

**Estado Libre Asociado de Puerto Rico
EN EL TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE AIBONITO, ARECIBO Y UTUADO
Panel XI**

**RAFAEL MONTALVO
ARROYO Y OTROS**

Apelados

V.

**ESTADO LIBRE
ASOCIADO DE PUERTO
RICO Y OTROS**

Apelantes

KLAN201500856

KLAN201500867

KLAN201500868

KLAN201500871

KLAN201500876

KLAN201500879

KLCE201500960

Apelación

procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Arecibo.

Caso Núm.:
C DP2002-0296

Sobre:
Daños y Perjuicios

Panel integrado por su presidente, el Juez González Vargas, la Juez Cintrón Cintrón y la Jueza Vicenty Nazario.

Vicenty Nazario, Jueza Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico a 29 de febrero de 2016.

Corresponde a este foro apelativo revisar la Sentencia emitida por el Tribunal de Primera Instancia, Sala de Arecibo (TPI, foro de instancia o foro primario), el 4 de febrero de 2015, y notificada el 24 de febrero de 2015¹ en el caso de epígrafe. Mediante el referido dictamen el TPI declaró Ha Lugar la demanda sobre daños y perjuicios presentada por los esposos Rafael Montalvo Arroyo² y Josefa Laureano González por sí y en representación de la sociedad legal de gananciales compuesta por ambos y de su hijo menor de edad Heriberto Montalvo Laureano (en conjunto, parte demandante apelante) por negligencia médica contra el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA o el Estado), el Hospital Regional de Arecibo, Dr. Cayetano Coll y Toste, y los doctores que atendieron a Heriberto Montalvo Laureano el día de su nacimiento. Entre los codemandados se encontraban los doctores William Pérez Cruz, Edwin Soto Tapia, Rolando Irizarry, y Toledo³ así

¹ Originalmente la sentencia fue archivada en autos el 17 de febrero de 2015. No obstante, el 24 de febrero de 2015 se emitió notificación enmendada tras el foro de instancia percatarse que la sentencia no había sido notificada al ELA.

² Rafael Montalvo Arroyo falleció el 25 de noviembre de 2007 y fue sustituido por sus únicos herederos hijos, Rafael y José Montalvo Laureano y Josefa Laureano González en la cuota viudal usufructuaria. El TPI autorizó la sustitución de parte el 17 de diciembre de 2007.

³ De la transcripción del juicio presentada ante nos, se desprende que la Dra. Toledo realizaba su residencia para la fecha de los hechos en controversia.

como otros tres galenos de nombres desconocidos. También se incluyó a las sociedades legales de gananciales de los galenos y una sociedad, corporación y aseguradora de nombre desconocido.

Tras la celebración del juicio en su fondo el TPI, ordenó a los codemandados el pago solidario de la suma de \$300,000.00⁴ a Heriberto Montalvo Laureano y \$100,000.00 a la codemandante Josefa Laureano González por angustias mentales y morales.⁵ Adjudicó 40% de responsabilidad al Dr. William Pérez Cruz; y 20% a los codemandados Dra. María de los A. Figueroa, Dr. Rolando Irizarry, Dr. Edwin Soto Tapia⁶, a éste último de forma vicaria por ser el supervisor y director de los demás galenos codemandados.

Inconformes con el dictamen emitido tanto los codemandados como los codemandantes apelaron la determinación del foro de instancia. En aras de cumplir con la economía procesal y por solicitar la revisión de una misma sentencia, consolidamos los recursos de apelación presentados. Igual acción efectuamos con la petición de *certiorari* presentada por el ELA en cuanto a la controversia con el reclamo de costas de los codemandantes.

Luego de examinar detenidamente la transcripción de la prueba oral y la evidencia documental, determinamos revocar el dictamen apelado.

⁴ Dicha cantidad se divide de la siguiente forma:

- a. La suma de \$100,000 por sus daños físicos, incluyendo daño permanente al sistema nervioso central, perlesía cerebral, estrabismo y retraso psicomotor significativo.
- b. La suma de \$50,000 por los daños y sufrimientos que tuvo Heriberto luego de sufrir paro cardiorrespiratorio, por haber recibido cuidado intensivo y por haber tenido que permanecer hospitalizado luego de su nacimiento desde el 1ro hasta el 22 de mayo de 1992, siendo sometido a intensos tratamientos, recibiendo múltiples medicamentos y estar conectado por varios días a un ventilador mecánico.
- c. La suma de \$50,000 por haber tenido que ser sometido a dos procedimientos quirúrgicos para corregir su estrabismo.
- d. La suma de \$50,000 por haber tenido que ser sometido a evaluaciones y terapias físicas, ocupacionales y del habla, durante 17 años.
- e. Finalmente, la suma de \$50,000 por estar limitado en sus oportunidades académicas, sociales y de trabajo por su grado de incapacidad física y mental.

⁵ Debido a que no se presentó prueba alguna sobre los daños sufridos por Rafael Montalvo Arroyo, padre de Heriberto, no se concedió suma alguna a sus herederos por dicho concepto.

⁶ Durante el juicio el TPI confirmó que la prueba a presentarse en cuanto al Dr. Soto Tapia se limitaría exclusivamente a las alegaciones por la responsabilidad vicaria del Dr. Soto Tapia y no por negligencia. Especificó el TPI que ello era cónsono con las determinaciones emitidas tanto por el foro de instancia como el Tribunal de Apelaciones, caso KLCE200900895, que limitaba dicho descubrimiento a tales efectos. Véase TPO del 2 de noviembre de 2012, págs. 95-122.

I.

Conforme al expediente ante nuestra consideración, a continuación detallamos únicamente los hechos pertinentes y necesarios para resolver las controversias presentadas ante este foro revisor.

El 30 de abril de 1992, la codemandante Josefa Laureano, quien contaba con $37 \frac{4}{7}$ semanas de embarazo, fue admitida al Hospital Regional de Arecibo, Dr. Cayetano Coll y Toste⁷, con el fin de efectuarle una cesárea.⁸ Se detalló en la Orden de admisión que padecía de diabetes gestacional, por lo cual se le ordenó dieta diabética de 2,000 calorías.

El día después, 1ro de mayo de 1992, a las 9:10 a.m., la señora Josefa Laureano, dio a luz mediante cesárea al menor Heriberto Montalvo Laureano (Heriberto Montalvo). El parto fue asistido por el Dr. William Pérez Cruz, quien era el pediatra que laboraba en el Hospital de 8:00 am a 12:00 md. El Dr. Pérez Cruz fue quien midió, pesó, y realizó la prueba de APGAR⁹ al niño. En dicha prueba le adjudicó una evaluación de 8/9, lo cual significa que Heriberto nació en buenas condiciones. Debido a que Heriberto pesó 8 libras con 5 onzas, fue clasificado como un niño “grande para su edad gestacional” la cual era $37 \frac{4}{7}$ semanas. Luego de su nacimiento, Heriberto fue trasladado al área de niños sanos¹⁰ de la Sala de Recién Nacidos¹¹ de la referida

⁷ Este hospital era administrado por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

⁸ Esta no era la primera ocasión que la Sra. Laureano se personaba al mencionado Hospital con el fin de dar a luz. Surge del expediente que el 17 de septiembre de 1990, la Sra. Laureano dio a luz en el Hospital Regional de Arecibo, mediante cesárea a Rafael Montalvo Laureano. Rafael nació después de las 40 semanas de gestación con un peso de 8 lb y 3 oz. Durante el embarazo de Rafael no se hizo mención alguna de diabetes gestacional. A Rafael se le realizaron pruebas de glucosa. La primera prueba fue realizada a la media hora de nacer y arrojó un resultado de 20 mg/dl. La segunda prueba se le realizó a las tres horas de nacido y generó el mismo resultado: 20 mg/dl. Se identificó a Rafael como un bebé activo y chupándose 3 oz de leche. La tercera lectura se realizó a las siete horas y media de nacido con un resultado de 67 mg/dl. La cuarta prueba se efectuó a las 24 horas de nacido con una medida de 76 mg/dl. Rafael fue monitoreado con glucosa seriada, le dieron alimentación temprana y lograron sacarlo del estado hipoglucémico. Rafael no convulsionó, no se puso cianótico ni presentó anomalía alguna. El tratamiento brindado a Rafael demuestra que en el hospital regional de Arecibo existía un protocolo, escrito o no, para el manejo de bebés con riesgo de hipoglucemia.

⁹ La prueba de APGAR es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé para saber su condición. Se mide el esfuerzo respiratorio; frecuencia cardíaca; tono muscular, reflejos, color de la piel. A cada área se le asigna un valor entre 0 a 2. El puntaje total mayor posible es de 10.

¹⁰ En ocasiones nombrada como el área de “Well- Baby”.

institución hospitalaria y se anotó en su récord que el niño estaba en riesgo de hipoglucemia debido a su peso. En el plan de cuidado de enfermería se incluyó administrarle glucosa por vía oral, fórmula y vigilarlo por posible hipoglucemia.

Aunque el Dr. Pérez Cruz fue el pediatra que atendió al menor en su nacimiento, por ser el Hospital uno de enseñanza el mencionado galeno era asistido por el Dr. Rolando Irizarry, quien realizaba su residencia en el área de pediatría. Así pues, fue el Dr. Irizarry quien, por órdenes del Dr. Pérez Cruz, según éste último testificó, escribió a las 11:00 am la primera orden médica para el cuidado de Heriberto Montalvo en la cual consignó, entre otros detalles, que se le proveyera el protocolo usual para el cuidado de bebés y que se observara por cianosis, dificultad respiratoria, **hipoglucemia**, convulsiones, sangrado del cordón umbilical e ictericia.¹² La mencionada orden fue aprobada por el Dr. Edwin Soto Tapia¹³, neonatólogo, quien era el supervisor de los doctores que laboraron ese día.

El Dr. Irizarry fue quien también realizó la “Nota de admisión” de Heriberto al área de bebés sanos. Lo describió como normo céfalo, alerta, activo, estable y grande para su edad gestacional. Como parte de la evaluación se indicó que se iba a observar durante 24 horas por cambios de coloración, temperatura y para ver evacuaciones y micción. Como plan de cuidado indicó observación y seguimiento de las órdenes médicas.¹⁴

Según surge del expediente médico, a las 9:35 am Heriberto Montalvo fue admitido al área de niños sanos, con potencial de

¹¹ Conforme surge del expediente la administración y operación de la Sección de Neonatología del Hospital estaba a cargo de la Sociedad de Servicios Neonatales del Norte, constituida por el Dr. Soto Tapia y Dr. Humberto Cruz.

¹² Llamamos la atención al hecho de que la primera anotación sobre admisión del expediente de Heriberto Montalvo fue realizada por el Dr. Irizarry a las 8:00 am, sin embargo, Heriberto nació a las 9:10 am por cesárea. Véase pág. 274 del apéndice. Sobre el particular, se aclaró que las notas las realizaban los doctores residentes, pero por órdenes de los doctores “attending”. Durante el juicio se indicó que esa primera nota a las 8:00 am, previo al nacimiento, pudo haber sido un error administrativo.

¹³ Para la fecha de los hechos, el Dr. Edwin Soto Tapia junto al Dr. Humberto Cruz eran los socios de la codemandada Sociedad de Servicios Neonatales del Norte. Dicha entidad operaba, administraba, dirigía y supervisa la sección de neonatología del Hospital Regional de Arecibo.

¹⁴ Véase pág. 332 del apéndice.

hipoglucemia relacionado a su peso de 8 libras y 5 onzas, se colocó bajo lámpara de calor, y la enfermera que le admitió escribió en su nota de esa hora que le daría glucosa STAT¹⁵, luego fórmula y que le observaría “por hipoglucemia”. A las 9:40 am del 1ro de mayo de 1992 se le realizó a Heriberto la prueba de glucosa en sangre la cual arrojó un resultado de **40mg/dl**. A las 10:00 am se le administró la glucosa que sería STAT.

