar, hipertensión y reflujo). En el ínterin de ambas visitas ocurrieron otras nueve. Sostuvo que nunca medicó a la señora Maldonado con Coumadin.

El 6 de agosto de 2007 (fecha de admisión de la primera hospitalización) no tuvo contacto con la señora Maldonado. Señaló que la paciente fue admitida por el Dr. Bermúdez, quien complementó la orden de admisión. Manifestó que el médico de cabecera es quien admite a la paciente. Sostuvo que en este caso el Dr. Bermúdez fungió como médico de cabecera. Advino en conocimiento de la admisión de la señora Maldonado porque una enfermera lo llamó y se lo informó. Él le indicó a la enfermera que no iba a aceptar el caso de la señora Maldonado porque no era su paciente y no había sido él quien la había admitido al hospital. Tampoco conocía la razón por la cual la paciente había sido admitida al hospital. Según declaró: “no sabía lo que estaba pasando”. La enfermera le dijo que se lo iba a notificar a la paciente. Al día siguiente, 7 de agosto, el Dr. Feliciano acudió a la Unidad de Cuidado Intensivo a ver a la señora Maldonado “porque la conocía”. La señora Maldonado le dijo “que la viera, que el Dr. Bermúdez no

¹⁵⁸ T.P.O. pág. 246.

¹⁵⁹ Se nos proveyó la grabación del testimonio del Dr. Feliciano en el sistema “For The Record”.

hospitalizaba a pacientes”. Asimismo, le indicó que la habían admitido con intoxicación con Coumadin y que el Dr. Bermúdez se estaba haciendo cargo del manejo del medicamento.

Declaró que tenía a varios pacientes que tomaban Coumadin, pero que él no era el encargado de medicar o dosificarlos. Explicó que quienes se encargan de esto son los médicos cardiólogos y los hematólogos. Reiteró que el Dr. Bermúdez fue quien dio la orden de admisión de la señora Maldonado. Su primera intervención con la paciente fue el 7 de agosto por “dolor de espalda severo”. El otro diagnóstico de admisión fue intoxicación con el medicamento Coumadin. Subrayó que no tuvo injerencia alguna con el manejo y dosificación del Coumadin durante la hospitalización. Recalcó que quien suele encargarse de eso es el cardiólogo.

Indicó que en atención al dolor de espalda que refirió la señora Maldonado, ordenó un CT Scan lumbosacral y le recetó determinados medicamentos para aliviar el dolor. Además, refirió a la paciente al Dr. Colón (fisiatra) para el correspondiente tratamiento. Por su parte, el Dr. Bermúdez ordenó un CT Scan abdomino-pélvico, cuyo resultado fue negativo. El testigo opinó que la presencia de un quiste, masa, líquido o sangrado se hubiera manifestado en el CT Scan. Subrayó que cuando dieron de alta a la paciente, ésta no refirió tener dolor abdominal. Declaró que el alta fue pospuesta a raíz de la hematuria. Atribuyó la hematuria al Coumadin, al “foley” y a una infección urinaria que sufrió la paciente. Hizo hincapié en que su intervención con la paciente se limitó a tratar la infección de orina y la conjuntivitis que contrajo, y a medicarla para el dolor antes de que la viera el fisiatra. Reiteró que nada tuvo que ver la dosificación de Coumadin y/o la regulación de

los niveles de INR (tales resultados sólo se le notificaban al Dr. Bermúdez).

Luego de evaluar la prueba testifical antes esbozada, coincidimos con la determinación del foro primario de desestimar la presente causa. El expediente de epígrafe está huérfano de prueba que apoye las alegaciones de la parte apelante. La parte apelante, quien tenía el peso de la prueba, no probó que el Dr. Feliciano hubiera incurrido en negligencia y/o se hubiera apartado de la mejor práctica de la medicina durante la primera hospitalización (6 al 13 de agosto de 2007).¹⁶⁰ Veamos.

La prueba desfilada y creída por el Tribunal de Primera Instancia e identificada anteriormente estableció que la señora Maldonado fue admitida al hospital el 6 de agosto de 2007 por **dolor de espalda e intoxicación con el medicamento anticoagulante Coumadin**. La paciente de autos tomaba Coumadin como consecuencia de un tromboembolismo que sufrió previo a los hechos de epígrafe. Deberá tomarlo de por vida para evitar la formación de trombo émbolos. **La persona que tome este medicamento está más propensa a sangrados hemorrágicos que cualquier otra persona que no lo tome.**

El Dr. Bermúdez fue quien dio la orden de admisión al hospital. El dolor de espalda obedeció a una condición lumbosacral. Este hallazgo fue atendido por el Dr. Feliciano, quien refirió a la paciente al Dr. Colón, fisiatra, para el tratamiento correspondiente. Por su parte, el Dr. Bermúdez, cardiólogo, intervino con la intoxicación con Coumadin, pues según se estableció, los cardiólogos tienen el “expertise” para la administración de dicho

¹⁶⁰ Es un hecho incontrovertido que el Dr. Feliciano no intervino con la paciente de epígrafe durante la segunda hospitalización. Durante la segunda hospitalización (14 de agosto al 14 de septiembre de 2007), se le realizó una laparotomía exploratoria. El diagnóstico fue rotura de quiste ovárico hemorrágico.