El Dr. Pérez Cruz, pediatra que atendía a Heriberto, se retiró del Hospital a las 12:00 md, pues a esa hora culminaba su jornada laboral allí. Consecuentemente, el Dr. Soto Tapia y la pediatra Dra. Figueroa, quedaron como médicos de cabecera de Heriberto. Conforme surge de la prueba presentada en el juicio, el uso y costumbre era que cuando el Dr. Pérez Cruz se retiraba del Hospital, los bebés que tenía a cargo, tanto en el área de bebés sanos como en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU), le eran “entregados” a la codemandada Dra. Figueroa.

Además, los bebés eran constantemente vigilados, atendidos y cuidados por las enfermeras del área de bebés sanos y NICU, respectivamente. A la 1:00 pm del 1ro de mayo de 1992 a Heriberto le administraron dos onzas de leche (fórmula). La enfermera Zaida Moreno, comenzó su turno de trabajo a las 3:00 pm del 1ro de mayo de 1992. Como parte de su rutina y acompañada por la enfermera que culminaba el turno de 7:00 am a 3:00 pm, inspeccionó los pacientes del área de bebés sanos. Al revisar a Heriberto a las 3:00 pm anotó que se encontraba “en cuna bien abrigado. Activo, llanto fuerte, piel rosada. Se dio aseo genital, se cambió de pañal y de posición. En observación, pendiente dar fórmula”.¹⁶

Aproximadamente a las 4:10 p.m. del día en que nació, Heriberto Montalvo sufrió convulsiones y un arresto cardiorrespiratorio. Surge de las notas de progreso de enfermería:

S- recién nacido.

¹⁵ En el contexto médico significa inmediatamente.

¹⁶ Pág. 395 del apéndice.

O- en cunita bien abrigado. Piel gris. Llanto ausente, respiración y pulso ausente, hipotónico.

A- Paro cardiorrespiratorio relacionado a causa desconocida. Hipotónico relacionado a su condición.

P- Comienza CPR. Notificar médico. Transferir a NICU.

T- Se observa bebe en cunita, piel gris. Se estimula llanto y no responde. Respiraciones y pulso ausente. Se continúa estimulando, se le da masaje cardíaco. Se le notifica a Dr. Irizarry. Se continúa CPR.¹⁷

Luego de asistírsele mediante resucitación cardiopulmonar, la enfermera Moreno le notificó al Dr. Irizarry quien transfirió a Heriberto a la NICU donde se admitió a las 4:12 pm.

La enfermera Moreno describió a Heriberto en paro cardiorrespiratorio, hipotónico, piel grisácea, sin signos vitales y presentando por primera vez movimientos involuntarios o convulsiones.

Ya en NICU, Heriberto fue entubado a las 4:17 pm del 1ro de mayo de 1992 por el Dr. Soto Tapia, quien junto a la Dra. Figueroa se hizo cargo del tratamiento de resucitación. Se le dio respiración asistida. A las 4:19 pm se le administró una dosis de .5cc de epinefrina por tubo endotraqueal.

A las 4:30 pm del 1ro de mayo de 1992 a Heriberto se le efectuó una prueba de glucosa en sangre mediante "dextrostix"¹⁸ que arrojó un resultado de 57 mg/dl.

A las 4:40 pm del 1ro de mayo de 1992 se le administró una dosis de carga de Luminal para controlar sus convulsiones, pero aun así a las 5:00 pm continuaron. Surge del récord médico que presentó eventos de convulsión a las 7:00 pm del 1ro de mayo de 1992 y a las 2:45 am del 2 de mayo de 1992. Se determinó administrar otra dosis de Luminal, sin embargo continuó convulsionando con frecuencia hasta las 6:00 am del 2 de mayo de 1992.

A las 4:45 pm del 1ro de mayo de 1992 el Dr. Soto Tapia escribió en el récord médico de Heriberto que tenía sospecha de que el niño

¹⁷ Conforme la clave de la hoja sobre *Notas de progreso de enfermería* los significados de las letras son los siguientes: S- Subjetivo, O- objetivo; A- Estimado; P- Plan de Cuidado; I- intervención; E- evaluación; R- revisión. Véase págs. 395 y 396 del apéndice.

¹⁸ Medidor para la determinación de niveles de glucosa en sangre. En los bebés recién nacidos en el talón con una lanceta se le saca sangre y con un "strip" se le toma una gota de sangre y se introduce ya bien sea o por el color o se introduce en una máquina que dice cuál es el nivel de glucosa que tiene el bebé. Testimonio Dr. Lidy López, TPO 2 de noviembre de 2012, pág. 142-143.

estaba presentando convulsiones y podía estar padeciendo de encefalopatía hipóxica. Luego de haber resucitado a Heriberto, el Dr. Soto Tapia calificó el evento como un “*sudden infant death*” abortado.

Tras Heriberto haber sufrido el evento cardiorrespiratorio, entre otros estudios y evaluaciones médicas adicionales, se le ordenó la toma de medidas de glucosas seriadas.

Heriberto Montalvo estuvo entubado y respirando por ventilador mecánico desde el evento sufrido el 1ro de mayo de 1992 hasta las 4:45 pm del 8 de mayo de 1992. Luego recibió terapia respiratoria hasta el 18 de mayo de 1992. El 19 de mayo de 1992, el menor fue sacado de la incubadora hasta que finalmente fue dado de alta el 21 de mayo de ese año.

Conforme surge del expediente médico, el 7 de mayo de 1992, el Dr. Soto Tapia realizó un Informe de consulta al área de neurología del Hospital con los siguientes detalles:

Term. New born. Large for gestational age. 6 days old. Patient was found on the 2d day of life¹⁹ in cardio respiratory arrest at regular nursery . Resuscitated immediately but persist c CNS dysfunction (seizures x 48 hrs.) Hypoxic Izquemic Encephalopathy, on Dilantin v Phenobarbital. Hypocalcemia on the 3rd day of life. [sic] .

Surge de la hoja de consulta que el 11 de mayo de 1992, Heriberto fue evaluado por un doctor de dicho departamento quien identificó el diagnóstico como “*S/P anoxic encephalopathy*”.²⁰

El 28 de septiembre de 1992, una evaluación de neurología pediátrica, el Dr. Méndez, reportó el historial de Heriberto y describió a un niño con llanto débil, aumento generalizado del tono muscular, reflejos exagerados, esotropía alternada (tipo de estrabismo)²¹ y con movimientos simétricos en las extremidades. Diagnosticó a Heriberto Montalvo con arresto cardiorrespiratorio y encefalopatía por hipoxia.

¹⁹ El Dr. Soto conocía que el evento ocurrió aproximadamente a las seis horas y cincuenta minutos después de que Heriberto nació y no en el segundo día.

²⁰ Véase pág. 271 del apéndice.

²¹ Desviación en los ojos.

Durante su desarrollo, Heriberto Montalvo manifestó complicaciones en sus destrezas motoras, por lo cual la señora Laureano González y su esposo, el señor Rafael Montalvo Arroyo, lo llevaron a varios especialistas. Éstos, luego de realizarle al menor una serie de estudios y laboratorios, diagnosticaron que Montalvo Laureano padecía de daño cerebral y problemas sicomotores.

No es hasta el **27 de mayo de 2002**, que el Dr. Fermín Sánchez Lugo evaluó el caso y emitió una opinión pericial en la cual sostuvo que al momento del nacimiento de Montalvo Laureano, no se siguió el protocolo indicado para la detección temprana de hipoglucemia. También concluyó que el no tomar las medidas requeridas en este tipo de caso provocó un severo episodio de hipoglucemia neonatal de duración prolongada que, a su vez, ocasionó el arresto cardiorrespiratorio del menor. Como consecuencia de ello, Heriberto Montalvo sufrió daño cerebral permanente resultando en un déficit neurológico que afectó su cociente de inteligencia, le ha producido retardo sicomotor severo y otros daños físicos.

Así las cosas y como ya adelantamos, el 7 de octubre de 2002, la parte demandante apelante presentó demandada contra los doctores que atendieron a Heriberto Montalvo, el Hospital y el ELA. El 4 de junio de 2003, se presentó la *Primera Demanda Enmendada* para incluir al Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Seguros de Responsabilidad Profesional Médico-Hospitalaria (SIMED) como aseguradora del Dr. William Pérez Cruz y a Seguros Triple S, Inc. como aseguradora del Dr. Edwin Soto Tapia.

Posteriormente, los demandantes apelantes presentaron una *Segunda Demanda Enmendada* para sustituir el nombre de Dr. Fulano de Tal por la Dra. María de los Ángeles Figueroa así como el nombre de la esposa del Dr. William Pérez Cruz. Igualmente se presentó una *Tercera Demanda Enmendada* para incluir a SIMED como aseguradora de la Dra. María de los Ángeles Figueroa. También se presentó una

Cuarta Demanda Enmendada para sustituir el nombre desconocido de la sociedad por la Sociedad de Servicios Neonatales del Norte (SSNN). Todas las partes contestaron las demandas así como los interrogatorios y requerimientos de admisiones. El descubrimiento de prueba fue uno extenso.

El 8 de junio de 2008 la parte demandante apelante solicitó permiso para sustituir a su perito, Dr. Fermín Sánchez, debido a que éste confrontó problemas de salud que le impedían seguir con su trabajo pericial. Se concedió el mismo con la advertencia de que no se permitiría enmendar las alegaciones ni reabrir el descubrimiento de prueba. Así el Dr. Lidy López Morales se convirtió en el perito de los codemandantes, rindió su informe pericial y se le tomó deposición.

Se presentó extensa prueba documental, testimonial y pericial. La parte demandante presentó los siguientes testigos y peritos: la Sra. Maritza Marrero, supervisora de récord médico del Hospital y la Sra. Marelys Padilla Garay, gerente de manejo de información del Hospital ambas para autenticar récords médicos. El Sr. Heriberto Montalvo, codemandado; Dr. William Pérez Cruz, codemandado; Dr. Edwin Soto Tapia, codemandado; Dra. María de los Ángeles Figueroa, codemandada; la Sra. Josefa Laureano, codemandante; la Sra. Griselle Arce Rosado para autenticar expediente de educación de Heriberto Montalvo. Como prueba pericial se presentó el testimonio del Dr. López Morales, pediatra.

La prueba documental presentada por la parte demandante consistió de: récord médico de Heriberto Montalvo del Hospital; récord médico del Hospital de Josefa Laureano; *Currículum vitae* e informe pericial del Dr. López Morales; récord escolar de Heriberto Montalvo en el Departamento de Educación; récord médico de Heriberto Montalvo de la Clínica Eye Center y récord médico de Heriberto Montalvo del Hospital Pediátrico Universitario.

El codemandado Dr. Pérez Cruz presentó el testimonio pericial del Dr. Carlos Bourdony, especialista en endocrinología y diabetología

pediátrica. Mientras que la prueba documental consistió del *Currículum vitae* e informe pericial del Dr. Carlos Bourdony.

Por su parte, la codemandada Dra. Figueroa contó con el testimonio pericial del Dr. Pedro Jaunarena y su prueba documental consistió del *Currículum vitae* e informe pericial del Dr. Pedro Jaunarena. El codemandado Estado Libre asociado de Puerto Rico presentó los testimonios de las enfermeras Zaida Moreno Gutiérrez y María González Muñoz.

Conforme surge de la transcripción de la prueba oral, incluimos una apretada síntesis de los testimonios periciales ofrecidos durante el juicio en su fondo.

Sobre lo acontecido a Heriberto el pediatra Dr. Lidy López Morales, perito presentado por los demandantes apelantes, luego de analizar la documentación pertinente, atestó durante el juicio que todo bebé que sea grande para su edad gestacional tiene riesgo de padecer hipoglucemia independientemente de que durante el embarazo mamá sufriera de diabetes gestacional.²² Indicó que Heriberto nació con 8 libras y 5 onzas, grande para su edad gestacional y, por lo tanto, con un alto riesgo de sufrir hipoglucemia, padecimiento que desarrolló durante sus primeras seis horas de vida. Informó que para el año 1992 el estándar de cuidado era atenderlos bajo el protocolo de cuidado general: tomarle temperatura, peso, bañarlo, poner en una lámpara de color y debido a su peso e historial médico requería la toma de medidas seriadas de azúcar a la hora, dos horas, tres horas, etcétera.²³ Sin embargo, aclaró que cada hospital puede tener un rango diferente entre las horas, pero lo importante es que sea más de una en un horario frecuente. Tales pruebas se realizan mediante el método conocido como dextrostix, el cual puede tener un margen de error de 10% a 15%.²⁴ Sobre el cuidado de Heriberto relató que la primera prueba de glucosa en sangre fue a las 9:40 am y reflejó un valor de 40 mg/dl. A las 10:00 am se le dio a Heriberto 2 onzas

²² TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 137, l. 16-17.

²³ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 141, l. 1-10.

²⁴ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág.141 y 144.

de glucosa o alimentación temprana. Sobre la alimentación temprana, el Dr. López señaló que en un bebé normal, o sea, que no sea de alto riesgo, no se le brinda ningún tipo de alimentación en las primeras seis horas de vida. Después de las seis horas se le da glucosa o empieza con la alimentación de leche.²⁵ Por el contrario a Heriberto le dieron glucosa a las 10:00 am, y a la 1:00 pm le suministraron 2 onzas de Enfamil (leche).²⁶ La segunda prueba de glucosa se realizó a las 4:30 pm y se obtuvo un resultado de 57 mg/dl. Esta fue después del evento de arresto cardiorrespiratorio. Relató el Dr. López que la diferencia de hora entre las pruebas no cumplió con el estándar de cuidado de hacer glucosas seriadas. Especificó que las pruebas seriadas son necesarias pues pueden existir niños con 20 mg/dl de azúcar sin presentar síntomas y niños con 30 mg/dl presentando signos y síntomas, por lo cual no se puede descansar en la vía clínica de la observación.²⁷

Sobre la diferencia en los niveles de glucosa que presentó Heriberto a las 9:40 am – 40 mg/dl y a las 4:30 pm – 57 mg/dl, el Dr. López Morales indicó que no significaban nada, pues no explican que ocurrió entre una toma y la otra. Resaltó la necesidad de hacer medidas seriadas porque la azúcar podría seguir bajando por el efecto de la insulina.²⁸ Además indicó que la medida de 57 mg/dl se debía a varias alternativas o le dieron azúcar o producto del evento cardiorrespiratorio que podría aumentar el nivel de azúcar. Especificó que el nivel de glucosa de mamá y bebé varía. Cuando despegan al bebé de mamá la glucosa del bebé baja porque no tiene fuente de ingreso, entonces el bebé utiliza la fuente de azúcar que tiene en reserva en su hígado. Especificó el Dr. López Morales que al no haberse alimentado a Heriberto en el horario que correspondía y este haber sufrido un arresto cardiorrespiratorio posterior a cuando debió haber sido alimentado, lo más probable es que

²⁵ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág.148

²⁶ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 150.

²⁷ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 152-153.

²⁸ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 162.

tuvo un episodio significativo de hipoglucemia que lo llevó al arresto.²⁹ Indicó que llegó a tal conclusión, pues es la más lógica dentro del marco de los hechos del caso.³⁰ No obstante, señaló que otras causas lógicas hubiesen sido la sepsis, derrame cerebral espontáneo, pero que las mismas fueron descartadas con pruebas realizadas posteriormente.

En cuanto al protocolo indicó que para implantar el mismo debe estar por escrito en las órdenes médicas. Se debe especificar las horas a las que se le hace las tomas de glucosa, la alimentación temprana, ya que solo se está obligado a hacer lo que esté en las órdenes médicas, pues si no está por escrito se podía olvidar. Si había un protocolo y era de memoria y se olvidó poner en práctica, pues se incurrió en omisión.³¹

Opinó el Dr. López Morales que ante el riesgo identificado en Heriberto de padecer hipoglucemia luego de su nacimiento, el estándar de cuidado generalmente aceptado en el año 1992 para atender a un neonato con dicho riesgo lo era iniciar un protocolo adecuada para la detección temprana que incluía realizar prueba seriadas de glucosa, puesto que de esta forma se podían monitorear las fluctuaciones de glucosa y ofrecer alimentación de acuerdo a dichas fluctuaciones.

El Dr. Pérez Cruz ofreció el testimonio pericial del Dr. Bourdony, quien es un pediatra con especialidad en endocrinología y diabetes. El Dr. Bourdony definió la diabetes como una condición que está relacionada con el metabolismo o el uso del azúcar (glucosa) en el cuerpo humano. Cuando el azúcar se eleva por encima de los niveles que se consideran normales, es lo que se reconoce como diabetes.³² Informó que se conoce como diabetes gestacional o diabetes mellitus a aquella que ocurre durante el embarazo y explicó las pruebas a realizarse para poder diagnosticar si una mujer embarazada padece de dicha condición. También alertó que este tipo de diabetes puede estar descontrolada o controlada. La descontrolada se puede tratar con dieta y si ello no

²⁹ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 175.

³⁰ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 176.

³¹ TPO del 2 de noviembre de 2012, págs. 180-181.

³² TPO del 10 de marzo de 2014, pág. 126.

funciona entonces ordenar medicamentos. En el caso de un embarazo con diabetes descontrolada el neonato presentará cambios físicos, fisiológicos, y hormonales. Mientras que si la diabetes está controlada, la mamá tiene una azúcar normal, pues el bebé recibe azúcar en concentración normal. Si esta descontrolada, pues recibe azúcar elevada y el bebé entonces va a ocurrir una serie de cambios fisiológicos, lo importante es conocer cuáles son esos cambios.³³

En relación al caso específico de la Sra. Laureano, el Dr. Bourdony atestó que no existe data objetiva en cuanto a que la demandante tuvo diabetes gestacional y opinó que de haberla tenido estaba controlada. Especificó que ello lo demuestra el hecho de que cuando llegó al hospital, antes de la cesárea, no indicó que venía con medicamentos, ni que su azúcar estuviese elevada y que de tener diabetes quizás tenía Tipo 2 la cual se asocia con herencia, obesidad³⁴ Ante la objeción del Lcdo. Moreno, abogado de los demandantes apelantes, y el hecho de que en el expediente de parto de la Sra. Laureano se indica que padecía de diabetes gestacional, el Dr. Bourdony detalló que en el folio número 8 del mencionado expediente hay una prueba de orina (uroanálisis) realizada a la Sra. Laureano el 30 de abril de 1992, cuando ingresó al hospital, que indica que la glucosa en la orina es negativa. Demostró que no había presencia de azúcar.³⁵ Aclaró que los casos de diabetes descontrolada se caracterizan porque hay presencia de azúcar (glucosa) en la orina.³⁶ Además, enfatizó el Dr. Bourdony que en el folio 35 del mismo expediente,³⁷ que se titula "*Registro de Azúcar, Acetona y Proteína en Orina y/o Sangre*" al 30 de abril de 1992, a las diecisiete y treinta dice en orina, negativa para azúcar, para glucosa.³⁸

En cuanto al peso de Heriberto, el cual se clasificó como grande para su edad gestacional, el Dr. Bourdony especificó que Heriberto no era

³³ TPO del 10 de marzo de 2014, pág. 134, l. 5-25.

³⁴ TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 125-134

³⁵ En el apéndice de la apelación es la pág. 74.

³⁶ TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 143-144

³⁷ Véase pág. 101 del apéndice de la apelación.

³⁸ TPO del 10 de marzo de 2014. págs. 162.

un niño macrosómico pues su peso fue de 3,778 gramos (equivalente a 8 libras con 5 onzas) y para identificar la macrosomía el peso es de 4,000 a 4,500 gramos.³⁹ La macrosomía familiar es una característica que ocurre donde señoras embarazadas que no tienen diabetes ni otras condiciones tienen bebés que nacen con un peso grande. Revisó el expediente de Rafael, hermano de Heriberto, y peso 3,722 gramos o un equivalente a 8 libras con 3 onzas. En el récord de Rafael no se indica que la mamá fuera diabética.⁴⁰ El riesgo mayor para problemas con azúcar es en niños macrosómicos de mamás diabéticas y como en este caso Heriberto no era macrosómico pues el riesgo era menor.⁴¹ Para que ocurra la macrosomía del grado con riesgo de diabetes tiene que estar descontrolada. Contrario a lo alegado por el Dr. López Morales, el Dr. Bourdony indicó que no todo bebé grande es de alto riesgo hay que ver otros detalles.⁴²

El Dr. Bourdony testificó en detalle la función de las hormonas contrareguladoras y el azúcar una vez el bebé se desprende de la placenta de la madre en el caso de una madre sin diabetes o con diabetes mellitus controlada. Especificó los procesos que realiza el cuerpo del menor para mantener el azúcar y que ese nuevo ser pueda sobrevivir fisiológicamente hablando individualmente.⁴³ En el caso de una mamá con diabetes descontrolada los procesos de las hormonas contrareguladoras cambian. Uno de las situaciones que presenta dicho bebé es que tiene exceso de insulina lo cual a su vez crea grasa. El bebé comienza a ponerse grande y rosado. En el caso de Heriberto, lo que ocurrió fue el primer proceso, o sea, de una mamá normal o con diabetes controlada.⁴⁴ Especificó que llegó a tal conclusión conforme a los resultados de Heriberto en la prueba de glucosa. La primera con un resultado de 40 mg/dl, una glucosa normal y la segunda de 57 mg/dl.

³⁹ TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 163.

⁴⁰ TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 164-166.

⁴¹ TPO del 10 de marzo de 2014, pág.167.

⁴² TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 168-169.

⁴³ Véase TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 173-180.

⁴⁴ Véase TPO del 10 de marzo de 2014, págs. 181-182.

Aclaró que cuando se toma una medida por dextrostix el resultado es de 10 a 15% menor que la medida tomada directamente de la vena, o sea, que la medida por suero sería mayor a la reflejada en el dextrostix. Indicó que si hubiese tomado pruebas a Heriberto cada cierto tiempo las medidas nunca se hubiese registrado valor alguno de hipoglucemia.⁴⁵

Indicó que no es correcta la aseveración del Dr. López Morales en cuanto a que puede subir y bajar el azúcar. De haber hiperinsulinismo el azúcar está baja menos de treinta y sigue bajando por que la insulina es la hormona más potente para inhibir la contrarregulación. No puede coexistir hiperinsulinismo y el proceso de las hormonas contrarreguladoras, siendo ello así cuando ocurrió el paro no fue por hipoglucemia.⁴⁶

En cuanto a la explicación ofrecida por el Dr. López Morales para justificar el valor de 57 mg/dl de las 4:30pm, específicamente que fue consecuencia de que durante el arresto cardiorrespiratorio se destruyeron células dentro de las cuales hay azúcar y al romperse liberaron glucosa, el Dr. Bourdony hizo referencia a las explicaciones previas ofrecidas y detalló que después de que la glucosa entra a la células, se puede fragmentar, pero no sale glucosa que circule en la sangre. Por lo cual concluyó, que lo aseverado por el Dr. López Morales fue un error.⁴⁷

También catalogó como errónea las expresiones del Dr. López Morales en cuanto a que la insulina se transmite de la placenta al bebé. Especificó que es de conocimiento básico que dicha hormona no se transfiere de mamá a bebé. Afirmó que durante sus años de trabajo en casos de bebés con valores de hipoglucemia nunca se ha encontrado con alguna ocasión que solo se le haya manifestado con paro cardiorrespiratorio.⁴⁸

En cuanto al protocolo a seguir en casos con niños con riesgo de hipoglucemia, relató que el estándar de cuidado no es escribir en las notas el tipo de protocolo que se va a utilizar sino seguir el mismo. Éste

⁴⁵ TPO del 10 de marzo de 2014, pág. 185.

⁴⁶ TPO del 10 de marzo de 2014, pág. 186-187 y TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 6-7.

⁴⁷ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 9.

⁴⁸ TPO del 11 de marzo de 2014, pág. 26.

consiste en que luego de tomar la medida de azúcar en sangre, lo usual es dar glucosa y si el paciente esta asintomático pues entonces se esperan tres horas para entonces ofrecerle la fórmula y de ahí en adelante cada tres horas la fórmula.⁴⁹ De haberse obtenido valores de hipoglucemia la alimentación debería ser más temprano. A Heriberto que nació bien se le ofreció la glucosa a las 10:00 am, lo cual cumple con el protocolo de vigilancia. Si el niño presenta manifestaciones de hipoglucemia o la toma de dextrostix hubiese salido baja se le administra alimentación más temprano o se le da suero.⁵⁰ Indicó que la anotación de las enfermeras sobre llanto del bebé a las 3:00 pm sí pudo haber sido por hambre, pero ello no quiere decir que el llanto es por tener hipoglucemia.