medicamento. Huelga destacar que el Dr. Bermúdez fue **quien único estuvo a cargo de la dosificación del Coumadin y de la supervisión de los niveles de coagulación de la paciente**. Este hecho fue estipulado por las partes. Asimismo, surge de la prueba que el personal de enfermería notificaba los niveles de coagulación de la paciente (INR) al Dr. Bermúdez. El Dr. Feliciano en ningún momento intervino o tuvo injerencia con este particular. La intervención del Dr. Feliciano, internista, se limitó a atender problemas médicos básicos. Particularmente, trató la infección de orina y la conjuntivitis que contrajo la paciente y la medicó para el dolor antes de que la viera el fisiatra, por lo que no puede la parte apelante imputarle responsabilidad alguna en cuanto al manejo del Coumadin y/o los niveles de coagulación de la paciente.

También coincidimos con el foro primario en cuanto a que la decisión de dar de alta a la paciente el 13 de agosto de 2007 no fue prematura. El alta original iba a ser el 10 de agosto de 2007, pero fue pospuesta debido a que la paciente presentó hematuria. La hematuria (presencia de sangre en la orina) se atribuyó al Coumadin, al "foley" (provoca la presencia de sangre en la orina en pequeñas cantidades) y a una infección urinaria que sufrió la paciente. El Dr. Feliciano trató la hematuria. Del expediente médico no surge que dicho problema hubiera persistido a la fecha en que se ordenó el alta (13 de agosto de 2007).

La prueba también estableció que, aunque los niveles de hemoglobina de la paciente fluctuaron, siempre se mantuvieron dentro del rango normal (11.7 y 15.5). Es importante agregar que la hematuria documentada en el récord médico no es evidencia del tipo de sangrado activo y sustancial que provoca una baja en los niveles de hemoglobina de un paciente.

En cuanto a los niveles de coagulación, el Dr. Magraner opinó que, aunque el INR a la fecha del alta (el 13 de agosto de 2007 arrojó un INR de 4.32) no estaba al nivel terapéutico deseado, la paciente no corría peligro y se le podía dar de alta. Explicó que la paciente se encontraba en un proceso de ajuste, toda vez que al día siguiente (14 de agosto de 2007, fecha de la segunda hospitalización), el INR de la señora Maldonado ya estaba en 2.19, lo que implica que sus niveles de coagulación estaban dentro del parámetro normal. Este hecho fue estipulado por las partes.

Por último, en cuanto al dolor abdominal, conforme reseñamos previamente, la primera vez que la paciente refirió tener dolor en el abdomen fue durante la noche del 6 de agosto de 2007. A las 9:45 de la noche se consignó en el récord médico que se le realizó un CT Scan abdomino-pélvico a la paciente. **Este resultó negativo. No detectó la presencia de líquidos o sangrado, tampoco de alguna masa o quiste.** Al día siguiente, el 7 de agosto de 2007, a la 1:00 de la mañana refirió dolor intenso en espalda, abdomen y piernas. A las 3:00 de la mañana refirió un poco de mejoría del dolor. A las 3:30 de la tarde sólo refirió dolor de espalda. De modo que, **la última vez que refirió tener dolor en el abdomen fue el 7 de agosto de 2007 a la 1:00 de la mañana.** A partir del 8 de agosto la señora Maldonado no presentó dolor abdominal (entre el 8 y el 13 de agosto), hecho que fue estipulado por las partes. En el récord médico también se consignó que durante los tres turnos del 8 al 13 de agosto de 2007 el abdomen de la paciente estaba *blando* (normal); *ni duro ni distendido*. Por su parte, en la nota de alta el Dr. Feliciano consignó “no abdominal pain”.

A la luz de lo anterior, la parte apelante no puede alegar que se le dio de alta prematuramente. Del expediente médico no surge

que a la fecha del alta la paciente hubiera presentado hematuria, dolor abdominal, un sangrado activo o una baja sustancial en los niveles de hemoglobina. Por el contrario, los niveles de hemoglobina siempre se mantuvieron dentro de los parámetros normales, mientras que el INR alcanzó el nivel terapéutico al día siguiente del alta. Tampoco se detectó, a través de un CT Scan, la presencia de un quiste o alguna otra anomalía que impidiera dar de alta a la paciente el 13 de agosto de 2007.

Así pues, concordamos con el foro primario en cuanto a que la segunda hospitalización el 14 de agosto de 2007 obedeció a un suceso diferente y aislado. Acorde con la prueba pericial de ambas partes, la torsión de un quiste ovárico hemorrágico es un proceso natural que no puede evitarse ni predecirse y el único tratamiento es quirúrgico. Tómese en cuenta, además, que la señora Maldonado estaba más propensa a un evento hemorrágico, como el presente, debido al efecto del Coumadin, medicamento que requería para tratar una condición preexistente (estado de hipercoagulabilidad o síndrome antifosfolípido).

En ausencia de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto, no se justifica nuestra intervención con la apreciación de la prueba por parte del foro apelado.

IV

Por los fundamentos antes expuestos, confirmamos 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