Al igual que en su informe pericial, argumentó que el arresto cardiorrespiratorio sufrido por Heriberto pudo haber sido consecuencia del síndrome de muerte súbita, pero que en el caso de Heriberto logró atenderse a tiempo. Especificó que para la fecha de los hechos los bebés se ponían en las cunas boca abajo o de lado lo cual posteriormente y tras varios estudios se determinó que era contraproducente pues se limitaba la vía de respiración de los bebés. Por tal razón, desde hace varios años la directriz es que los neonatos se pongan en cuna boca arriba. Con ello en mente y tras analizar todas las pruebas médicas realizadas a Heriberto antes y después del evento en controversia de las cuales no se encontró prueba alguna de qué pudo ocasionar el paro, lo único que queda es el cambio de posición que se efectuó a las 3:00 pm.⁵¹

Junto al informe pericial⁵² el Dr. Bourdony incluyó literatura médica relacionada con el tema de la hipoglucemia. Hizo referencia a una ponencia del Dr. Mark Sperling, respetado endocrinólogo pediátrico y experto en el campo del metabolismo de carbohidratos, diabetes e hipoglucemia, ofrecida en el año 1991 realizada en un curso de revisión de criterios diagnósticos de enfermedades endocrinas celebrado en la

⁴⁹ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 38-42.

⁵⁰ TPO del 11 de marzo de 2014, pág. 42.

⁵¹ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 49-59.

⁵² El informe que se incluyó en el apéndice carece de la literatura médica que el Dr. Bourdony anejó al mismo.

ciudad de New Orleans del 4 al 7 de mayo de 1991, por la Sociedad Lawson Wilkins de Endocrinología Pediátrica de los Estados Unidos de América. Allí se certificó que la definición de hipoglucemia era: 2 pruebas seriadas con nivel de azúcar de glucosa por debajo de 30 mg/dl en neonatos a término y por debajo de 20 mg/dl en neonatos prematuros, basados en una prueba por método enzimático en sangre total. Esta es la definición que imperaba en el momento en que Heriberto nació después de un embarazo a término.

Al ser confrontado con la literatura médica que acompañó junto a su informe, el Dr. Bourdony especificó que estaba conforme con la mayoría de las expresiones de las mismas. Atestó estar de acuerdo con la literatura del Dr. Mark A. Sperling que indica que el niño va a nacer y va a empezar a descender su glucosa hasta llegar a su punto más bajo a eso de las tres horas, aunque aclaró que no en todos los niños es en ese espacio de tiempo.⁵³ Indicó que siguiendo la literatura de Sterling, Heriberto hubiese tenido su nivel más bajo de glucosa a las tres horas de nacido.⁵⁴ Asimismo asintió con las expresiones del Dr. Sterling en cuanto a que la ausencia de síntomas no descarta el padecimiento de hipoglucemia y que la glucosa ha bajado a tal grado que pueda afectar el metabolismo del cerebro. Aunque aclaró que dependerá de cada escenario y condición. Aceptó que no se ha determinado con exactitud qué cantidad es el nivel más bajo de glucosa aceptable en neonatos, pero que para evitar complicaciones neurológicas, intelectuales y psicológicas las autoridades han determinado que cualquier nivel menor de 50 mg/dl sea visto con sospecha. No obstante, esclareció el Dr. Bourdony que ello no es determinante en el caso que nos atañe pues corresponden a estudios realizados en el año 2004. Mucho después de la fecha en que ocurrieron los hechos en controversia⁵⁵ Aceptó que en la literatura médica extraída del libro Nelson, *Textbook of Pediatrics*, 13th Edition, entre los 4 grupos de alto riesgo de desarrollar hipoglucemia se incluyó aquellos

⁵³ TPO del 11 de marzo de 2014, pág. 64

⁵⁴ TPO del 11 de marzo de 2014, pág. 66, l. 1-8

⁵⁵ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 85-94.

neonatos de madres con diabetes gestacional.⁵⁶ También admitió que en la literatura "*The transition to independent life*" del Dr. Sperling⁵⁷, se definió la hipoglucemia como un valor menos de 30 en el periodo neonatal.⁵⁸ Aunque no reconocemos a cuál lectura hace referencia el representante legal de los demandantes apelantes durante el conainterrogatorio, si a la del 1991 o a la del 2004, el Dr. Bourdony reconoció que el Dr. Sperling señaló que cualquier valor por debajo de 40 debe verse con sospecha y debe ser tratado vigorosamente y que las secuelas de una hipoglucemia incluyen daño neurológico retardación mental y convulsiones.⁵⁹

No obstante lo anterior, durante su testimonio el Dr. Bourdony aclaró que las oraciones de la literatura que ofreció el abogado de los demandantes en ocasiones se presentó de forma fragmentada y se crea una imagen que es incorrecta. Además que se citan dos literaturas diferentes, una del 1991 y otra del año 2004 en ésta última cambia los valores el riesgo de hipoglucemia. También se hizo referencia a una literatura del 1984 en la cual se indica que valores menos de 45 debe hacerse pruebas seriadas. En cuanto a las prueba de azúcar, razonó que en un punto de vista teórico lo ideal sería, medir el azúcar en sangre cada quince minutos no una hora, pero eso es impráctico en las instituciones, por lo cual se toman en consideración varios aspectos para realizar las pruebas, por ejemplo, si la mamá tiene diabetes o si es un niño que presenta síntomas.⁶⁰ Asimismo, señaló que para el año 1992 el Hospital Regional de Arecibo no tenían la capacidad para hacer la prueba de insulina y obtener resultados instantáneos, lo general es que se remitan a laboratorios de referencia.⁶¹

Además de lo ya antes expuesto, el Dr. Jaunarena, pediatra y quien fue presentado como perito por la Dra. Figueroa rindió su informe

⁵⁶ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 107-108.

⁵⁷ Entendemos que esta lectura es la misma descrita en el párrafo anterior la cual se refiere a la controversia ofrecida por el Dr. Sterling y a la cual se hizo referencia directa en el informe pericial.

⁵⁸ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 119.

⁵⁹ TPO del 11 de marzo de 2014, pág. 123.

⁶⁰ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 142-150.

⁶¹ TPO del 11 de marzo de 2014, págs. 176-177.

pericial. Tanto en su informe como en el testimonio ofrecido durante el juicio el Dr. Jaunarena hizo énfasis en cuanto a que en el Hospital existía un protocolo para el manejo de casos de bebés con riesgo de hipoglucemia y que ello se demostró cuando en el año 1990 se trató a Rafael Montalvo Laureano quien arrojó resultados de 20 mg/dl de azúcar en sangre en dos ocasiones. Señaló que con Heriberto se realizaron los mismos pasos: toma de prueba de glucosa 40 mg/dl, alimentación temprana y observación. En cuanto al valor del azúcar en sangre, indicó que siempre ha habido debate en cuanto a cuál medida es baja en cuanto al azúcar, pero señaló que la medida de 20 mg/dl sería declarada como una baja. Para la fecha de los eventos un bebé con riesgo de hipoglucemia es aquel con peso de 8 libras y 8 onzas, Heriberto nació de 8 libras y 5 onzas.⁶²

En relación al resultado de 57 mg/dl de azúcar en sangre que arrojó Heriberto a las 4:30 pm y como pudo verse alterado por la administración de epinefrina en el proceso de resucitación de Heriberto, el Dr. Jaunarena indicó que la mencionada hormona no tuvo que ver con el resultado en el azúcar de Heriberto. Especificó que la cantidad proporcionada fue mínima, por lo cual no debía subir el azúcar.⁶³ Además, que debido a las condiciones en las cuales se encontraba Heriberto, la única forma en la que el azúcar sube es si llegara al hígado.

Tampoco podemos pasar por alto del testimonio de la propia demandante quien durante el interrogatorio directo indicó que le hicieron una prueba de glucosa y salió con diabetes gestacional, por lo que la enviaron a una dietista. Acudió a la cita con dietista, allí esperó, pero como no llegó nadie se fue de la cita sin ser evaluada.⁶⁴ Durante el conainterrogatorio aceptó que en la deposición tomada previamente informó que no padecía de diabetes y que durante el embarazo de Heriberto tuvo diabetes gestacional como por una semana. Además

⁶² TPO del 26 de agosto de 2014, pág. 42

⁶³ TPO del 26 de agosto de 2014, pág. 56

⁶⁴ TPO del 1ro de noviembre de 2012, pág. 165.

describió el embarazo de Heriberto como el mejor que ha tenido y sin problema alguno.⁶⁵

Tras aquilatar la prueba conforme a las Reglas de Evidencia y “con particular atención al comportamiento de los testigos en la silla testifical”, el TPI concluyó que:

El 1ro de mayo de 1992, Heriberto sufrió un evento severo de hipoglucemia neonatal, de duración prolongada que lo llevó a padecer un arresto cardiorrespiratorio que le privó de circulación sanguínea y, por consiguiente, también le privó de oxigenación cerebral desde alrededor de las 4:10 pm hasta por lo menos las 4:25 pm.⁶⁶ Tal privación de oxígeno le produjo el padecimiento conocido como “encefalopatía isquémica por hipoxia” la que a su vez, se tradujo en daño cerebral permanente, que incluyó perlesía cerebral, retraso psicomotor significativo, estrabismo, retraso del habla y desorden convulsivo.⁶⁷

Concluyó el TPI que el evento prolongado de hipoglucemia que sufrió Heriberto fue consecuencia de la negligencia combinada de los doctores Pérez Cruz, Figueroa y Soto Tapia, este último como director del área de neonatología ese 1ro de mayo de 1992 y como supervisor directo del Dr. Irizarry y demás doctores nombrados.⁶⁸

El foro de instancia concluyó que el Dr. Pérez Cruz fue negligente, puesto que al conocer que Heriberto provenía de una madre que padecía de diabetes gestacional, según se documentó en su expediente, y que Heriberto era grande para su edad gestacional no ordenó de manera clara y categóricamente que se realizara el protocolo para la detección temprana de hipoglucemia, sino que ordenó al residente Dr. Irizarry, que se le brindara el protocolo usual. Además, no se aseguró que Heriberto fuera catalogado como un bebe de alto riesgo por su riesgo de desarrollar hipoglucemia. También falló al no ordenar se le efectuaran medidas de glucosas seriadas, puesto que para la fecha de los hechos el estándar de

⁶⁵ TPO del 2 de noviembre de 2012, pág. 28-29

⁶⁶ Determinación de hechos núm. 63 de la sentencia.

⁶⁷ Determinación de hechos núm. 64 de la sentencia.

⁶⁸ Determinación de hechos núm. 65 de la sentencia.

cuidado era hacer pruebas de glucosas seriadas inicialmente con mayor frecuencia y después de las 6 o 7 horas en intervalos mayores. Tampoco notificó a los doctores Soto Tapia y Figueroa que en área de bebés sanos estaba Heriberto, a quien se le debía dar seguimiento por riesgo de hipoglucemia. Por todo lo anterior el TPI, le adjudicó un 40 % de responsabilidad.

A la Dra. Figueroa le imputó una negligencia de 20%, ya que no vigiló, examinó ni trató en forma alguna a Heriberto desde las 12:00 pm, cuando se quedó bajo su cuidado, hasta las 4:15 pm, a pesar de que Heriberto había sido señalado con riesgo de hipoglucemia. Insistió el TPI en que si la Dra. Figueroa hubiese al menos visto el expediente de Heriberto, una vez éste quedo a su cargo, hubiese podido ordenar la aplicación del protocolo de riesgo de hipoglucemia y realizar las pruebas seriadas que posterior al evento cardiorrespiratorio ordenó.

En cuanto al Dr. Soto Tapia, el tribunal de primera instancia concluyó que fue negligente en sus funciones como director de la sección de neonatología. Especificó que no supervisó de forma correcta a los doctores codemandados, lo cual conllevó que avalara la determinación del Dr. Perez Cruz, documentada por el Dr. Irizarry, de aplicar a Heriberto el protocolo usual para bebés sanos aun cuando en la misma orden se señalaba que Heriberto presentaba riesgo de desarrollar hipoglucemia. Especificó el TPI que el Dr. Soto Tapia también faltó a su deber, como director de SSNN, al no tener una unidad de cuidado intermedio; y al no contar con el personal médico que el contrato de servicios le exigía para operar la sección de neonatología, ya que el 1ro de mayo de 1992 durante horas regulares faltaba un neonatólogo y un pediatra después del 12:00 md cuando se marchó el Dr. Pérez Cruz. Además, por permitir que se tratara a Heriberto sin la existencia de protocolo escrito, claro y preciso sobre el tratamiento para pacientes con riesgo de hipoglucemia y haber presumido que las enfermeras lo conocían. Por todo lo anterior, le imputó al Dr. Soto Tapia un 20 % de responsabilidad en los actos negligentes.

También se le adjudicó un 20% de responsabilidad al Dr. Irizarry, sin embargo, este está cubierto por la inmunidad que ofrece el Art. 41.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA § 4105.

Inconformes, todas las partes recurrieron separadamente ante este foro revisor mediante sus respectivos recursos de apelación. A continuación los señalamientos de error de cada parte:

Inició, la Dra. Figueroa, KLAN2015-0856, quien señaló que:

Cometió error manifiesto el TPI al no desestimar por prescripción la causa de acción de los codemandantes Josefina Laureano González, Rafael Montalvo Arroyo y la Sociedad Legal de Gananciales compuesta por ambos

Cometió error manifiesto el TPI al determinar y concluir que la Dra. María de los Ángeles Figueroa incurrió en negligencia al no vigilar, examinar y tratar a Heriberto entre las 12 del mediodía y 4:15 p.m. del 1ro de mayo de 1992.

Cometió error manifiesto el TPI al determinar y concluir que Heriberto sufrió daños permanentes al sistema nervioso central, con peripecia cerebral, sufrió estrabismo, presenta retraso psicomotor significativo permanente que limita en sus oportunidades académicas, sociales y de trabajo, debido a su grado de incapacidad física y mental, como consecuencia de los eventos ocurridos el 1 de mayo de 1992 y la negligencia de la Dra. María de los Ángeles Figueroa.

Por su parte, el Dr. William Pérez Cruz y la sociedad de bienes gananciales compuesta con la Sra. Nilda D. Rivera - KLAN2015-0867, alegaron que:

Erró el Tribunal de Instancia al aquilatar la prueba pericial.

Erró el Tribunal de Instancia al determinar que la causa del paro cardiorrespiratorio fue un evento hipoglucémico.

Erró el Tribunal de Instancia al determinar que el Dr. William Pérez Cruz incurrió en negligencia médica.

Erró el Tribunal de Instancia al determinar que hubo nexo causal entre el paro cardiorrespiratorio y las acciones del Dr. William Pérez Cruz.

Erró el Tribunal de Instancia en el porcentaje de responsabilidad fijado al Dr. William Pérez Cruz.

Erró el Tribunal de Instancia al no desestimar por prescripción la causa de acción de los demandantes mayores de edad.

El Dr. Edwin Soto Tapia, la sociedad de bienes gananciales constituida con su esposa y Seguros Triple-S - KLAN2015-0868, plantearon que:

Erró el honorable TPI al determinar que el Dr. Edwin Soto Tapia violó sus funciones como jefe de la sección de neonatología el 1ro de mayo de 1992, toda vez que incumplió el contrato de la entidad "Servicios Neonatales del Norte"

Erró el honorable TPI al determinar que el Dr. Soto Tapia incurrió en negligencia cuando permitió que le ofreciera tratamiento a Heriberto el 1ro de mayo de 1992 sin un protocolo para la detección temprana, manejo y tratamiento de hipoglucemia.

Erró el honorable TPI al determinar que el Dr. Edwin Soto Tapia incumplió su deber de supervisión cuando permitió que el personal de enfermería no realizara una azúcar central al infante Heriberto luego de su nacimiento, ya que según la Dra. Figueroa declaró que era costumbre hacerla.

Erró el honorable TPI al determinar en su Sentencia que la reclamación de la demandante Josefa Laureano por sufrimientos y angustias mentales no estaba prescrita, ya que la parte demandada no presentó evidencia alguna en juicio para demostrar dicha defensa, así como recaía en la parte demandada el peso de la prueba para sostener el argumento.

Erró el honorable TPI al determinar que las aseguradoras de los codemandados son solidariamente responsables del pago de las sumas concedidas en daños a los demandantes.

Erró el honorable TPI al no aplicar la norma de evidencia voluntariamente suprimida.

Erró el honorable TPI al determinar que la parte demandada incurrió en negligencia en el tratamiento ofrecido al infante Heriberto Montalvo Laureano desde su nacimiento hasta la hora del arresto cardiorrespiratorio.

Por su parte, el Sindicato de Aseguradoras para la Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Profesional Medico Hospitalaria (SIMED), KLAN20150871, señaló que:

Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia al disponer en la sentencia apelada que los codemandados deben pagar solidariamente las sumas concedidas en daños, sin aclarar que dicha determinación de responsabilidad solidaria no le es aplicable a SIMED como aseguradora.

También insatisfechos, los demandantes Heriberto Montalvo Laureano y Josefa Laureano González, KLAN20150876, adujeron que:

Erró el TPI al adjudicar cuantías ridículamente bajas por los daños sufridos por el codemandante Heriberto Montalvo Laureano.

Por último, el ELA presentó el recurso de apelación KLAN20150879, allí enfatizó que:

Erró el Tribunal de Primera Instancia al negarse a acoger la defensa de prescripción.

Erró el Tribunal de Primera Instancia al dictar sentencia contra el Estado a pesar de la ausencia de los elementos esenciales para configurar una causa de acción por daños y perjuicios.

Erró el Tribunal de Primera Instancia al determinar que Heriberto Montalvo Laureano tenía hipoglucemia y fue esto lo que produjo el arresto cardiorrespiratorio que le produjo hipoxia prolongada ocasionándole daño cerebral.

Erró el Tribunal de Primera Instancia al restarle valor probatorio al testimonio pericial del Dr. Juan Bourdony Báez quien es un perito especialista en pediatría, endocrinología pediátrica y diabetología pediátrica.

Erró el Tribunal de Primera Instancia al descartar las conclusiones del perito Dr. Bourdony Báez quien es un perito especialista en pediatría, endocrinología pediátrica y diabetología pediátrica, de que el paro cardiorrespiratorio sufrido por Heriberto Montalvo Laureano fue uno de origen desconocido, que no existe en el expediente evidencia de que la causa del evento haya sido hipoglucemia y que la evidencia del expediente demuestra que en el paciente nunca ocurrió hipoglucemia.

Erró el foro primario al acoger la conclusión del perito pediatra de la parte demandante Dr. Lidy López, a los efectos de que el niño nació del vientre de una madre con diabetes gestacional y el no haber efectuado las pruebas seriadas de la glucosa en sangre constituyó una omisión negligente y que esa fue la causa directa más probable del desarrollo del padecimiento de hipoglucemia del niño, del paro respiratorio y de la encefalopatía.

Erró el Tribunal de Primera Instancia al conceder una cuantía mayor a la reclamada en la demanda, resultando la misma en una cuantía claramente excesiva y que no se ajusta a la evidencia desfilada durante el juicio en su fondo.

El ELA también presentó una petición de *certiorari* en relación con la otorgación de costas por parte del foro primario a la parte demandante. Conforme nuestro ordenamiento jurídico lo establece, consolidamos dicho recurso con las apelaciones previamente presentadas. En dicho recurso el ELA alegó que:

Erró el Tribunal de Primera Instancia al conceder el pago de costas relacionadas a partidas que no proceden como cuestión de derecho.

Luego de haber concedido término a las partes para que se expresaran, y con el beneficio de la transcripción de la prueba oral vertida en el juicio así como el apéndice anejado al primer recurso de apelación, a continuación exponemos el derecho aplicable a la mayoría de las controversias presentadas por los apelantes.

II

A. Prescripción

Es conocido que la prescripción es una norma de índole sustantiva que conlleva la extinción de un derecho por la inercia de una parte en ejercerlo dentro del término establecido en ley. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365, 373 (2012).

Nuestro más alto foro ha indicado en múltiples ocasiones que el propósito de la prescripción extintiva es promover la estabilidad de las relaciones jurídicas al estimular el ejercicio rápido de las acciones y castigar la inercia. *COSSEC et al. v. González López et al.*, 179 DPR 793, 806 (2010). De igual forma se ha establecido que por medio de la prescripción se promueve la justicia al evitar las sorpresas que crea la resucitación de reclamaciones viejas, además de las consecuencias ineludibles del transcurso del tiempo. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo, supra*, pág. 374. Es por ello que el requisito fundamental para que la prescripción tenga efecto, es el transcurso del término provisto en ley. Art. 1861 del Código Civil (31 LPRA sec. 5291). Así, para que se constituya la prescripción extintiva es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: (1) que exista un derecho que se pueda ejercer; (2) que el titular del derecho no lo ejerza o no lo reclame; y (3) que transcurra el término establecido en ley para la extinción del derecho en cuestión. *Meléndez Guzmán v. Berríos López*, 172 DPR 1010, 1018 (2008).

No obstante lo anterior, en nuestro ordenamiento jurídico rige la norma de la preservación de las acciones para reclamar derechos y no su prescripción. *Íd.* pág. 1020. En vista de ello, el Artículo 1873 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5303, dispone que la prescripción de las acciones se puede interrumpir por medio de su ejercicio en los tribunales; por reclamación extrajudicial del acreedor; o por cualquier acto de reconocimiento de la deuda por parte del deudor. Se ha resuelto que un acto interruptor constituye la declaración inequívoca de quien, amenazado

con la pérdida de un derecho, expresa su voluntad de no perderlo. *García Pérez v. Corp. Serv. Mujer*, 174 DPR 138, 149 (2008).

Conforme a lo anterior, el Artículo 1802 del Código Civil, 31 LPRA sec. 5141, provee una causa de acción a favor de toda persona que sufra daño por la culpa o negligencia de otro. Dicha acción tiene un término prescriptivo de un (1) año. Art. 1858 del Código Civil (31 LPRA sec. 5298). En atención a estas disposiciones y de conformidad con la tendencia liberal de la doctrina civilista en lo relativo a la prescripción, nuestro Tribunal Supremo estableció la teoría cognoscitiva del daño. Esta teoría responde al hecho de que no puede ejercitarse una acción si el titular de la misma desconoce de buena fe que tiene derecho a ejercitarla. *Padín v. Cía Fom. Ind.*, 150 DPR 403, 411 (2000). En armonía con dicha teoría, la jurisprudencia ha establecido que el punto de partida del término prescriptivo de una acción por daños y perjuicios **es la fecha en que el agraviado conoció del daño, quién fue el autor del mismo, y los elementos necesarios para poder ejercitar su causa de acción.** *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, *supra*, pág. 374. En otras palabras, el término para ejercer una acción en daños y perjuicios no comienza a transcurrir cuando se sufre el daño, sino que comienza a partir del momento en que el afectado conoció o *debió conocer*, si hubiera empleado algún grado de diligencia, la existencia del daño, quién fue el autor y los elementos necesarios de su causa de acción. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, *supra*, pág. 390; *CSMPR v. Carlo Marrero et als.*, 182 DPR 411, 425-426 (2011).

B. Responsabilidad en daños y perjuicio por impericia médica

Los principios generales de la doctrina de daños y perjuicios están regulados por el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, *supra*. Dicha disposición lee: *[e] que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado... Íd.* Así, para probar una causa de acción por daños y

perjuicios, el promovente deberá demostrar, mediante preponderancia de la prueba, (1) que se ha sufrido un daño; (2) por medio de un acto u omisión culposo o negligente; y (3) que existe un nexo causal entre la acción u omisión de la parte y el daño sufrido. *García v. E.L.A.*, 163 DPR 800, 809 (2005).

Es importante subrayar que, en ocasiones la negligencia no ocurre porque una persona haya puesto en marcha cierto acto, si no por omitir actuar de la manera debida. En esos casos, para determinar si se incurrió o no en responsabilidad civil producto de una omisión, los tribunales debemos considerar factores adicionales a los mencionados anteriormente, a saber: (i) la existencia o inexistencia de un deber jurídico de actuar por parte del alegado causante del daño y (ii) si de haberse realizado el acto omitido se hubiese evitado el daño. *Soc. Gananciales v. G. Padín Co., Inc.*, 117 DPR 94, 106 (1986).

Ahora bien, el que un demandante ostente el derecho a recibir indemnización por un alegado daño presupone la existencia de un nexo causal entre el daño y el factor que lo origina. Es decir, sólo corresponde indemnizar los daños que son consecuencia del hecho que obliga a la indemnización. *Rivera Jiménez v. Garrido & Co., Inc.*, 134 DPR 840, 851 (1993).

Como sabemos, los recursos que nos ocupan versan sobre una acción de daños y perjuicios en la que se alegó la ocurrencia de impericia médica. En casos de impericia médica, la jurisprudencia ha establecido que el hecho de que un paciente sufra un daño o si el tratamiento al cual fue sometido no produce el resultado deseado no implica necesariamente que hubo negligencia. *Ramos, Escobales v. García, González*, 134 DPR 969, 976 (1993).

En virtud de lo anterior, para que prospere una causa de acción en daños y perjuicios por impericia médica instada bajo el Artículo 1802 del Código Civil, *supra*, el demandante tiene que definir cuáles son las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los

generalistas o a los especialistas; que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente; y que esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988).

El estándar de la norma mínima de conocimiento y cuidado, es aquel 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 propia profesión médica*”. *López v. Dr. Cañizares*, 163 DPR 119, 133 (2004). En virtud de lo anterior, el demandante ha de demostrar: (1) los requisitos de cuidado y conocimiento científico inherentes al tratamiento médico de los pacientes, (2) que el médico los incumplió y (3) que dicha falta fue la causa del alegado daño. *Íd.* Ello, corolario de la presunción que protege al personal médico de que éste ha ejercido un grado razonable de cuidado y de que el tratamiento administrado es aquél que se reconoce como adecuado. *Íd.* Nótese que, un error de juicio honesto e informado no constituye fuente de responsabilidad civil, siempre que el mismo se ubique dentro de los parámetros razonablemente aceptados por amplios sectores de la población médica. *Íd.* Para rebatir esta presunción, el demandante debe demostrar, mediante preponderancia de la prueba, que el tratamiento médico suministrado o la ausencia de uno correcto fue el factor que con mayor probabilidad le causó el daño al paciente. *Íd.* Por tanto, un médico responde por daños y perjuicios sólo cuando actúa de manera negligente, con descuido o al prescindir de la pericia profesional que exigen las circunstancias. *Íd.*

Como ya adelantamos, en Puerto Rico cada persona responde por las consecuencias jurídicas de sus actos, siendo la responsabilidad civil extracontractual una de naturaleza individual. Como excepción a esta norma general que emana del Artículo 1802 del Código Civil, encontramos la responsabilidad vicaria establecida en el Artículo 1803 del

Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA sec. 5142. Mediante esta figura jurídica, se impone responsabilidad por un acto de culpa o negligencia ajeno, salvo que se demuestre haber desplegado toda la diligencia de un buen padre de familia en aras de prevenir el daño. Para que exista esta obligación se requiere un nexo jurídico previo entre el causante del daño y el que viene obligado a repararlo. *García v. E.L.A., supra*, a la pág. 811.

Así, bajo la doctrina de responsabilidad vicaria decretada en el artículo 1803 del Código Civil de P.R., *supra*, se ha reconocido que las instituciones hospitalarias responden por los actos u omisiones negligentes de su personal médico o paramédico en el ámbito de sus funciones. También responden bajo los siguientes supuestos: a) por políticas institucionales que obstaculicen el debido cuidado de los pacientes; b) por los daños ocasionados por no tener disponible el equipo necesario y básico para atender situaciones que son previsibles o porque, aun teniéndolo, se encuentre en un estado obsoleto o deficiente; c) por la concurrencia de culpa o negligencia con la responsabilidad del médico, en la que la del hospital es solidaria con la del galeno, sin menoscabo de la determinación de grados exactos de culpa en la relación interna entre estos, a los fines de obtener reembolso directo en proporción a esa responsabilidad; d) por los médicos, dependiendo de la relación jurídica que tengan con el hospital; y e) por los médicos que, sin ser empleados del hospital, gozan del privilegio de usar las instalaciones de la institución para recluir a sus pacientes privados, bajo ciertos parámetros. Véase, *Fonseca v. HIMA*, 184 D.P.R. 301 (2012).

En cuanto a la responsabilidad de los hospitales por las actuaciones de los médicos, la jurisprudencia ha reconocido que el hospital podrá responder vicariamente no solo por los médicos empleados sino también por aquellos que, aunque no son sus empleados son parte de su facultad y están disponibles para consultas con otros médicos. *Id;* *Núñez v. Cintrón*, 115 D.P.R. 598, 606 (1984). Los hospitales responden, además, conjuntamente con los concesionarios de franquicias exclusivas

para prestar servicios en el hospital cuando cometan actos de impericia médica. *Fonseca v. HIMA*, supra, citando a *Sagardía de Jesús v. Hosp. Aux. Mutuo*, 177 D.P.R. 484, 515, 516 (2009). Ejemplo de ello son los concesionarios de anestesiólogos, radiólogos y proveedores de servicios de sala de emergencia. En ese contexto el hospital responde por haber seleccionado a ese personal y por tenerlo ofreciendo servicios a los pacientes. *Id.*

A tales efectos, el Tribunal Supremo ha sostenido que el análisis correspondiente en casos de alegada impericia médica, debe partir de una determinación a los efectos de ver en manos de quién el paciente confió primeramente su cuidado médico: si en el hospital o en el médico. Si el paciente acude en primera instancia al hospital, éste responderá solidariamente con el médico por actos de impericia médica, independientemente de si este último es empleado del hospital o contratista independiente. *Márquez Vera v. Martínez Rosado*, 116 D.P.R. 397, 406-407 (1985).

C. Testimonio Pericial

“Un perito es una persona que, a través de la educación o experiencia, ha desarrollado un conocimiento o destreza sobre una materia de manera que puede formar una opinión que sirva de ayuda al juzgador”. *SLG Font Bardón v. Mini-Warehouse*, 179 DPR 322, 338 citando a *Black’s Law Dictionary*, 8th ed., Minn., Thomson West, 2004, pág. 619. El perito es “la persona entendida, el individuo competente, idóneo, por tener unas determinadas aptitudes y conocimientos, por poseer una adecuada capacidad”. *San Lorenzo Trad., Inc. v. Hernández*, 114 D.P.R. 704, 709 (1983)

Así, cuando el conocimiento científico, técnico o especializado sea de ayuda para el juzgador entender la evidencia o determinar un hecho en controversia, un testigo capacitado como perito en relación con la materia sobre la cual va a declarar podrá testificar en forma de opiniones o de otra manera. Regla 702 de Evidencia, 32 LPRA Ap. VI. Toda

persona está cualificada para declarar como testigo pericial si posee especial conocimiento, destreza, experiencia, adiestramiento o instrucción suficientes para cualificarla como un experto o perito en el asunto sobre el cual habrá de testificar. 32 LPRA Ap. IV, R. 703. Véase también, *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R.*, 150 DPR 658, 663 (2000); *San Lorenzo Trading Inc. v. Hernández*, 114 DPR 704, 710-711 (1983).

Así, en *Pueblo v. Rodríguez Otero*, 90 DPR 861, 862 (1964), el Tribunal Supremo determinó que la cualificación de un médico como perito no dependía del hecho escueto de si poseía una licencia para practicar su profesión en determinado lugar, si no, más bien, de que su preparación, entrenamiento y experiencia le capacitaran para emitir una opinión con referencia a los puntos sobre los cuales se le interrogara.

En lo que respecta al testimonio pericial de médicos, nuestro Tribunal Supremo resolvió que “[...] aunque un generalista y un especialista cualifiquen ambos como peritos bajo la Regla 53, 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 Puerto Rico v. Royal Ins. Co., P.R.*, supra, a la pág. 665. Si bien el testimonio de un especialista tiene mayor valor que el de un generalista, esto no impide que a base de los criterios de las reglas sobre impugnación de testigos se concluya que el especialista no está diciendo la verdad. R. Emmanuelli Jiménez, *Prontuario de Derecho Probatorio Puertorriqueño*, Segunda Edición, Ediciones Sítum, 2005, Emmanuelli, pág. 514. El valor probatorio del testimonio pericial depende de varios factores, entre estos: 1) si se basa en hechos o información suficiente; 2) si es el producto de principios y métodos confiables; 3) si la persona testigo aplicó los principios y métodos de manera confiable a los hechos del caso; 4) si el principio subyacente al testimonio ha sido aceptado generalmente en la comunidad científica; 5) las calificaciones o credenciales de la persona testigo y 6) la parcialidad del testigo. *Regla*

702 de Evidencia, *supr.* Véase *Dye-Tex Puerto Rico v. Royal Ins. Co., P.R., supra*, a la pág. 664.

La especialidad del perito se dirige, no a la calificación, sino al valor probatorio del testimonio pericial. A pesar que la Regla 703 de Evidencia no exige “especialidad”, la misma es de gran peso al estimar el valor probatorio del testimonio pericial. *Díaz v. Pneumatics & Hydraulics*, 169 D.P.R. 273, 295 (2006); *Dye-Tex P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R.*, 150 D.P.R. 658, 664 (2000).

Es norma reiterada que “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.” *Prieto v. Maryland Casualty Co.*, 98 DPR 594, 623 (1970).

El juzgador de hechos tiene amplia discreción con relación a la admisión o exclusión de prueba pericial, y sus determinaciones deben ser sostenidas a menos que sean claramente erróneas. *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse, supra*, a la pág. 343. Además, es norma reiterada que el juzgador de hechos no está obligado a aceptar las conclusiones de un perito. Siendo así, si luego de evaluar el testimonio pericial, el juzgador concluye que no merece credibilidad, tiene la facultad de rechazarlo. Véase, *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse, supra*, pág. 346, y casos allí citados. La presencia de prueba pericial no obliga a un tribunal, ya sea de instancia o uno apelativo de mayor jerarquía, a decidir un caso conforme lo sugerido por los peritos. *Culebra Enterprises Corp. v. E.L.A.*, 143 D.P.R. 935, 952 (1997) y casos allí citados.

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 informado 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. Regla 704 de las de Evidencia, *id.*

Ahora bien, si la opinión pericial se basa en un asunto que no es admisible en evidencia, se permite, sólo si se trata de una materia de tal naturaleza que razonablemente los expertos en ese campo descansan para formar sus opiniones o hacer inferencias sobre el asunto en cuestión. Ejemplo de ello es cuando un perito médico, en una vista, puede formar opiniones o hacer inferencia sobre información que le ofrecen otros doctores, el personal del hospital, la familia del paciente y el propio paciente. *Pueblo v. Rivera Robles*, 121 D.P.R. 858, 871 (1988). Por tanto, el que sea prueba de referencia inadmisibles es insuficiente para excluir la opinión pericial por estar fundada en base impermisible. E. Chiesa, *Reglas de Evidencia de Puerto Rico 2009*, Publicaciones JTS, 2009, pág. 54.

D. Discreción judicial

De otra parte, la discreción judicial permea la evaluación de la evidencia presentada en los casos y controversias. Los jueces de instancia son quienes están en mejor posición de aquilatar la prueba; por ello su apreciación merece gran respeto y deferencia por parte de los tribunales apelativos. Así, como foro apelativo, podemos intervenir con la apreciación de la prueba oral que haga el Tribunal de Primera Instancia, cuando el foro primario actúe con pasión, prejuicio, parcialidad, o incurra en un error manifiesto al aquilatarla. *González Hernández v. González Hernández*, 181 D.P.R. 746, 776-777 (2011); *Rivera Figueroa v. The Fuller Brush Co.*, 180 D.P.R. 894, 916 (2011).

Además, se podrá intervenir cuando la apreciación de la prueba no represente el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y cuando la apreciación de la misma se distancia “de la realidad fáctica o ésta [es] inherentemente imposible o increíble”. *González*

Hernández v. González Hernández, supra, pág. 777; *Pueblo v. Santiago et al.*, 176 D.P.R. 133, 148 (2009).

No obstante, a pesar de que existe esta norma de deferencia judicial, cuando las conclusiones de hecho del foro de instancia estén basadas en prueba pericial o documental, el tribunal revisor se encuentra en la misma posición que el foro recurrido. *Sepúlveda v. Depto. de Salud*, 145 D.P.R. 560, 573 esc. 13 (1998). Por lo tanto, el tribunal apelativo estará facultado para adoptar su propio criterio en la apreciación y evaluación de la prueba pericial y hasta descartarla aunque resulte técnicamente correcta. *González Hernández v. González Hernández*, supra; *Mun. de Loíza v. Sucns. Suárez, et al.*, 154 D.P.R. 333, 363 (2001); *Prieto v. Maryland Casualty Co.*, 98 D.P.R. 594, 623 (1970).

En fin, si no percibimos que el Tribunal de Primera Instancia haya cometido un error manifiesto en la aplicación del derecho, que haya indicios de pasión, prejuicio o parcialidad en la apreciación de la prueba, no nos corresponde sustituir su juicio por nuestras apreciaciones, basadas en un examen del expediente del caso, excepto si, luego de realizar un balance racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba y de los documentos que obran en autos, llegamos a unas conclusiones distintas a las del Tribunal de Primera Instancia. Por esta razón, nuestra intervención con la evaluación de la prueba testifical realizada por el foro de instancia solamente procederá en los casos en que el análisis integral de dicha evidencia nos cause una insatisfacción o una intranquilidad de conciencia a tal extremo que se estremezca nuestro sentido básico de justicia. *González Hernández v. González Hernández*, supra.

III

Por ser el presente caso uno consolidado en el cual comparecieron todas las partes es de esperarse la similitud en los señalamientos de

error. Por ello, discutiremos algunas de las controversias de forma conjunta.

Comenzamos nuestra discusión con la alegación de todos los codemandados aquí apelantes en cuanto a que el foro de instancia erró al no desestimar la causa de acción del matrimonio Montalvo Laureano, a pesar de que la misma se presentó transcurrido en exceso el término prescriptivo que establece este tipo de reclamaciones. Los codemandados apelantes, Dra. Figueroa, Dr. Pérez Cruz, Dr. Soto Tapia y el ELA, enfatizaron que del testimonio ofrecido por la Sra. Josefa Laureano durante su toma de deposición y que confirmó en el juicio al señalar que habían pensado demandar cuando el codemandante Heriberto Montalvo tenía cuatro años de edad, o sea, en el año 1996. Por lo cual, la reclamación del matrimonio Montalvo Laureano estaba prescrita.

Surge de la sentencia apelada, que el ELA presentó, por los mismos fundamentos moción de desestimación. En dicha ocasión, la parte demandante apelante alegó que aunque conocían que Heriberto Montalvo sufría daños desde temprana edad no fue hasta que el Dr. Fermín Sánchez Lugo les rindió un informe el 27 de mayo de 2002, cuando conocieron que los problemas de salud que enfrentó su hijo fueron consecuencia de un evento prolongado de hipoglucemia que no fue tratado oportunamente por los doctores que atendieron a Heriberto el día en que nació. Enfatizó la parte demandante apelante que fue entonces cuando por primera vez estuvieron en posición de controvertir la presunción de corrección que acompaña a los médicos. El TPI denegó la solicitud de desestimación al existir controversia en cuanto a la fecha en que los esposos Montalvo Laureano conocieron que el daño sufrido por Heriberto fue consecuencia de una alegada conducta negligente de los galenos que lo atendieron.

Sobre el particular, el TPI señaló que al ser las partes demandadas quienes sostuvieron que la demanda estaba prescrita tenían la obligación

de presentar durante el juicio prueba sobre el particular. El foro de instancia indicó que la Regla 110 (a) de evidencia dispone que el peso de la prueba recae sobre la parte que resultaría vencida de no presentarse evidencia por ninguna de las partes, y que en este caso, era forzoso determinar que los demandados fueron la parte vencida. Conforme detallaremos más adelante, no estamos de acuerdo con tal determinación del foro de instancia.

La parte demandante apelante enfatizó que para el año 2002, fecha en que se presentó la demanda, el estado de derecho vigente era que el término prescriptivo para una demanda de daños y perjuicios comenzaba a correr cuando el perjudicado conocía: el daño, quién es el autor del mismo, y los elementos necesarios para poder ejercitar efectivamente su causa de acción. Expresó que aunque la Sra. Laureano indicó en el juicio que pensó demandar cuando Heriberto tenía 4 años de edad, ello no significa que para dicha fecha jurídicamente hablando contaba con todos los elementos necesarios para presentar la demanda. Además, que correspondía a los demandados presentar evidencia afirmativa en cuanto al conocimiento de la demandante de todos los elementos necesarios para presentar su reclamo, o sea, que desde que Heriberto tenía 4 años conocía que fueron las acciones negligentes de los doctores demandados la causa del daño sufrido por Heriberto.

Tras analizar detenidamente la transcripción del juicio, específicamente, el testimonio de la Sra. Laureano determinamos que erró el foro de instancia al concluir que la demanda de matrimonio Montalvo Laureano no estaba prescrita.

Como parte del conainterrogatorio realizado sobre el particular, la Sra. Laureano testificó lo siguiente:

P ¿Y recuerda que yo le pregunté específicamente en su deposición, página 36, 37, 38 y 39, cuándo ustedes decidieron demandar y me contestó que cuando el niño tenía como cuatro años, que pasaron varios años pensando en una demanda y radicaron en el 2002 cuando tenía diez años, lo recuerda?

R No, él tenía tres años.

P ¡Ah!, ¿Tenía tres años cuando decidieron demandar?

R Tres años después de... como a los cuatro años.

P Más o menos decidieron demandar.

R Como a los cuatro años.

P Muy bien.

R Desde los cuatros años.⁶⁹

Según el testimonio de la Sra. Laureano antes transcrito ello ocurrió cuando Heriberto tenía alrededor de cuatro años de edad, aproximadamente para el año 1996. Ante tal reconocimiento no podemos concluir, como hizo el foro de instancia, que para el año 2006, fecha en que se presentó la demanda, la misma no estaba prescrita. Si Heriberto nació el 1ro de mayo de 1992 y cuatro años más tarde ya habían pensado en demandar, lo que implica que conocían de los alegados actos negligentes, la demanda incoada el 7 de octubre de 2002, cuando Heriberto ya tenía 10 años de edad, fue presentada transcurrido en exceso el término de un año que para este tipo de reclamaciones provee nuestro ordenamiento jurídico. Tampoco podemos acoger la alegación de la parte demandante apelante en cuanto a que no fue hasta que el Dr. Fermín Sánchez Lugo rindió un *informe pericial*, que el matrimonio Montalvo Laureano conoció por primera vez que fue la negligencia de los doctores demandados, lo que conllevó que Heriberto sufriera de hipoglucemia y, consecuentemente, el arresto cardiorrespiratorio. Como señalamos, durante su testimonio, la Sra. Laureano aceptó que en la deposición que se le tomó indicó que tenía pensado demandar desde que Heriberto tenía cuatro años y que pasaron varios años pensando en una demanda y la presentaron en el 2002. Siendo ello así, no podemos aceptar la dilación del matrimonio Montalvo Laureano para presentar la demanda. La prescripción tiene como objetivo penalizar la desidia en el ejercicio de los derechos y promover que las personas ejerciten y entablen de forma expedita sus acciones, lo que a su vez evitará que una

⁶⁹ Transcripción de la vista en su fondo del 2 de noviembre de 2012, pág. 26, l. 1-22.

reclamación se torne en un pleito complejo dado a su antigüedad.⁷⁰ Tomando en cuenta que el matrimonio Montalvo Laureano estuvo pensando en demandar durante varios años debió ser más diligente en la búsqueda de un perito que como expresó “esté dispuesto a controvertir la presunción” de corrección que cobija a los hospitales y sus doctores en sus ejecutorias. No podemos alentar la práctica de dejar en manos de posibles demandantes la decisión de cuándo comienza a transcurrir el término prescriptivo. Siendo ello así, concluimos que la demanda sobre daños y perjuicios instada por el matrimonio Montalvo Laureano estaba prescrita.

Por otra parte, de una lectura de los errores señalados por los doctores demandados nos percatamos que todos alegaron que el foro de instancia incidió al determinar que los médicos fueron negligentes en el tratamiento ofrecido a Heriberto; al determinar que Heriberto sufrió de un evento de hipoglucemia y que fue ello la causa del paro cardiorrespiratorio. Debido a que tal señalamiento de error versa sobre la controversia principal del presente caso, atenderemos tal asunto de forma prioritaria y conjunta.

No hay duda alguna en cuanto a que Heriberto el día de su nacimiento sufrió un evento cardiorrespiratorio y que como secuela del mismo sufrió deficiencias en su desarrollo neurológico. La parte demandante apelante alegó que lo ocurrido a Heriberto fue consecuencia del cuidado y tratamiento negligente que le brindaron los médicos a Heriberto, pues no iniciaron el protocolo necesario para pacientes con riesgo de hipoglucemia. Por su parte, los doctores demandados alegaron que fueron diligentes y proporcionaron a Heriberto el cuidado adecuado en relación con su estado de salud al nacer, se alertó sobre su posible riesgo de padecer hipoglucemia y actuaron conforme a las normas de cuidado para la fecha de los hechos.

⁷⁰ *Vera v. Dr. Bravo*, 161 D.P.R. 308, 321 (2004). *Mun. de San Juan v. Bosque Real, S.E.*, 158 D.P.R. 743, 774 (2003); *Campos v. Cía. Fom. Ind.*, 153 D.P.R. 137, 143 (2001); *Culebra Enterprises Corp. v. E.L.A.*, 127 D.P.R. 943, 950 (1991).

Tras un extenso, detallado, y minucioso examen del expediente determinamos que los médicos que atendieron a Heriberto Montalvo no incurrieron en negligencia en el tratamiento ofrecido al menor y que **actuaron conforme al estándar de tratamiento para la fecha de los hechos**. Reconocemos que la situación de salud por la cual atravesó Heriberto es una lamentable, más aun cuando se demostró que tal incidente acarreo percances en su desarrollo. Sin embargo, de la totalidad de la prueba presentada se demostró que los médicos que atendieron a Heriberto actuaron conforme a las normas de cuidado y los estándares aplicables a su caso. Veamos.

El Dr. Pérez Cruz era el pediatra de turno en la mañana que nació Heriberto. Asistió en el proceso de la cesárea y al reconocer que Heriberto era un bebé grande para su edad gestacional lo catalogó como uno con riesgo de hipoglucemia. Atestó el Dr. Pérez Cruz que por ello, dio instrucciones al Dr. Irizarry, interno que rotaba en el área de pediatría, para que se activaran los dos protocolos, el de bebés sanos y el de bebés a riesgo de hipoglucemia.

Como antes indicamos, la primera nota médica sale erróneamente reportada a las 8:00 am, previo al nacimiento y fue hecha por el Dr. Irizarry. Sin embargo, en ella se reportó al niño Heriberto como uno normocéfalo, activo, estable, grande para su edad gestacional [...] se va a observar al paciente durante 24 horas para cambio de coloración, temperatura y para ver evacuaciones y emisión. Observar y seguir órdenes médicas.⁷¹

Surge del expediente que se inició con prueba de glucosa en sangre por dextrostix a las 9:40 am que arrojó un resultado de 40 mg/dl y alimentación temprana a las 10:00 am. Lo cual demuestra que con Heriberto se inició un tratamiento para su riesgo de padecer hipoglucemia. Además, de la anotación del expediente médico de las 11:00 am, cuando el bebé llegó al área del “*nursery*”, según atestó el Dr.

⁷¹ Véase testimonio del Dr. Irizarry, TPO del 7 de marzo de 2014, págs. 62-66

Irizarry, surge el seguimiento en cuanto a la alimentación temprana, protocolo usual de cuidado de bebé, y mantener observación en caso de cianosis, falla respiratoria, hipoglucemia, convulsiones, y sangrados.

De lo anterior, surge que una vez nació Heriberto por ser un bebé grande para su edad gestacional se ordenó se mantuviese en observación por posible riesgo de hipoglucemia. Ello a pesar de que la medida de sangre en glucosa de Heriberto había arrojado un valor de 40 mg/dl a las 9:40 am. Medida que conforme demostró la prueba pericial para la fecha de los hechos, no era catalogada como una medida baja. El estándar de cuidado para la fecha de los hechos identificaba la medida de menos de 30 mg/dl como una baja en niveles de glucosa.⁷² No obstante lo anterior, a Heriberto se le administró glucosa a las 10:00 am, disminuyendo así el riesgo de que Heriberto fuese a sufrir una baja en los niveles de azúcar. El Dr. Pérez Cruz se retiró del Hospital a las 12:00 del mediodía, pues ese era su turno de trabajo. Indicó que como era la costumbre, los bebés quedaron al cuidado de la Dra. Figueroa, los internos y las enfermeras. Heriberto se encontraba estable.

A la 1:00 pm se le administraron 2 onzas de leche a Heriberto y seguía siendo vigilado por las enfermeras del área de bebés sanos como era la costumbre. A las 3:00 pm Heriberto estaba con llanto fuerte, activo y piel rosada. Alrededor de las 4:10 pm de la tarde Heriberto fue encontrado con convulsiones y sufriendo un arresto cardiorrespiratorio. Se trasladó a Heriberto al área de NICU donde fue atendido por la Dra. Figueroa y el Dr. Soto Tapia.

Alegaron los demandantes que lo ocurrido a Heriberto fue consecuencia de un evento de hipoglucemia que no se atendió a tiempo, pues no se instauró el protocolo necesario en este tipo de casos, ya que no se realizaron pruebas seriadas de niveles de glucosa. Determinamos que de la prueba desfilada ello no fue así.

⁷² Véase testimonio Dra. Figueroa, TPO 1 de noviembre de 2014, pág. 124; testimonio pericial del Dr. Bourdony, 11 de marzo de 2014, págs. 118-123, discusión sobre cambio en valores de hipoglucemia conforme transcurso del tiempo. Véase, también pág. 5 del Informe pericial del Dr. Bourdony, pág. 612 del apéndice. (Informe completo, págs., 608-615.

El Dr. Bourdony, conforme a las anotaciones del expediente y su experiencia, indicó que no existe evidencia alguna en el récord médico del bebé que demuestre que la causa del evento hubiese sido un evento hipoglucémico. Por el contrario, recalcó que “la evidencia en el expediente indica que en este paciente nunca ocurrió hipoglucemia”. Con el fin de probar su aseveración el Dr. Bourdony explicó de forma detallada el proceso que ocurre en el ser humano una vez se corta el cordón umbilical y el mecanismo que le permite al bebé mantener la producción de energía. Indicó la función de las hormonas contrarreguladoras y el hiperinsulinismo. Especificó cómo se comportan las hormonas contrarreguladoras y lo que ocurre en un bebé de mamá con diabetes descontrolada. Pormenorizó el metabolismo de las glucosas en la sangre de un bebé recién nacido. Conforme a todo lo expresado y las pruebas de dextrostix realizada a Heriberto al nacer y una vez sufre el evento cardiorrespiratorio, insistió que entre las 9:40 am y 4:10 pm no pudo haberse registrado ningún valor de hipoglucemia. Determinamos que la especialidad del perito Dr. Bourdony, lo capacita para declarar sobre el metabolismo en la sangre de un bebé recién nacido. Además, dicha capacidad fue reconocida inclusive por el Dr. Lidy Morales, perito de la parte demandante. Reconocemos que el testimonio del Dr. Bourdony, quien es un pediatra con especialidad en endocrinología y diabetes, es uno de alto valor probatorio.

Concluimos que con Heriberto se realizó el protocolo necesario para casos como el suyo en el cual a pesar de no haberse presentado niveles bajos de glucosa en sangre, se estableció un tratamiento y se siguió el mismo. Además, no podemos pasar por alto el hecho, que aunque en el expediente se anotó por información brindada por la Sra. Laureano que esta padecía de diabetes gestacional, las pruebas de sangre realizadas a ésta cuando se ingresó al hospital para el parto demostraron que no presentaba glucosa en la orina, lo cual representa que de tener diabetes estaba controlada.

Conforme a la prueba no podemos decretar que los doctores fueron negligentes por el único hecho de no haberse realizado una prueba de glucosa en sangre a Heriberto tres horas después de nacido, cuando la prueba estableció que ello no es necesario en todos los casos. Recordemos que Heriberto no presentó nivel bajo de glucosa, pero aun así se le brindó alimentación temprana con glucosa y posteriormente fue alimentado con 2 onzas de leche. Todo ello antes de las 6 horas que normalmente se le brinda alimentación a un niño que nace sano y sin ningún tipo de riesgo. Con Heriberto se siguió el protocolo correspondiente a su condición de riesgo de hipoglucemia y se mantuvo en observación. Tampoco, podemos ser poco objetivos tras la detallada explicación ofrecida por el Dr. Bourdony sobre la inexistente posibilidad de que el nivel de azúcar en la sangre de Heriberto hubiese disminuido a un valor perjudicial, tomando en consideración que a las 4:30 pm dio un resultado de 57 mg/dl.

Alegó la Dra. Figueroa que el TPI incidió al determinar que esta fue negligente al no vigilar, examinar y tratar a Heriberto Montalvo entre las 12:00 del mediodía y a las 4:15 pm del 1ro de mayo de 1992. Recalcó la Dra. Figueroa que siempre estuvo disponible para atender cualquier evento relacionado con los bebés que estaban en el área de “bebés sanos”, ya que se encontraba en el área de NICU, la cual está al otro lado del pasillo del área de “bebés sanos” o “well babies”. Especificó que el codemandante Heriberto Montalvo se encontraba en el área de bebés sanos quienes eran atendidos por los médicos internos, Dra. Toledo y el Dr. Irizarry, y las enfermeras graduadas quienes no fueron notificados de ningún evento de salud del menor. Adujo que tan pronto se le notificó que el codemandante Heriberto Montalvo sufría un fallo cardiorrespiratorio atendió inmediatamente al mismo junto al Dr. Soto Tapia y lograron salvarle la vida. Especificó que sus actuaciones no fueron contrarias a las normas de conocimiento y cuidado médico que le exige la profesión. Llamó la atención a lo expresado por el perito de la demandante en

cuanto a que es una práctica aceptada en un paciente estable quede al cuidado de las enfermeras en el área de bebés sanos y que de ocurrir algún evento que requiera atención médica se comunican con los neonatólogos en el área de NICU.

Al examinar el testimonio de la Dra. Figueroa junto con el expediente médico y los testimonios periciales concluimos que la Dra. Figueroa no fue negligente en el tratamiento ofrecido a Heriberto Montalvo. Si bien es cierto que la Dra. Figueroa era la pediatra en turno en SSNN, de 8:00 am a 4:00 pm, conforme a su turno de trabajo, al retirarse el Dr. Pérez Cruz a las 12:00 md del área de bebes sanos dicho bebés quedaban bajo su cuidado, sin embargo, ello no requería que la Dra. Figueroa, quien se encontraba en el área de NICU, se personara a dicha área a verificar a los bebés cuando el Dr. Pérez Cruz se retirara. Es la práctica aceptada que los bebés que están en el área de bebés sanos ya han sido evaluados por los pediatras y se ha establecido el tratamiento a seguir con cada uno de ellos, y están acompañados de médicos internos y de varias enfermeras quienes los cuidaban y vigilaban constantemente. De surgir alguna situación de salud con alguno de los bebés catalogados como sanos, el personal médico o de enfermería que atendía a dichos bebés llamaban a la Dra. Figueroa.⁷³ Atestó la Dra. Figueroa que ello fue precisamente lo que hizo cuando las enfermeras notificaron las condiciones en las cuáles encontraron a Heriberto. Para el 1ro de mayo de 1992, la Dra. Figueroa compartía sus funciones en el intensivo neonatal con el Dr. Soto Tapia, neonatólogo, y junto a éste implementó el protocolo necesario para atender el arresto cardiorrespiratorio que estaba sufriendo Heriberto. Reiteró que brindó a Heriberto todo el cuidado necesario desde el momento que tuvo contacto con el menor, o sea, desde después de las 4:00 pm del 1ro de mayo de 1992.

⁷³ Sobre el particular, véase testimonio de la Dra. Figueroa pág. 100, l. 9-25; pág. 107 l. 12-21; pág. 150, l. 11-23; TPO del 1ro de noviembre de 2012.

La Dra. Figueroa también afirmó la existencia de un protocolo a seguir con los niños con riesgo de hipoglucemia, aunque no recordó si el mismo constaba por escrito. Cónsono con lo depuesto en el año 2006, la Dra. Figueroa describió el protocolo a seguir en los casos de riesgo de hipoglucemia como uno consistente en alimentación temprana y tomar medida de azúcar por dextrostix.⁷⁴ Si la azúcar estaba en parámetros que se consideraran bajitos, o entre lo bajito y lo normal, pues se realizaba un azúcar central. Esto es, obtener una muestra de sangre, sacada de una vena, y medir en ella los niveles de azúcar. Si estaba en parámetros normales, lo que se hacía era observar al bebé.⁷⁵ En cuanto a los valores de azúcar de 40 mg/dl y 57 mg/dl, medidas tomadas con el dextrostix, afirmó que las mismas no se encontraban entre bajito y normal. También afirmó que el valor fronterizo para el resultado de azúcar lo era, para la fecha de los hechos, de 30 mg/dl o menos. Conforme a ello, reiteró que la medida de 40 mg/dl estaba normal.⁷⁶ Asimismo, indicó que la prueba de azúcar central realizada cuando Heriberto estaba en NICU que reflejó 187 mg/dl es una normal.

Cónsono con ello, concluimos que el foro de instancia erró al determinar que Heriberto Montalvo sufrió daños permanentes al sistema nervioso central, con peripecia cerebral, sufrió estrabismo, presenta retraso psicomotor significativo permanente que limita en sus oportunidades académicas, sociales y de trabajo, debido a su grado de incapacidad física y mental, como consecuencia de los eventos ocurridos el 1 de mayo de 1992 y la negligencia de los médicos demandados. La prueba presentada en el juicio no demostró cuál fue la causa específica del arresto cardiorrespiratorio sufrido por Heriberto Montalvo, pues el propio perito de la parte demandante, testificó que pudo haber sido una sepsis, hemorragia, derrame cerebral espontáneo, una hipocalcemia, hipomagnecemia, o cambios en el metabolismo, **pero que la causa no se demostró con certeza médica razonable.**

⁷⁴ Véase págs. 111-117, Testimonio Dra. Figueroa, TPO del 1ro de noviembre de 2012,

⁷⁵ Id. Pág. 113, l. 9-17.

⁷⁶ Id, pág. 124, l. 10-21.

En un caso de impericia médica corresponde al demandante probar el acto negligente, el daño y establecer el nexo causal entre ese daño y la actuación negligente del médico u hospital. Se presume que la actuación de los doctores es correcta y que ejercieron su labor con un grado razonable de cuidado y el tratamiento fue adecuado. Conforme a toda la prueba presentada concluimos que la parte demandante apelante no derrotó la presunción de corrección en el tratamiento ofrecido a Heriberto. Lo ocurrido a Heriberto fue un hecho lamentable, sin embargo, del expediente médico surge que, tanto los médicos como el personal de enfermería brindaron a Heriberto el cuidado y tratamiento médico aceptado para la fecha de los hechos.

Por ello, revocamos el dictamen del foro de instancia.

Resuelto lo anterior, resulta innecesario que atendamos los demás señalamientos de error de las partes.

Cónsono con nuestro dictamen, revocamos la otorgación de costas a favor de los demandantes apelantes.

IV.

Por los fundamentos expuestos revocamos la Sentencia apelada.

Notifíquese a todas las partes.

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

La Juez Cintrón Cintrón está conforme en cuanto a la prescripción de la causa de acción de la Sra. Laureano y disiente sin emitir opinión escrita en cuanto a todo lo demás.

Lcda. Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones