Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE GUAYAMA

GLADYS CORREA ALMODÓVAR Y OTROS Demandantes - Apelantes V. HOSPITAL EPISCOPAL CRISTO REDENTOR Y OTROS Demandados - Apelados	KLAN201700733 Consolidado con: KLCE201701759 KLCE201701771	*APELACIÓN* procedente del Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Guayama Caso Núm.: G DP2009-0204 Sobre: DAÑOS Y PERJUICIOS

Panel integrado por su presidenta, la Juez Coll Martí; la Juez Lebrón Nieves y la Juez Méndez Miró

Lebrón Nieves, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 18 de septiembre de 2018.

El presente caso consiste de un recurso de apelación (KLAN201700733) consolidado con dos autos discrecionales de *certiorari* (KLCE201701759 y KLCE201701771). La apelación impugna la Sentencia del Tribunal de Primera Instancia, Sala de Guayama, emitida el 16 de noviembre de 2016, notificada el 5 de diciembre de 2016. Mediante ese dictamen, el foro *a quo* declaró Sin Lugar la reclamación por daños y perjuicios instada por la parte demandante de epígrafe, en contra del Hospital Episcopal Cristo Redentor, el doctor Carlos Acevedo Rego y su aseguradora.

De otro lado, los peticionarios, quienes prevalecieron en el pleito ante la primera instancia judicial, sometieron sendos memorandos de costas, pero el tribunal primario se negó a atenderlos, debido a que se había presentado esta apelación. De esa determinación, ambos recurren en *certiorari*.

Veamos el contexto fáctico y procesal en el cual se desarrollan las presentes controversias.

I

A

Este caso se inicia el 10 de diciembre de 2009, ocasión en que la señora Gladys Almodóvar Gual (Q.E.P.D.) y sus hijas, Vivian y Gladys Dimaris Correa Almodóvar, presentaron una demanda por daños y perjuicios contra el Hospital Episcopal Cristo Redentor, Inc. (Hospital), dos demandados de nombres desconocidos, identificados como Dr. John Doe y Fulano de Tal, y una compañía aseguradora también sin identificar, nombrada como ABC.[1]

La parte demandante alegó que la muerte de su madre y abuela, respectivamente, la señora Guadalupe Gual Rivera (señora Gual Rivera o doña Guadalupe, Q.E.P.D.), acontecida el 28 de junio de 2007, fue producto de las omisiones y actuaciones negligentes de los demandados, quienes debían responder solidariamente. En particular, adujo que el diagnóstico y el tratamiento incorrectos causaron el deceso de la paciente. Las demandantes reclamaron una indemnización de $903,500.00. Dicha cuantía incluye, entre otros, los gastos incurridos en la autopsia realizada por la doctora Yocasta Brugal.

Cabe señalar que, el 26 de junio de 2008, la parte demandante había presentado una reclamación judicial con las mismas alegaciones, en contra del Hospital y otros demandados de nombres desconocidos.[2] Dicha demanda fue desistida voluntariamente, mediante una moción presentada el 17 de diciembre de 2007.[3] Por consiguiente, el Tribunal de Primera Instancia dictó Sentencia de

---

[1] Apéndice del KLAN201700733, págs. 25-29.
[2] Apéndice del KLAN201700733, págs. 466-470.
[3] Apéndice del KLAN201700733, pág. 471.

Archivo por Desistimiento, sin perjuicio, el 7 de enero de 2009 y la notificó el día 14 siguiente.[4]

Instada la segunda reclamación dentro del nuevo término de prescripción y previo al diligenciamiento de los emplazamientos, el 9 de febrero de 2010, las demandantes presentaron una primera enmienda a la demanda.[5] La enmienda consistió en la sustitución, por primera vez, del nombre del demandado desconocido por el del médico generalista Carlos Acevedo Rego (doctor Acevedo Rego) y, el de la aseguradora, por el del Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria (SIMED). Posteriormente, la demanda fue nuevamente enmendada.[6] Esta vez, se sustituyó a la señora Gladys Almodóvar Gual, quien falleció pendiente el litigio el 5 de febrero de 2012, por Gladys Dimaris, Vivían y otros herederos.[7]

Los emplazamientos fueron diligenciados y las partes demandadas presentaron sus respectivas alegaciones responsivas.[8] En apretada síntesis, los demandados negaron las alegaciones vertidas en su contra y alegaron la prescripción de la causa.

El 20 de enero de 2012, los litigantes sometieron el Informe de Manejo del Caso.[9] Luego, el 28 de marzo de 2014, las partes presentaron conjuntamente al foro primario el Informe de Conferencia Preliminar entre Abogados.[10]

---

[4] Apéndice del KLAN201700733, pág. 472.

[5] Apéndice del KLAN201700733, págs. 30-35.

[6] Apéndice del KLAN201700733, págs. 67-72.

[7] Del dictamen se desprende la inclusión de Cirilo, Enrique, Leslie y Jackeline, todos de apellidos Correa Almodóvar.

[8] La contestación a la demandada enmendada del galeno y SIMED se encuentra en el Apéndice del KLAN201700733, págs. 44-52. La contestación de la demanda del Hospital y la subsiguiente enmienda a la referida alegación responsiva está en el Apéndice del KLAN201700733, págs. 53-58 y 59-66. Es meritorio mencionar que el Hospital solicitó la desestimación de la demanda por prescripción, pero el foro de primera instancia rechazó su planteamiento. Véase, Apéndice del KLAN201700733, págs. 36-39; 40-41; 42-43.

[9] Apéndice del KLCE201701759, págs. 137-143.

[10] Apéndice del KLAN201700733, págs. 73-97 y 98-104.

En dicho escrito judicial, los demandantes indicaron que doña Guadalupe, quien para la fecha de los hechos tenía 94 años, sufría de diversos padecimientos de salud, tales como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia renal y las amputaciones de sus dos piernas. Teorizaron que, luego de la admisión hospitalaria de doña Guadalupe el 18 de junio de 2007, por padecer fiebre y diarrea causada por una gastroenteritis aguda y deshidratación, ésta debió ser dada de alta el día 21. Ello, porque presentaba una notable mejoría. Sin embargo, arguyeron que el doctor Acevedo Rego arriesgó injustificadamente a la paciente al optar retenerla en el Hospital y referirla a la sala de operaciones para tomarle una línea central, debido al pobre acceso venoso de doña Guadalupe, con el propósito de administrarle más medicamentos. Reconocieron que el doctor Acevedo Rego dio de alta a la paciente el día 24 de junio, pero ésta permaneció en el Hospital por falta de una ambulancia que la condujera al hogar de ancianos donde residía (Los Ágape). Los demandantes sostuvieron que el cuadro clínico de doña Guadalupe empeoró a partir de ese momento, pues alegadamente adquirió una infección en la institución hospitalaria, que ocasionó su fallecimiento en la mañana del 28 de junio de 2007. Acotaron que el médico se apartó de la mejor práctica de la medicina, no sólo al exponer a la paciente al ambiente riesgoso del Hospital, sino al pasar por alto la severidad del cuadro clínico y tratarla equivocada y negligentemente.

De su lado, en el Informe de Conferencia, el doctor Acevedo Rego apostilló que doña Guadalupe, además de los males mencionados, también padecía de estenosis severa de la válvula aórtica, enfermedad periférica severa con la referida amputación de sus piernas, Alzheimer y un historial como fumadora de más de cuarenta años. Posterior a su admisión al Hospital por un padecimiento de gastroenteritis aguda, diarrea, fiebre y

deshidratación severa, el galeno indicó que la paciente respondió favorablemente al tratamiento a base de antibióticos. Explicó que, al segundo día de hospitalización, el acceso a la vena periférica se ocluyó y no se pudo canular otra vena, por lo que se consultó a un cirujano para obtener un acceso venoso central y así continuar con el tratamiento de antibióticos, alimentación e hidratación. Adujo que, luego de ser evaluada por el cirujano y el anestesiólogo, la paciente fue intervenida sin complicaciones el 22 de junio de 2007. El médico aseguró que doña Guadalupe mejoró, pero que días después presentó fiebre, razón por la cual, se consultó a un infectólogo, quien realizó un cultivo de sangre y orina y administró antibióticos conforme los resultados. No obstante, el doctor Acevedo Rego alegó que doña Guadalupe presentó dificultad respiratoria y no respondió al tratamiento, falleciendo luego de un arresto respiratorio. El galeno rechazó haber obrado de manera negligente ni apartarse de la atención médica reconocida por la profesión.

Por su parte, en el Informe de Conferencia, el Hospital describió detalladamente el tratamiento brindado a doña Guadalupe. Esgrimió que la causa de su muerte no estuvo relacionada con el procedimiento de cateterización de la vena central, sino con la historia natural de un ser humano de 94 años afectado por múltiples condiciones de salud.

B

Trabadas así las controversias, el juicio en su fondo se celebró del 1 al 5 y 8 de febrero de 2016; continuando del 18 al 21 de julio de 2016; el 3, 4 y 12 de agosto de 2016. Por la parte demandante, testificaron las hermanas Gladys Dimaris y Vivian Correa Almodóvar; así como su perito, el doctor Juan Rosado Matos. En cuanto al galeno demandado, quien también prestó su testimonio en el procedimiento judicial, testificó su perito, el doctor Pedro

Panelli Ramery. Finalmente, declaró la doctora Anibelle Altieri Ramírez, perita del Hospital.

Las partes estipularon los expedientes médicos de la señora Gual Rivera, tanto del Hospital demandado[11] como el del Hospital Dr. Pila,[12] donde se le practicaron las amputaciones de sus piernas. Asimismo, se estipuló el expediente médico de la oficina del doctor Acevedo Rego, ya que doña Guadalupe había sido su paciente desde finales de 2004, así como el Protocolo de Autopsia.[13] Además, los litigantes convinieron la admisión de sendas pólizas de seguro a favor de los demandados.

De los hechos incontrovertidos se desprende que la señora Gual Rivera fue operada el 8 de junio de 2007 en el Hospital Dr. Pila, para amputarle la pierna izquierda, debido a una gangrena. Fue dada de alta el día 10 siguiente y se trasladó al hogar de ancianos donde residía, Los Ágape, con antibióticos orales. Un par de años antes, se le había amputado la pierna derecha.

El 18 de junio de 2007, luego de celebrar su 94 cumpleaños, acudió a la sala de emergencia del Hospital Episcopal Cristo Redentor, ya que presentaba diarrea, fiebre e hipoactividad. El 19, bajo la recomendación del doctor Acevedo Rego, fue admitida a la institución hospitalaria. Doña Guadalupe llegó desde Los Ágape al Hospital con una sonda de "Foley" o catéter urinario.

El 22 de junio de 2007, una vez el doctor Acevedo Rego consultó con el cirujano, se le insertó quirúrgicamente un catéter o acceso por la vena yugular interna derecha. La intervención estuvo a cargo del doctor Roque Pino. El consentimiento de esta intervención fue informado.[14] El doctor Acevedo Rego dio de alta a la paciente el día 24, pero como no había una ambulancia disponible

---

[11] Apéndice del KLAN201700733, págs. 105-387.
[12] Apéndice del KLAN201700733, págs. 391-414.
[13] Apéndice del KLAN201700733, págs. 388-390.
[14] Transcripción de la Prueba Oral, Tomos 7, págs. 101-102.

que la trasladara al hogar de ancianos permaneció en la institución hospitalaria. Esa noche y al día siguiente, doña Guadalupe volvió a presentar fiebre.

Entre el 27 y el 28 de junio de 2007, la paciente presentó fatiga y dificultad respiratoria. Luego, sufrió un arresto cardio respiratorio. Falleció el 28 de junio de 2007 a las 8:20 de la mañana. El 18 de octubre de 2008 se exhumó el cuerpo de la señora Gual Rivera para fines de autopsia.[15] Debido a la falta de tejido viable para examinar, el informe forense se basó en los expedientes médicos.

Parte Demandante

Dr. Juan Rosado Matos[16]

El perito de la parte demandante es especialista en medicina interna y geriatría. Enumeró los padecimientos de la señora Gual Rivera antes de ser admitida al Hospital demandado, entre los que mencionó enfermedad arteriosclerótica, enfermedad periferovascular, amputación de ambas piernas, demencia vascular (Alzheimer), insuficiencia renal (estadio 4) e hipertensión.[17]

Según el expediente médico estudiado, indicó que la señora Gual Rivera fue internada en el Hospital con síntomas de diarrea, fiebre e hipoactividad. Manifestó que los leucocitos y neutrófilos de los laboratorios efectuados a la paciente salieron elevados. De igual forma, el perito repasó de modo general el tracto de análisis y tratamiento impartido a doña Guadalupe.[18]

Para el experto, la señora Gual Rivera no tenía línea de acceso venoso, pero dijo que ésta no necesitaba una línea central. Por ello, acotó que no había indicación para dejarla institucionalizada, pues los hospitales pueden ser dañinos a los pacientes de esa edad. Añadió que, de querer continuar el tratamiento con antibióticos, se

---

[15] Apéndice del KLAN200700733, pág. 87.
[16] Transcripción de la Prueba Oral, Tomos 1-3, 6, págs. 39-116.
[17] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 20, 31, 42-44.
[18] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 107, 110, 114-132.

podían administrar oralmente. Acerca del cultivo de orina, indicó que el resultado de cien mil colonias (flora gram positivo) era una cantidad mínima. "Que no hay infección. . . . Pero hay bacteria. Había una bacteria seguro".[19]

Sobre la infección por *Estafilococo Aureus* afirmó:

> Bueno, que evidentemente y no habiéndole administrado antibióticos cuando se toman en esas muestras, pues necesariamente nos vemos forzados a concluir de que. . . de que la bacteria que se alojó en la sangre, el "staph aureus" en los tres cultivos de sangre, cuarenta y ocho horas más tarde de habérsele tomado una línea central corresponden a una infección adquirida en la institución hospitalaria.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, pág. 174.

El peritó reconoció que, aun cuando no se identificó la bacteria en la orina en el laboratorio tomado al ingreso, no se puede descartar que fuera *Estafilococo Aureus*, ya que era un gram positivo. "Se encuentra muy rara vez". De igual forma, aceptó el hecho que las bacterias pasen de la orina a la sangre.[20]

El doctor Rosado Matos vinculó la infección con la línea central; y esa infección, con la muerte por sepsis. Ello, por la cercanía entre el procedimiento quirúrgico y la fiebre. Afirmó que doña Guadalupe llegó al Hospital sin una infección de sangre, pero que, después de 48 horas de la intervención presentó fiebre. Indicó que la infección por *Estafilococo Aureus* era nosocomial o aquella "que desarrolla un paciente después de setenta y dos horas en una institución hospitalaria". Indicó que las infecciones nosocomiales están relacionadas a instituciones hospitalarias y con los hogares de cuido de ancianos.[21]

En relación con los focos de infección, el perito expresó: "En el caso de ella es muy difícil tener algún otro foco de infección, a

---

[19] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 132-134, 165-167; Tomo 2, pág. 284.

[20] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, pág. 286.

[21] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 364, 277-278; Tomo 3, págs. 55-56.

excepción obviamente de orina, porque se le insertó un catéter, un Foley y también es fuente de infecciones. Aunque no usualmente "staph aureus". Hay otras bacterias que son las más frecuentes en infecciones de orina".[22] Conforme la opinión del doctor Rosado Matos, doña Guadalupe tuvo sepsis, que describió como cuadro clínico continuo, como respuesta a una infección. Dijo que la misma fue la causa de muerte de la paciente y descartó las demás. En el Certificado de Defunción se consignan cuatro causas: arresto cardio respiratorio, sepsis, estenosis aortica severa y fallo renal crónico.[23]

Acerca del riesgo inherente, lo definió como "aquel riesgo que está íntimamente asociado al procedimiento que sea. O sea, que es parte. Se podría decir que no importa lo que se haga podría ocurrir".[24] En cuanto a la infección como riesgo inherente del procedimiento de la línea central opinó:

> Bueno, mi opinión es que no es un riesgo inherente el adquirir una infección en un procedimiento como lo es una línea central que donde la invasión, aunque obviamente hay una invasión al organismo, vamos a atravesar la piel, pero es relativamente sencillo. Es relativamente corto en tiempo.
>
> No son muchas las manos ni el tiempo que dure el procedimiento. O sea, que es... son riesgos, al igual que uno podría que producir un neumotórax, explotar un pulmón, es inherente, porque uno mete la aguja ahí. No es negligencia. Son riesgos de complicaciones, pero ese riesgo a desarrollar complicaciones es igual, no es "sine qua non" a riesgo inherente.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, pág. 274.

Para el perito de los demandantes, la administración de líquidos fue excesiva para una persona de la edad y las condiciones preexistentes de doña Guadalupe, particularmente el fallo renal; e indicó que la señora Gual Rivera únicamente eliminaba la orina por el "Foley". Reconoció que, al momento de su ingreso, la administración de líquidos correspondía a la práctica de la medicina

---

[22] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, pág. 278.
[23] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 279-283.
[24] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, pág. 272.

cuando se entiende que el paciente está deshidratado. No obstante, al calcular la ingesta de líquido *vis a vis* la eliminación, el perito indicó que el excedente se ubicó en los pulmones, la pared abdominal y la espalda en general. Este cálculo no advirtió otras cantidades inferiores del expediente, por lo que aceptó que requeriría de ajustes. Admitió que el expediente no menciona ningún edema o taquicardia, posibles síntomas del exceso de líquido; ni que para el día 27 la paciente tampoco presentó dificultad respiratoria, como se esperaría si hubiera tenido la sobrecarga imputada. La placa de pecho del día 26 no mostraba retención de líquido.[25]

De otro lado, el perito confrontó las conclusiones de los informes periciales del Hospital y el doctor Acevedo Rego, las cuales, en su mayoría, no avaló.[26] Ahora bien, es meritorio señalar que el perito de los demandantes desconocía sobre la cercanía de las fechas entre la amputación y la hospitalización, incluso que todavía tenía las grapas quirúrgicas de aquel procedimiento; así como que, como consecuencia de ello, la señora Gual Rivera recibía antibióticos orales. El perito de los demandantes tampoco conocía el historial de tabaquismo por cuarenta años de la paciente, que obra en el expediente médico.[27] Por tanto, asintió que era razonable pensar que, por el cuadro de fiebre los glóbulos blancos en más de quince mil, había un proceso infeccioso en proceso. Concordó en que debía descartarse un cuadro viral y pensar en uno bacterial.[28]

> P Y tenemos una paciente que llega con una amputación reciente y un Foley puesto.
>
> R Estamos de acuerdo en todo. Sí.
>
> P Y los riesgos de la amputación es infección. ¿Y por un Foley también puede haber infección?

---

[25] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 1, págs. 175-181, 203, 233; Tomo 2, págs. 249-252, 259, 325; Tomo 3, págs. 42-44, 102-105.
[26] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, págs. 16-30.
[27] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, págs. 226-227, 233-234, 259.
[28] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, págs. 228, 261.

R Correcto.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, pág. 261.

En un posterior turno de interrogatorio, el doctor Rosado Matos concordó con la necesidad de hospitalizar a la señora Gual Rivera, así como el tratamiento brindado a su admisión y las consultas con varios especialistas, como el infectólogo, neumólogo nefrólogo. Indicó que los cultivos ordenados al ser hospitalizada tardan entre tres a cuatro días. Reiteró que, luego de la química de sangre, debido a que ya la paciente no tenía diarrea ni fiebre, se debió dar de alta para el día 21. Reconoció que el doctor Acevedo Rego recomendó la consulta al cirujano y que este último podía negarse a realizar el procedimiento.[29]

P Entonces para el día 21 todavía había cosas pendientes ordenadas que no tenían buen resultado como, por ejemplo, los cultivos de sangre y orina.

R Eso es correcto.

P La paciente usted dijo que, me dice si no es verdad, pero que se quedó sin venas. Que es la palabra cuando dicen que se le cierran los accesos venosos.

R Pérdida de acceso venoso. Correcto.

P ¿No se le podían inyectar los medicamentos. . .

R Eso es correcto.

P ...por suero como se ponen por las venas?

R Correcto.

P Entonces el doctor Acevedo Rego pone una consulta a cirugía para considerarse una línea central.

R No para considerar, para que se le coloque una línea central.

P ¿El cirujano ve a la paciente y podría decir "No se la voy a hacer"?

R De poder, puede.

---

[29] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, págs. 241-243, 247.

P ¿El cirujano le coge un permiso a la paciente para él hacerle el procedimiento?

R Sí.

P Sí. En este caso se hizo, ¿correcto?

R Correcto.

P ¿Y el cirujano la hizo?

R Evidentemente.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, pág. 247.

El doctor Rosado Matos vinculó la muerte de doña Guadalupe con la sepsis, sin embargo, las notas del expediente médico para los días 26 al 27 no son acordes con los síntomas de un cuadro clínico de esa naturaleza. La paciente no presentaba aumento de respiraciones, aumento de temperatura ni presión.[30]

En fin, el perito coincidió con la causa de muerte del informe de la patóloga Brugal, que consideró los expedientes médicos de los hospitales Dr. Pila y Cristo Redentor, así como que, entre los factores contributorios, no se señala como causa la intervención de ninguna de las instituciones hospitalarias. La patóloga atribuyó el deceso a sepsis con fallo múltiple de órganos. En cuanto al sumario de diagnósticos, se afirmó que las condiciones de sepsis por *Estafilococo Aureus*, gastroenteritis, deshidratación, hipoalbuminemia y desbalance de electrolitos fueron diagnosticadas en el Hospital demandado. Estos diagnósticos no están relacionados con la amputación.[31]

A base del expediente del Hospital, el perito indicó que el día 27 la infectóloga, partiendo de la radiografía, anotó que doña Guadalupe padecía bronconeumonía (BKP) y no cuestionó el tratamiento brindado con antibióticos por esta especialista. Añadió

[30] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 2, págs. 332-334.
[31] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 3, págs. 86-89, 94-97.

ante la pregunta de "qué fue lo que mató" a la paciente, insistió en el manejo de los líquidos, la bacteremia y la sepsis:[32]

> Bueno, el proceso de bacteriemia con sepsis y con el pobre manejo de los líquidos que se le estaban administrando, el fallo renal agudo debido a ese problema de manejo de líquido fue lo que le produjo la dificultad respiratoria. Dado que no hay un examen físico el día 28 ni a las seis ni a las siete y veinticinco, las dos notas del interno, no hacen mención alguna del examen físico. Yo no le puedo decir si estaba edema en el pulmón, pero evidentemente tenía dificultad respiratoria porque esa fue la queja. Y él respondió administrándole Albuterol. ¿Pero qué tenía la paciente? Yo tengo que llegar a la conclusión de que el problema de los líquidos, la sepsis, la bacteriemia fue la que la indujo la tiró a esa crisis de dificultad respiratoria.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 3, pág. 175.

En turnos sucesivos, el perito aceptó que una persona amputada podía sufrir infección y que el cuadro de diarreas pudo ser causado por los antibióticos recetados en el Hospital Dr. Pila.[33]

Finalmente, el perito declaró que en el expediente del Hospital demandado sobre la señora Gual Rivera no se refleja una prognosis pobre o terminal, conducente a un tratamiento paliativo. Afirmó que, a diferencia de la contestación de la querella que hizo el Hospital, a doña Guadalupe se le administró "[e]l tratamiento convencional que se le da a todo paciente que, que tiene alguna enfermedad aguda". Distinguió lo anterior de una autorización a no resucitación, en que ante un cuadro de arresto cardio respiratorio, el paciente no recibirá compresiones.[34]

Gladys Dimaris Correa Almodóvar[35]

Gladys Dimaris, nieta de doña Guadalupe, declaró que su abuela residió en dos hogares en un periodo aproximado de dos años y medio, previo a su muerte.[36] Abuela, madre y nietas eran muy

---

[32] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 3, págs. 173-175, 189, 196.
[33] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 3, págs. 178-179.
[34] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 6, págs. 68, 78-79, 93, 107.
[35] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 6-200.
[36] En uno de los turnos de contrainterrogatorio, Gladys Dimaris contestó en la afirmativa cuando se le preguntó si doña Guadalupe llevaba tres años y medio

unidas. La testigo indicó que recibió de su abuela valiosas lecciones. Dijo que visitaba a su abuela una o dos veces en semana en el hogar. Durante la hospitalización, intercambió turnos con su mamá y hermana para cuidar a doña Guadalupe. En esas ocasiones, dijo que conversó con el doctor Acevedo Rego, quien le decía que doña Guadalupe estaba bien.

La noche entre los días 27 y el 28, la testigo se quedó con su abuela y narró que luego que la enfermera le administró el Tusnel y un medicamento inyectable, la señora Gual Rivera comenzó a sentirse mal (asfixia, sudoración fría, babosidad, los ojos virándose, ronquido bien fuerte y desesperación), por lo que fue al mostrador de enfermeras a buscar ayuda. Luego, la anciana se sintió mejor y se durmió. Al repetir la dosis, se presentó el mismo cuadro; y esta vez, el doctor Mariani fue a la habitación de la anciana y ordenó administrar terapias. La terapista acudió rápidamente, pero los síntomas se agudizaron. El médico regresó, "la miró nada más, no hizo nada", salvo ordenar más terapias. La testigo manifestó que decidió permanecer con su abuela. Acotó que la anciana le dijo: "Bésame, abrázame y no me sueltes porque yo no me quiero ir".[37] El doctor Mariani regresó a la habitación a observarla.[38] Gladys Dimaris declaró que dicho médico visitó la habitación de su abuela en unas cuatro o cinco ocasiones.[39]

En horas de la mañana del día 28, la testigo declaró que el doctor Mariani ordenó terapia y succión por la boca. La testigo vio sangre en el envase. Contó que más personal hospitalario entró a la habitación. Observó a doña Guadalupe descompensarse y

---

residiendo en hogares para ancianos. Transcripción de la Prueba Ora, Tomo 4, pág. 164.

[37] El Tribunal permitió estas expresiones como oferta de prueba. Véase, Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, pág. 86.

[38] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 9, 13-14, 17-19, 29-30, 33, 37-38, 40-41, 47, 49-52, 61-644, 80, 82, 89-91.

[39] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, pág. 199.

comenzar a dar golpes en la cama, la cual se había roto en la madrugada, por lo que la movieron a la cama de al lado.[40]

Una enfermera le tomó los vitales a la anciana. La testigo dijo haber reparado en que su abuela estaba muriendo. Acotó que el personal hospitalario, aunque sí acudió a la habitación, no ayudó a doña Guadalupe a salir de la crisis. Esto le causó desesperación, enojo e impotencia.

La nieta Gladys Dimaris declaró que vio a su madre y a una enfermera conversar. Esta última llevaba un documento en la mano. La testigo dijo que les expresó que la resucitaran si era necesario. No obstante, su madre consintió mediante su firma el documento "do not resuscitate". Afirmó que confrontó a la enfermera y le pidió que rompiera el documento.[41] Sin embargo, la testigo aceptó que conocía que su madre había firmado sendas órdenes de no resucitación los días 26 y 28 de junio de 2007. La del 26 no la cuestionó.[42]

La nieta Gladys Dimaris dijo que regresó con su abuela. Se percató que una enfermera, junto a otras cuatro o cinco personas, entró a la habitación con un carrito rojo, gavetas grises y una máquina "que entiendo que es lo que le ponen a las personas en el área del pecho para entonces poderlas resucitar". Salió como le pidieron. Desde afuera no escuchó nada. Luego se enteró de la muerte de su abuela.[43]

> P ¿Qué le expresaba usted?
>
> R "Mami, cálmate. Mami, ella se murió", y pues Mami seguía expresando una serie de cosas. Yo le dije: "Cálmate, ya se murió, Mami, se murió, se murió". "¿Y cómo es posible?", yo lo que expresaba era "¿Cómo es posible de que se haya muerto si todo estaba bien? ¿Qué pasó aquí? ¿Por qué no la ayudaron", y seguía expresando todas las cosas que estaban ocurriendo porque era la

[40] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 91-93, 107-108.
[41] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 109-113.
[42] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 169-172.
[43] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 128-133.

película completa de toda la noche y que ella llegara a ese punto de, de haber fallecido. Que a pesar de que yo lo estaba viendo yo tenía la esperanza de que eso no pasara. Porque ella estaba en el hospital, que era lo que yo le expresaba, "Tú estás en el hospital y te van a ayudar, por ende, esto no va a pasar", y pasó el fallecimiento.

P ¿Cómo se sintió usted a partir de ese momento?

R Fue bien difícil. Acaba de morir mi abuela. Ver a Mami como estaba en esa situación de, de que perdí a mi mamá. De que qué pasó, Dimaris... Ay, perdón. Cómo ella la había dejado la noche cuando me la entregó. El que no creíamos, por lo menos yo no creía, no pensaba en ningún momento que iba a llegar a la muerte en ese momento dado. Pensaba que ella iba a salir bien de ahí. Y tratar de tranquilizar a Mami el estado en que se puso. Pensar...

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 132-133.

Cuando llegó su hermana Vivian le dio la noticia del deceso. Indicó que las enfermeras fueron a trasladar el cuerpo de la señora Gual Rivera y le reclamó a una de ellas la falta de ayuda solicitada en la madrugada. Luego de eso, un trabajador social con el que coincidió en el elevador la llevó a hacer una querella contra el Hospital, para poder saber qué había pasado, pero no hubo ningún resultado. En la contestación a la querella, sin embargo, el Hospital apostilló las condiciones que sufría la paciente y que el tratamiento que se le dio a la señora Gual Rivera fue paliativo.[44] Según testificó la declarante, al cónclave que celebró el Hospital, entre otros comparecientes, asistió el doctor Acevedo Rego, y acotó que el galeno expresó "que a él no lo habían llamado, que a él no le habían

---

[44] La Testigo no lo recordaba, pero se le confrontó con el documento y aceptó que esa fue la contestación del Hospital a la querella. Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 197-198. Cabe mencionar que se desconocen las alegaciones de la querella.

La contestación a la querella expresa, en lo pertinente:

> [. . .]
> El tratamiento que se le ofreció fue paliativo y conservador, ya que el familiar encargado había firmado la orden de no resucitar. Esta orden implica no realizar ningún procedimiento o tratamiento que prolongue la vida de un paciente con pronóstico vital muy pobre.

Apéndice del caso KLAN201700733, pág. 419.

El doctor Rosado Matos afirmó que esta conclusión no se desprende del expediente médico. Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 6, pág. 107.

notificado y que fue una sorpresa para él. Y que ella estaba bien. [. . .] A mí no me llamaron, a mí no me llamaron".[45]

En el turno de contrainterrogatorio, a preguntas de la representación legal del doctor Acevedo Rego y el Hospital, la testigo reconoció las múltiples condiciones de salud de su abuela y que las mismas eran atribuibles a la avanzada edad de doña Guadalupe, así como que ésta podría morir en un momento no muy lejano.[46]

Vivian Correa Almodóvar [47]

La testigo declaró sobre sus cercanos vínculos familiares y afectivos con doña Guadalupe.[48] Describió los síntomas (diarrea y fiebre) que presentó doña Guadalupe, quien desde días antes se sentía con malestar, por lo que la llevaron al Hospital el 18 de junio de 2007. La señora Gual Rivera acudió primero al área de emergencia. Indicó que, en los días sucesivos, además del doctor Acevedo Rego, otros miembros de la facultad médica de la institución atendieron a su abuela. Declaró que hubo días en que vio a su abuela con síntomas y otros días la veía bien. Su expectativa era "que la iban a atender y que prontamente la iban a dar de alta". Dijo que eso se lo confirmó el doctor Acevedo Rego, quien, en otro momento, también le informó que estaban poniéndole antibióticos, "que estaba un poquito delicada, pero que de eso ya se había mejorado". Incluso, afirmó que en horas diurnas del día 27, cuando la vio por última vez, estaba bien.[49]

El día 28, cuando le informaron de la crisis de doña Guadalupe, la testigo declaró que llamó al doctor Acevedo Rego para decirle que su abuela había desmejorado. Él le respondió que pasaría por el Hospital. Al conocer sobre la condición de doña

---

[45] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 136-137, 140-141, 143-144, 148-150.
[46] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 159-163, 167-168.
[47] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 92-197.
[48] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 94-95, 97-98, 100-102.
[49] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 113, 115-117, 119-121, 163.

Guadalupe, la testigo indicó que se sorprendió pues, a su mejor conocimiento, todo estaba bien. Al enterarse de la muerte de la señora Gual Rivera, volvió a llamar al doctor Acevedo Rego para informarle y reclamarle. En respuesta, sorprendido, el doctor Acevedo Rego manifestó: "Vivian, no me dijeron nada. No me llamaron, no me llamaron". También le indicó que la señora Gual Rivera estaba mayor y tenía sus condiciones.[50] A preguntas de su representación legal, la declarante esbozó el dolor que sintió al constatar la muerte de su abuela. Sintió coraje porque entendía que su abuela superaría este episodio.[51]

En los subsiguientes turnos de interrogatorio, la testigo reconoció las condiciones de salud que tenía su abuela, a quien describió como una "persona longeva", que esperaba llegara a los cien años de edad. Aunque afirmó que no esperaba la muerte de doña Guadalupe en los próximos tres años, aceptó que, en algún momento, fallecería y que su muerte no fue un evento súbito.[52]

Parte Demandada

Dr. Pedro Panelli Ramery[53]

El perito del doctor Acevedo Rego, quien es gastroenterólogo, repasó los hechos plasmados en el expediente del Hospital acerca de la hospitalización, diagnóstico y tratamientos de la señora Gual Rivera. A base del expediente, el Protocolo de Autopsia efectuado por la doctora Yocasta Brugal y el Certificado de Defunción,[54] el perito mencionó que la muerte de la paciente se debió a una pulmonía, secundario a una sepsia, que la llevó a sufrir fallos en múltiples órganos y un arresto cardio respiratorio. Atribuyó la

---

[50] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 124-130.
[51] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 131, 134, 138.
[52] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 143-147, 159, 167, 169.
[53] Transcripción de la Prueba Oral, Tomos 7 y 10, págs. 70-146. Véase, además, el *Curriculum Vitae* y el informe pericial en el Apéndice del doctor Acevedo Rego en el KLAN201700733, a las págs. 1-4; 5-8.
[54] Apéndice del KLAN201700733, pág. 328.

infección de la sangre a *Estafilococo Aureus*, una bacteria comensal que habita en la piel de los seres humanos dondequiera que se acumule sudor, en las áreas perineales y en las secreciones nasales. Indicó que el 82% de las personas presentan bacteremia con *Estafilococo Aureus*.[55] Además del insulto agudo, en alusión a las infecciones, el perito atribuyó la muerte de doña Guadalupe a comorbilidades o condiciones crónicas preexistentes.[56]

Indicó tres posibles focos de infección: la cirugía de amputación, el catéter urinario "Foley" y la línea central efectuada el día 22. Acotó que la paciente tenía tres áreas en que se violaba la integridad de la piel, que favorecían la infección; y que cualquiera de las tres pudo haber sido el foco. Aunque el perito no pudo identificar por cuál de los tres focos se adquirió la bacteria, indicó que lo más probable (50%) fue la línea central, adjudicando a los restantes focos un 25% a cada uno. Aseguró, sin embargo, que la bacteria como tal la adquirió de sí misma y que ese riesgo es inherente al procedimiento quirúrgico al que fue sometida.[57]

JUEZ

Doctor, le voy a hacer una sola pregunta. ¿Si usted hubiera estado en los zapatos del doctor Acevedo Rego, usted tiene una paciente de 94 años, no tiene acceso venoso y en las condiciones que tenía ella, usted hubiera hecho la consulta al cirujano y hecho lo que hizo el cirujano?

R Sí. Primero voy a contestar como médico.

P Como médico es. Usted está en los zapatos del doctor allí.

R Esta paciente es una paciente que está crónicamente enferma. Encima de esas enfermedades crónicas que ella tiene, que ya se discutieron, tiene un insulto agudo. Ese insulto agudo es tan severo que hay que hacerle una amputación, porque si no, se muere. Se le hace la amputación, se manda al 'nursing home' con tratamiento por boca, el cual ella no lo tolera y secundario al no tolerarlo y desarrollar su

---

[55] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 7, págs. 52-53, 56-57, 64, 251.

[56] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 10, págs. 114-115.

[57] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 7, págs. 59; 165-167; 260-261; Tomo 10, págs. 118, 124, 126.

problema gastrointestinal, fiebre y eso que se describe, es que la llevan al hospital. En el hospital se pone acceso vascular y se empieza el tratamiento nuevamente y mejora. Desgraciadamente, dos días y medio después que empieza a mejorar se va el acceso vascular. Si esa paciente se manda al 'nursing home' iba, la infección que tenía parcialmente tratada iba a volver otra vez, porque no había forma de darle antibióticos. No se le podían dar por boca, porque tiene, el sistema digestivo está lastimado.

P ¿Por qué está lastimado?

R Por eso es que desarrolló gastroenteritis.

P ¿Por qué está lastimado?

R Por el mismo antibiótico. Esos antibióticos son nocivos al sistema digestivo. Pueden causar náuseas, vómitos, diarreas, pueden causar úlceras y la paciente presentó parte de esos síntomas en el 'nursing home' cuatro días después que fue dada de alta. Quiere decir que darla de alta al 'nursing home' con antibióticos por boca no era opción. Así que lo único que nos quedaba para poder darle tratamiento de antibióticos que ella necesitaba era un acceso vascular. Desgraciada- mente no se pudo hacer periférico y se hizo a nivel central. Y yo hubiese hecho el mismo manejo.
Es más, yo hubiese sido un poquito más agresivo. Le hubiese puesto la línea central, le hubiese pasado los antibióticos y no la hubiese dado de alta tan rápido como pensaban darla de alta. Yo la hubiese dejado quizás uno o dos días más en el hospital para yo asegurarme de que esa bacteria que causó la amputación se había acabado, ya los antibióticos habían terminado con ese episodio. Y, entonces, la daba de alta para completar el tratamiento de antibióticos en la casa.

P Espérese. Entonces, ¿la sepsis se dio por la infección en el muñón? Es lo que usted me está diciendo.

R Yo no le puedo decir por donde empezó la sepsis.

P No. Lo que pasa es que al final ahí en el certificado médico dice que ella tenía sepsis.

R Sí. sepsis es la culminación de una bacteremia. Bacteremia es bacteria en sangre. Uno hace una bacteremia, si usted va al dentista y le hacen una limpieza de boca, a usted le hacen una bacteremia, pero su cuerpo, que está normal, la combate. Si usted tiene enfermedad de las válvulas del corazón y va al dentista a hacerse la misma limpieza, usted va a hacer la misma bacteremia, pero como tiene problemas de la

válvula del corazón, hay que darle antibióticos, para qué, para matar las bacterias, cosa de que no se metan en el corazón y le hagan daño.
Eso es una bacteremia. Una sepsis es cuando las bacterias se descontrolan y atacan el cuerpo y ya eso es una condición seria y ya esta señora tenía enfermedad de las válvulas del corazón, porque tenía una estenosis de la aorta. Eso quiere decir que esa válvula estaba ya afectada. Y cuando las válvulas están afectadas, una bacteremia puede causar una enfermedad seria del corazón e, inclusive, causar la muerte.
Así que yo, en mi opinión como médico, yo tenía que estar seguro de que esa infección estaba bien controlada y bien tratada. Se trató una vez con antibiótico por boca y no funcionó. No se pudo dar el régimen completo. Así que yo hubiese puesto una línea central y 1a hubiese seguido en tratamiento con antibióticos por la línea central.

P Con el riesgo que eso conlleva.

R Con el riesgo que eso conlleva.

P ¿Preguntas?

LCDA. ESTRELLA
Vuestro Honor, solamente, es que nos parece que no quedó claro.

P Doctor, ¿cuando usted está hablando de la infección que se estaba tratando en el hospital, por la cual usted explicó al tribunal que entendía que procedía colocar la línea central, usted se estaba refiriendo a qué infección, doctor?

R Yo me estoy refiriendo a la fiebre, a la leucocitosis que ella tenía cuando llegó al hospital. A ella le hicieron una amputación de una pierna, porque ella tenía una gangrena.

P Así que usted se estaba refiriendo a la gangrena.

R Estamos pensando que esa infección de la gangrena, que se dio antibióticos y que se mandó para la casa con los antibióticos, no estuvo completamente tratada y por eso ella presentó fiebre en el 'nursing home' y fue admitida con leucocitosis y con fiebre al hospital otra vez.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 10, págs. 132-136.

Sobre el proceder del doctor Acevedo Rego, el perito opinó que, en comparación con los estándares de la medicina, el galeno obró excelentemente.[58]

---

[58] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 7, pág. 31.

Dr. Carlos Acevedo Rego[59]

El generalista doctor Acevedo Rego testificó que conoció a la señora Gual Rivera el 1 de diciembre de 2004; y la atendió como paciente desde esa fecha.

Narró que el 18 de junio de 2007 lo llamaron de Los Ágape e instruyó a que la llevaran a sala de emergencia. El día 19, se comunicó con el Hospital y estuvo acorde con la decisión de hospitalizarla, ya que la paciente presentaba gastroenteritis aguda, deshidratación moderada, fiebre y fallo renal. Se hidrató, alimentó y administró antibióticos, entre otros tratamientos. El día 19 el doctor Acevedo Rego vio a la paciente y la encontró mejor. El día 20 ordenó más laboratorios. Indicó que la paciente había mejorado muchísimo; no obstante, se quedó sin ningún acceso venoso para ponerle suero o alimentación.

> La paciente se queda sin ningún acceso venoso para ponerle suero o alimentación de cualquier tipo. La paciente, en ese momento yo tengo dos opciones. La opción es enviarla para el 'home' en antibióticos por boca, pero sé que no puedo enviarla por boca al 'home' porque ella viene del 'home' tomando Levaquin, lo que le había producido ya una gastroenteritis. En los 'homes' tampoco dan los medicamentos como tiene que ser. También la paciente, tenía miedo que me fuera a rehusar tomarse los antibióticos, las medicinas como se le ordenaban y se le ordena una consulta al cirujano, que le pone una línea central. Se le pregunta al cirujano sobre una línea central y él decide ponérsela.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, pág. 30.

El doctor Acevedo Rego inició una consulta con el cirujano Roque Nido, quien el día 22 le puso a doña Guadalupe una línea central. Al evaluarla, los días 22 y 23, el médico estimó que estaba estable. Por ello, consideró darle el alta el 24. Sin embargo, narró que ese día no vino la ambulancia a buscarla y la paciente permaneció en el Hospital. Esa noche, doña Guadalupe desarrolló fiebre y tos. Se descontinuó el alta. Se cambió el antibiótico, se

---

[59] Transcripción de la Prueba Oral, Tomos 8, 9, 10, págs. 5-68.

ordenó una placa de pecho, se administró una medicina para la tos y se consultó al neumólogo, quien la trató con terapias. La placa de pecho reveló que la paciente tenía neumonía. "Yo inmediatamente pienso en una pulmonía, que lo pensó también, me imagino, la infectóloga". El doctor Acevedo Rego se refería a que el día 25, la señora Gual Rivera fue evaluada por una infectóloga, quien modificó el tipo de antibiótico y ordenó hacer un cultivo. Testificó que los cultivos tardan varios días en arrojar resultados. Así continuó los días 26 y 27, cuando no hubo nuevas órdenes.

De su recuerdo, el doctor Acevedo Rego declaró que la última vez que vio a doña Guadalupe fue el 27 de junio a las 8:45 de la noche. "[L]e pregunté cómo estaba, me dijo con la cabeza que bien. Tenía su cánula puesta, estaba estable, estaba acostada allí en la cama y me fui". Sin embargo, pensaba que la muerte era inminente y así se lo hizo saber a los familiares.

El 28 de junio de 2007, la nieta Vivian llamó al doctor Avecedo Rego a su teléfono celular, mientras éste se encontraba en su residencia, para decirle que su abuela "estaba bien malita, que se había puesto s[ú]per mal y yo, entonces llamo al hospital". La enfermera no pudo atenderlo, pues estaban atendiendo la emergencia ("corriendo un código"). Doña Guadalupe había recibido a las 6:00 de la mañana una terapia de Albuterol y a las 7:30 se le descontinuó el Tusnel y se le repitió la terapia. Falleció en la hora siguiente.[60]

El médico interno Emmanuel Noel completó el Certificado de Defunción y el doctor Acevedo Rego contrafirmó. Como causas de muerte se consignó lo siguiente: (a) arresto cardio respiratorio, (b) sepsis, (c) estenosis aórtica severa y (d) fallo renal crónico.[61]

---

[60] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, págs. 12, 27-30, 32, 35,-37, 43-49; 175; 264-265.

[61] Apéndice del KLAN201700733, pág. 328.

El doctor Acevedo Rego declaró, además, sobre las notas progresivas del 28 de junio de 2007, en las que enumeró nueve diagnósticos: (1) arresto cardio respiratorio, (2) sepsia, (3) estenosis aórtica severa, (4) fallo renal crónico, (5) pobre circulación, (6) hipertensión, (7) amputación de ambas piernas, (8) hipercalemia y (9) anemia.[62] Ante las preguntas de la representación legal de los demandantes, el doctor Acevedo Rego afirmó que la causa inmediata de muerte de la señora Gual Rivera fue el arresto cardio respiratorio, "debido a muchas causas, incluyendo sepsis". Reiteró su parecer cuando se le preguntó si la sepsis fue la causa de la muerte, al contestar en la negativa y apostillar que "[f]ueron muchas condiciones". Según su testimonio, la sepsis no se pudo probar porque no se realizó una autopsia; y reafirmó que sí hubo un fallo multiorgánico.[63]

Acerca de las consideraciones que evaluó el médico, éste testificó lo siguiente:

> LCDO. VELÁZQUEZ
>
> Doctor, usted a preguntas de la compañera del hospital, abogada del hospital, dijo que usted siempre consideró de que tenía doña Guadalupe una infección no cubierta.
>
> R No, una infección... No, yo no dije eso.
>
> P ¿No cubierta?
>
> LCDA. ESTRELLA:
>
> Objeción, sí. Es 'misleading'. Eso no fue lo que él dijo.
>
> LCDO. VELAZQUEZ:
>
> ¿Qué fue lo que dijo con relación a eso? ¿Usted siempre consideró qué?
>
> R Que doña Guadalupe tenía una infección que estaba encubierta.
>
> P ¿Encubierta?
>
> R Sí. Que posiblemente pudiera tener una infección en algún otro lado.

---

[62] Apéndice del KLAN201700733, pág. 239.

[63] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, págs. 194-197; Tomo 9, pág. 204; Tomo 10, págs. 58-59.

P O sea, usted entiende que lo que yo dije no es lo mismo que encubierta. Yo dije no cubierta, es encubierta. ¿Usted dijo encubierta? ¿Usted dijo encubierta? Es para arreglar mis notas.

R Yo dije que doña Guadalupe posiblemente tenía otra infección añadida.

P ¿Encubierta?

R Sí, escondida.

P Okey. ¿Desde cuándo usted tenía esa impresión?

R Desde el primer día que la hospitalicé.

P Okey. Y yo le pregunto, ¿qué para usted podría haber significado una infección encubierta?

R Lo que pasa es que las personas adultas; mayores, de muchos años, muchos, muchos años hay que chequearlas muy bien, porque en un abrir y cerrar de ojos se pueden morir por cualquier cosa, incluyendo una infección que muchas veces los síntomas y los signos son mucho menos que en una persona que tenga cuarenta o cincuenta años, que te lo puede expresar y te lo puede decir.

P Pues, dígame una. Dígame una de las que usted sospechó.

R Yo sospeché que pudiera tener una infección dentro de la cirugía de la amputación del...

P ¿Del muñón?

R Del muñón.

P Okey.

R Y que hubiera contractado...

P Número uno. ¿Qué más usted pensó que pudiese tener?

R ¿Aparte de la gastroenteritis?

P Sí. O sea, de la encubierta esa que usted dice.

R Pudiera tener una bacteremia que la hubiera...

P ¿En dónde, doctor?

R Una infección, una sepsis, una bacteremia que la podía haber recogido del mismo 'home'.

P Okey.

R Porque los 'homes' tienen muchas, muchas bacterias.

P ¿Qué más, doctor? ¿Qué otra infección pudo haber cogido o pensó usted que pudiera tener encubierta doña Guadalupe?

R A mí lo más que me preocupaba era una infección que trajera del 'home'.

P Infección que trajera del 'home'. ¿Dónde?

R En cualquier lado. Una infección bacteriana. Por eso se cultivó.

P Pero usted no la cultivó, la cultivo la infectóloga.

R Exacto. Ya ella la...

P Y usted estuvo de acuerdo con eso, naturalmente.

R Sí, claro.

[. . .]

P Dígame, doctor, si en algún lado del récord médico usted escribió algo: "Sospecho que esta señora puede tener una infección en el muñón".

R No.

P No lo escribió.

R No, eso no se escribe.

P Muy bien. Le pregunto, ¿escribió en algún lado del récord médico: "sospecho que esta señora puede haber tenido una bacteremia que haya traído del 'home'"? ¿Lo escribió o no lo escribió?

R No, no lo escribí.

P Y en tercer lugar, dígame si es o no cierto que en ningún lugar de ese récord médico usted dijo, escribió de que esta señora podía haber traído una infección del 'home', porque...

R Se le hizo un cultivo pensando en eso.

P ¿Y se escribió?

R Se escribió el cultivo.

P Se escribió el cultivo. ¿Pero se escribió si esa infección usted entendía que venía del 'home'?

R No. Es que nosotros no hacemos eso como médicos.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 9, págs. 170-174

Dra. Anibelle Altieri Ramírez[64]

La perita es especialista en medicina interna. Sobre el historial médico de la señora Gual Rivera, la perita indicó que el principal problema de ésta era haber sido fumadora durante cuarenta años y las condiciones renales sufridas.[65] A base del expediente médico del Hospital Dr. Pila, discutió lo concerniente al proceso de amputación. Asimismo, hizo lo propio con el expediente del Hospital demandado y el tratamiento brindado desde la admisión de doña Guadalupe.[66]

Acerca de la intervención quirúrgica, la perita declaró sobre el consentimiento que requieren estos procedimientos invasivos, así como sus riesgos inherentes. En este caso, la hoy fenecida señora Almodóvar Gual firmó el consentimiento del proceso que realizó el doctor Roque Nido sobre doña Guadalupe. En cuanto a los riesgos, partiendo de la premisa de la parte demandante, sobre que la infección fue adquirida a través del catéter, la perita indicó que las infecciones y la muerte súbita son riesgos inherentes.[67]

En relación con los días sucesivos, se destacó la nota médica "Patient should. . . well, be sent home today"; al igual que el tratamiento con antibióticos sería continuado desde el hogar de ancianos. No obstante, al presentar fiebre, la infectóloga reevaluó a la señora Gual Rivera y entendió que sufría una infección nosocomial.[68]

Sobre esta condición, la perita acotó lo siguiente:

> Una infección que se adquiere en el hospital, por lo menos, luego de 24 horas de haber estado. . . de 24 a 48 horas de haber estado admitido, que anteriormente, pues no existía, por lo menos, ninguna evidencia de que hubiera una infección.

---

[64] Transcripción de la Prueba Oral, Tomos 11-13. Véase, además, el *Curriculum Vitae* y el informe pericial en el Apéndice del Hospital en el KLAN201700733, págs. 53-65; 66-81.
[65] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 9, 78, 81.
[66] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 85, 89-112.
[67] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 113-127.
[68] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 128-146.

> [. . .]
>
> Las nosocomiales se pueden adquirir en hospital o en sitios como hogares de ancianos, hogares de cuido, donde hay, pues varias, varias personas admitidas. En es. . . en ambas se puede considerar que es una infección nosocomial.
>
> [. . .]
>
> Okey. Nosocomial, pues es desde que está admitida, ¿verdad? Ahora, que la paciente haya traído la infección, pues la hubiese tenido previamente. Habría que ver de dónde pudo haber traído esa señora esta otra infección. Estuvo hospitalizada. . . Fue dada de alta ocho días antes de un hospital, donde se llevó a cabo la cirugía el día 10, y fue admitida el día 18. Estuvo también, después que fue hospitalizada... dada de alta, estuvo en una casa para cuidos, una casa de cuido, que también pudo haber cogido una infección allí. Y luego, fue admitida al. . . aquí, al, al hospital en este caso, y empezada en antibióticos. La verdad es que esa es. . . eso es, es la historia de lo que pasó aquí. Si es. . . ¿Dónde se cogió? Pues la verdad es que, si es nosocomial, pues supongo que sería en el hospital, o sea, se supone que sea en el hospital, ¿verdad? Que hubiese estado previamente tratada, o parcialmente tratada, y haya cogido eso, no hay forma de saberlo.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 147-148, 152-153.

Aclaró que, a su ingreso, los cultivos de sangre y excreta arrojaron resultados negativos, pero que los de orina reflejaron organismos que no se pudieron identificar porque la cantidad de orina era muy poca. El tratamiento a base de antibióticos continuó. El día 25, se hicieron nuevos cultivos; los de sangre y orina arrojaron preliminarmente "Cocos Gram Positivos" y se cambió el antibiótico. La perita declaró que la bacteria que se encontró en la orina era la misma que la de la sangre, pero que no se conocía la fuente de la infección. Explicó que un catéter urinario puede servir de tránsito para que una infección de orina pase a la sangre. Apostilló que doña Guadalupe tuvo infección de orina, secundaria a la inserción del "Foley", parcialmente tratada, desde su admisión al Hospital. No descartó otras fuentes de infección, pero adjudicó la mayor probabilidad al catéter urinario, ya que el 35% de las infecciones

nosocomiales se deben al tracto urinario.[69] Indicó también que no hay certeza de la existencia de pulmonía, pero no la descartó bajo la fibrosis pulmonar que mostró la placa.[70]

La testigo pericial descartó totalmente la teoría del perito de la parte demandante, quien declaró que a la señora Gual Rivera se le había dado un exceso de líquidos porque ello no se evidenció en las placas.[71] De igual forma, rechazó otras afirmaciones del perito de los demandantes.[72]

Cuando se confirmó el *Estafilococo Aureus*, se continuó administrando el antibiótico recetado por la infectóloga por ser el correcto. Sobre esta bacteria, indicó que es común en la piel de los seres humanos. Afirmó que doña Guadalupe respondió favorablemente al tratamiento.[73] Además, opinó que la toma de la línea central en la sala de operaciones era necesaria y reiteró la imposibilidad de poder determinar con certeza absoluta que ése fue el foco de infección, por lo que catalogó como especulativas las expresiones del perito de los demandantes.[74] Indicó que el tratamiento recibido el día de su fallecimiento fue apropiado.

Añadió que, cuando enfrentó el episodio cardio respiratorio, no se resucitó ni se intubó porque esas fueron las directrices escritas de la familia. De hecho, indicó que a doña Guadalupe se le dio tratamiento médico, no uno paliativo.[75] El perito de los demandantes, doctor Rosado Matos, había definido el término como una labor en la que participan múltiples especialistas que interactúan para prevenir y aliviar el sufrimiento, visto en una dimensión amplia. Sin embargo, doña Guadalupe estaba recibiendo

---

[69] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 13, pág. 22.
[70] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 165-170, 175-176, 216-220.
[71] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 189, 195.
[72] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 220-224.
[73] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 177, 185, 188.
[74] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 205-209.
[75] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 197-202; 234-235.

antibióticos, terapias y fue objeto de un sinnúmero de exámenes inherentes a la medicina convencional, es decir, tratamiento específico para condiciones específicas, como describió este experto.[76]

Para la perita, la muerte inesperada de la señora Gual Rivera se debió a un síndrome coronario agudo, no de sepsis, porque no presentó síntomas asociados, sino que lo que tuvo fue bacteremia. Dijo que el deceso fue el resultado natural de una persona que alcanzó los 94 años con múltiples condiciones.[77]

C

Justipreciada la prueba desfilada, el Tribunal de Primera Instancia, en lo pertinente, determinó probados los hechos que a continuación esbozamos.

Acerca del historial de salud de doña Guadalupe, previo a los hechos que nos ocupan, se consignó:

> *[. . .]*
>
> *3) La Sra. Guadalupe Gual Rivera, de 94 años de edad, residía en un Hogar de Ancianos (Hogar Ágape) cuando fue llevada por el Cuerpo de Emergencias Médicas al Hospital Cristo Redentor el 18 de junio de 2007.*
>
> *4) La expectativa de vida promedio para mujeres en Puerto Rico en el 2007 era de 78.43 años.*
>
> *5) La Sra. Guadalupe Gual padecía de las siguientes condiciones de salud a la fecha de junio de 2007: Insuficiencia renal crónica, "COPD", Fibrosis pulmonar, Insuficiencia cardiaca, Enfermedad arteriosclerótica diseminada, Enfermedad periferovascular severa, Alzheimer, Hipertensión arterial, anemia, historial de "CVA", Artritis y amputación bilateral de ambas piernas.*
>
> *6) En los últimos dos años y medio, entiéndase años 2005 a 2007, la Sra. Gual había sufrido ocho hospitalizaciones de las cuales en cinco había sido atendida y admitida por el Dr. Acevedo Rego.*
>
> *7) Doña Guadalupe Gual había tenido una hospitalización en el Hospital Dr. Pila de Ponce, del 5 de*

---

[76] Véase, Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 6, págs. 39-40, 102-103

[77] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 224-225, 232, 237-239; Tomo 12, pág. 240; Tomo 13, pág. 154. La perita expresó que tampoco presentó dolor de pecho, por lo que no fue necesario tratarla en ese aspecto. Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 13, págs. 153-154.

junio de 2007 al 10 de junio de 2007 con un diagnóstico de gangrena en la pierna izquierda por lo que durante la hospitalización se le realizó una amputación de dicha pierna por encima de la rodilla.

8) La paciente Doña Gual fue dada de alta el 10 de junio de 2007 del Hospital Dr. Pila en Ponce con el medicamento Levaquin 500 mg, antibiótico oral, para ingerir diariamente.

[. . .]

20) El examen médico y examen físico hecho por el médico interno en el Hospital Cristo Redentor indicó que la paciente fue fumadora por 40 años, tenía enfermedad cardiaca, hipertensión arterial, Enfermedad de Alzheimer y era alérgica a la penicilina.

[. . .]

22) El historial médico reflejaba cirugías previas de Doña Gual: una histerectomía, amputación de la pierna derecha en el año 2005 y amputación de la pierna izquierda en el año 2007.

[. . .]

En cuanto a los hechos de 18 de junio de 2007, que llevaron a la señora Gual Rivera a acudir a la sala de emergencias; y la eventual hospitalización el 19, el foro primario determinó lo siguiente:

[. . .]

9) El 18 de junio de 2007, la Sra. Gual presentaba fiebre y diarreas desde el día anterior con hipoactividad, según reportado por la dueña de hogar de cuido, por lo que fue transportada al Hospital Cristo Redentor.

10) La Sra. Guadalupe Gual fue admitida al Hospital Cristo Redentor el 19 de junio de 2007, bajo los servicios del demandado Dr. Carlos Acevedo Rego, con diagnósticos de admisión de gastroenteritis aguda y deshidratación severa.

[. . .]

12) Indicó la enfermera en su nota del 19 de junio de 2007 que "la paciente está desorientada y se quitó el intravenoso, refiriendo el familiar presente que no había presentad[o] vómitos ni diarreas".

13) La Sra. Gual llegó a la sala de emergencias del Hospital Cristo Redentor el 18 dc junio de 2007 a las 6:50 p.m. en donde se le ordena los siguientes laboratorios: CBC, panel metabólico y leucocitosis en heces. De igual manera, se le ordena placa de pecho, líquidos intravenosos y tratamiento para la diarrea.

14) La paciente llega a la sala de emergencias del Hospital Cristo Redentor con un "Foley catéter" urinario que tenía insertado en el Hogar de Cuido en donde residía.

15) Los laboratorios del 18 de junio de 2007 que fueron tomados en consideración para la admisión de la Sra. Gual fueron los siguientes: glóbulos blancos en 15,900 con 87.3 de neutrófilos, creatinina de 2.1 mg/dL y un BUN de 37 mg/dL, todos con valores alterados ya que se encontraban elevados.

16) En dichos resultados, la paciente presentaba glóbulos blanco[s] elevados (leucocitosis) con neutrofilia, entiéndase neutrófilos altos, los cuales defienden al organismo de infecciones bacterianas.

17) La Sra. Guadalupe Gual, a su admisión al Hospital Cristo Redentor, tenía un proceso infeccioso para el cual fue tratada con antibióticos.

18) Al momento de su admisión, hacía ocho días que la paciente había presentado gangrena en su pierna izquierda y no pudo ingerir los antibióticos recetados en el Hogar por la gastroenteritis.

19) El Dr. Carlos Acevedo Rego ordena la administración del antibiótico Cipro 200 mg IV, hidratación, laboratorios, placa de pecho y solicitó consultas para evaluación de la Sra. Gual con los servicios de Infectología y Nefrología.

[. . .]

21) El repaso de sistemas, realizado a su admisión, indicaba que la paciente aquejaba fatiga y falta de aire ("shortness of breath").

[. . .]

23) La placa de pecho realizada a la Sra. Gual el 18 de junio de 2007 es interpretada: "Infiltrados intersticiales bilaterales difusos consistentes con fibrosis pulmonar más prominente en los lóbulos superiores. Hay cardiomegalia. La rotación del paciente hacia el lado izquierdo limita la evaluación. No hay efusiones pleurales. Osteoartritis bilateral de hombros más prominente en el lado derecho. Densidad ósea disminuida. Escoliosis torácica".

24) El día 19 de junio de 2007 se le realizó a Doña Gual un cultivo de orina que mostró un crecimiento de flora gram positiva con un resultado de 100 CEU/ML de "Gram Positive Flora", cuyo resultado final estuvo disponible el 21 de junio de 2007.

25) El día 19 de junio de 2007 se le realizó a Doña Gual un cultivo de sangre el cual arroj[ó] que no existía crecimiento luego de cinco (5) días de incubación, cuyo resultado final estuvo disponible el 24 de junio de 2007.

[. . .]

El 20 de junio de 2007 intervienen otros profesionales de la salud, por lo que la primera instancia judicial acoge los siguientes hechos:

[. . .]

26) El 20 de junio de 2007 la paciente es evaluada por la infectóloga Dra. Fontán, quien describe a la paciente como hipoactiva, corazón con ritmo regular, sin soplos, pulmones con sonidos disminuidos, abdomen con perístasis presente, suave y depresible con leve molestia al tacto. La infectóloga se manifiesta de acuerdo con el antibiótico Cipro que estaba siendo administrado desde la admisión de la paciente.

27) El 20 de junio de 2007 la paciente es evaluada por el nefrólogo Dr. Rosario. El Dr. Rosario documenta que la paciente padece de Fallo Renal Crónico, Hipertensión durante muchos años, Enfermedad de Alzheimer, severa enfermedad periférica vascular que la llevó a sufrir amputación bilateral de piernas.

28) El nefrólogo, Dr. Rosario, describió a la paciente como hipoactiva, parcialmente desorientada, con mucosa oral levemente seca, sin distensión venosa yugular, los sonidos cardiacos estaban distantes, pero eran regulares, los sonidos pulmonares estaban disminuidos, sin estertores.

29) Los diagnósticos emitidos por el Dr. Rosario fueron: Gastroenteritis Aguda, Deshidratación, Severo Fallo Renal, secundario a GS (Glomeruloesclerosis), Hipertensión Arterial, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad Vascular Periférica + S/P Amputación de piernas y Azotemia Pre-renal secundaria a deshidratación.

30) El nefrólogo recomendó que se continuara con los antibióticos y la hidratación, dieta renal tan pronto la paciente tolere y que se monitoreara la presión arterial.

[. . .]

Así las cosas, el día 21 de junio de 2007, el caso clínico de doña Guadalupe tomó un giro diferente, que dio paso al procedimiento quirúrgico realizado el día 22.

[. . .]

31) Los resultados de los laboratorios ordenados el día 21 de junio de 2007, por el Dr. Acevedo Rego, mostraron mejoría en la función renal, al bajar la creatinina a 1.2 y la urea (BUN) a 21.

32) El día 21 de junio de 2007 la enfermera a las 7:00 a.m. documenta que la paciente se removió el sistema intravenoso por lo que luego de tres intentos, no se pudo accesar la vena.

33) El 21 de junio de 2007 a las 5:15 p.m., el Dr. Acevedo Rego, le pone consulta al cirujano Dr. Roque Nido para que considere insertar una línea central, debido a la necesidad de hidratacitón, administración de medicamentos intravenosos y alimentación.

34) La inserción de una línea central a Doña Guadalupe Gual estaba indicada para continuar con el tratamiento de la paciente.

35) El Dr. Roque Nido contesta la consulta el 21 de junio de 2007 a las 8:00 p.m., en donde solicita se programe para cirugía en sala de operaciones para insertar catéter central.

36) La norma de excelencia en la práctica médica es insertar la línea central a los pacientes en sala de operaciones ya que es el área más estéril del Hospital.

37) El 22 de junio de 2007, el Dr. Roque Nido, Cirujano, toma el Consentimiento de Operación, firmado por la hija de la paciente, Gladys Almodóvar Gual.

38) El consentimiento de operación describe los eventos de la operación que no pueden ser predichos, incluyendo el riesgo de infección y muerte súbita.

39) El riesgo de infección constituye un riesgo inherente de todo procedimiento quirúrgico.

40) El concepto riesgo inherente significa que, aunque todo se haga bien y se tomen las medidas preventivas, la complicación puede ocurrir.

41) El 22 de junio de 2007, se lleva a la paciente a sala de operaciones, se esteriliza la piel con Betadine y se le inserta por el Cirujano Dr. Roque Nido a Doña Guadalupe Gual, un catéter de triple lumen en la Vena Yugular Interna derecha. La paciente toleró bien el procedimiento y no hubo complicaciones.

42) El 22 de junio de 2007, el Dr. Acevedo Rego orden[ó] se le administrará Clinimix, alimentación parenteral, a la paciente.

[. . .]

Como se ha reseñado, la señora Gual Rivera fue dada de alta el día 24 de junio de 2007, pero por falta de una ambulancia, permaneció en el Hospital. Sobre esto, consignó el Tribunal:

[. . .]

43) El 24 de junio de 2007, se da de alta a la paciente por el Dr. Acevedo Rego para continuar con el tratamiento de antibióticos en el Hogar de Cuido.

44) Anota el Dr. Acevedo Rego en su nota del 24 de junio de 2007 a la 1:00 p.m. que la paciente no presentaba edema en ningún sitio.

45) La paciente permanece en el hospital el 24 de junio de 2007 por problemas con la transportación ya que no se encontraba una ambulancia disponible para ser transportada al hogar de cuido.

[. . .]

La noche del 24 de junio de 2007, doña Guadalupe comenzó a presentar síntomas de infección. Su cuadro de salud se agudizó la noche del 27 y la madrugada siguiente. Falleció el día 28 de junio de 2007, en horas de la mañana. Las determinaciones de hechos esbozadas en el dictamen rezan como sigue:

[. . .]

46) La paciente presentó fiebre nuevamente por lo que el 25 de junio de 2007, la infectóloga solicitó nuevos cultivos de sangre y orina, y le comenzó en el antibiótico cefepime 1 gramo IV cada 12 horas.

47) La paciente tenía tres posibles focos de infección: (1) en orina por el uso del Foley; (2) el muñón por la cirugía reciente; (3) y la línea central insertada por el cirujano.

48) El 25 de junio de 2007, la infectóloga anotó que la paciente presentaba fiebre y tos no productiva sin diarreas.

49) El Dr. Acevedo Rego el 25 de junio de 2007, ordenó placa de pecho y solicitó una consulta de la paciente por el Dr. Flores, neumólogo, quien evalúan (sic) la paciente y terapia respiratoria y el medicamento Tusnel para la tos.

50) Las placas de pecho realizadas a la paciente los días 18, 20, 22 y 25 de junio de 2007, no evidenciaron la presencia de efusiones pleurales o acumulo de líquido.

51) El 26 de junio de 2007, la lectura preliminar de los cultivos de sangre mostró la presencia de cocos gra[m] positivos.

52) El cultivo preliminar de orina del 25 de junio de 2007, ordenado por la infectóloga, también reportó el mismo resultado con un cultivo de orina positivo para 100,000 colonias de un coco gra[m] positivo.

53) El cultivo de orina arroj[ó] un resultado positivo para infección por un coco gra[m] positivo.

54) No existe en el record médico de la Sra. Gual estudio que confirme o descarte cuál de los tres posibles focos de infección (orina, muñón por amputación reciente o la línea central) provocó la infección en sangre presentada por la paciente.

55) El único estudio en el récord médico de la Sra. Gual en el Hospital Cristo Redentor que confirma la presencia de la misma clase de bacteria encontrada en sangre es en el cultivo de orina.

56) La causa número uno de bacteremia en pacientes encantados es la infección de orina.

57) El 26 de junio de 2007, se ordena se descontinué el antibiótico Cipro y se comenzó la paciente en Vancomicina, antibiótico de elección para estafilococo.

58) El 28 de junio de 2007, fue reportado el organismo "staphylococcus aureus" en los cultivos de sangre, confirmándose su sensitividad al antibiótico Vancomicina que estaba recibiendo la paciente desde el 26 de junio.

59) El "staphylococcus aureus" es un organismo coco gra[m] positivo.

60) Doña Guadalupe Gual tuvo bacteremia (infección en la sangre) por "staphylococcus aureus".

61) El "staphylococcus aureus" habita en lo seres humanos.

62) Los portadores de la bacteria están en riesgo de auto-infectarse.

63) El 25% de los adultos son portadores asintomáticos, encontrándose en los senos nasales, axilas y perineo.

64) Se ha demostrado que el 82% de los pacientes con bacteremia por "staphylococcus aureus" son portadores de la misma cepa de la bacteria.

65) El "staphylococcus aureus" asociado comúnmente con la adquisición intrahospitalaria es el multi-resistente, conocido como "MRSA", el cual fue descartado en la paciente ya que el organismo cultivado en sangre resultó sensitivo a la Vancomicina.

66) Con mayor probabilidad, el "staphylococcus aureus" cultivado en la sangre de la asta. Gual vino de la misma paciente al auto-infectarse.

67) Las infecciones nosocomiales son aquella[s] adquiridas por paciente institucionalizados en hospitales, hogares de cuido y en centros donde se ofrecen cuidados médicos.

68) Doña Guadalupe Gual adquirió una infección nosocomial.

69) La Sepsis es un cuadro clínico continuo de una respuesta del paciente ante la presencia de una infección.

70) La Sepsis se manifiesta con los siguientes síntomas: aumento de temperatura ("fiebre") o hipotermia, taquicardia o bradicardia, aumento de respiraciones ("taquipnea"), aumento de glóbulos blancos ('leucocitosis') e hipotensión arterial.

71) No surge evidencia en el récord médico de la Sra. Guadalupe Gual que presentara los síntomas indicativos para un diagnóstico de sepsis.

72) La Dra. Fontán, infectóloga que atendió la paciente, no diagnosticó sepsis a Doña Guadalupe Gual en ninguna de sus evaluaciones médicas.

73) El Dr. Acevedo Rego, ni ninguno de los médicos consultores que atendieron a Doña Guadalupe Gual, le diagnosticaron sepsis antes de su fallecimiento.

74) El 26 de junio de 2007, la infectóloga evalúa la paciente describiéndola como más alerta, mucosas orales levemente secas, pulmones presentando roncus, no presencia de edemas en las extremidades, hemodinámicamente estable y afebril.

[. . .]

78) El día 27 de junio de 2007 a las 8:45 a.m., el neumólogo evaluó la paciente quien se encontraba sin distres respiratorio, recomendó repetir la placa de pecho y continuar con el mismo tratamiento.

79) El 27 de junio de 2007 a las 10:30 a.m. la paciente es examinada por la infectóloga, quien la describió como más alerta, con menos tos, mejor a la auscultación, sin la presencia de edema, hemodinámicamente estable y afebril.

80) Durante la noche del 27 de junio de 2007, la Sra. Gladys Correa se quedó en el Hospital Cristo Redentor para acompañar a la Sra. Gual.

81) Según la Sra. Gladys Correa, a eso de las 10:15 p.m. a 10:30 p.m. la Sra. Guadalupe Gual lucía bien.

82) La Sra. Guadalupe Gual durmió de 4:00 a.m. a 4:30 a.m.

83) La Sra. Correa sale del cuarto tan pronto la paciente se durmió y la enfermera se queda pendiente de la paciente.

84) Posteriormente, en presencia de la Sra. Correa, la enfermera le administró a la paciente un inyectable, le da el medicamento Tusnel y agua.

85) En la mañana del 28 de junio de 2007, la Sra. Gual presentó dificultad respiratoria ("shortness of breath") y fatiga.

86) A las 6:00 a.m, Doña Gladys Corres, nieta de la paciente, notificó de la dificultad respiratoria que presentaba la Sra. Gual a la enfermera, por lo que fue evaluada por el médico interno de guardia, Dr. Mariani, y éste le ordenó terapia respiratoria con Albuterol.

87) La terapista en el Hospital Cristo Redentor le dio la terapia respiratoria ordenada al paciente rápido.

88) El tratamiento de terapia respiratoria con Albuterol estaba indicado ya que la paciente padecía de fibrosis pulmonar y uno de los tratamientos reconocidos para esa condición es la administración de Albuterol al igual que esteroides.

89) Posteriormente, la paciente vuelve a presentar dificultad respiratoria.

90) La Sra. Correa notifica a la enfermera quien va al cuarto a ver la paciente y luego se marcha.

91) A las 7:25 a.m. del día 28 de junio, la enfermera notifica al médico de turno que la paciente presentó dificultad respiratoria luego de tomar medicamento Tusnel.

92) El médico interno, Dr. Mariani, evaluó la paciente y ordenó descontinuar el medicamento Tusnel y terapia respiratoria con succión orofaringeal.

93) Se le administra la terapia respiratoria a la paciente y succión de secreciones las cuales resultaron sanguinolentas.

[. . .]

97) La condición respiratoria de Doña Guadalupe continuó deteriorándose durante la mañana del 28 de junio de 2007.

98) Entró al cuarto de Doña Guadalupe el personal médico y personal de enfermería a asistir a la paciente.

99) Se le administró a la paciente O2 vía una cánula nasal, en la mañana del 28 de junio de 2007.

[. . .]

103) Luego de sufrir un arresto cardio respiratorio el 28 de junio de 2007 a las 8:20 a.m. la paciente fallece y dado a la orden de no resucitación firmada por la hija de la paciente, esta fue declarada muerta.

104) Los diagnósticos de muerte documentados en el récord médico del Hospital Cristo Redentor fueron: Arresto cardio pulmonar, Sepsis, "Severe aortic stenosis", Fallo renal crónico, Insuficiencia

periferovascular, Hipertensión, Amputación debajo de la rodilla, Hipercalemia y Anemia.

105) Las notas del médico interno durante la mañana del 28 de junio de 2007, fueron contrafirmadas por el Dr. Acevedo Rego.

106) El significado de la firma del Dr. Acevedo en las notas realizadas en el récord médico por el interno significan que estuvo de acuerdo con las mismas.

[. . .]

Tal como fue planteado en el juicio, los días 26 y 28 de junio de 2007, la señora Almodóvar Gual suscribió dos autorizaciones de no resucitación. Sobre el asunto, se consignaron las determinaciones siguientes:

[. . .]

75) El 26 de junio de 2007 a las 12:30 p.m., la hija de la paciente, Doña Gladys Almodóvar Gual, firmó orden de no resucitación ("No code order") en la cual se expresa que se le explicaron las consecuencias de la aplicación de la orden de no resucitación entre las cuales se encuentra la muerte.

76) El Dr. Acevedo Rego le explicó a la Sra. Gladys Almodóvar, que resucitar a la paciente por su edad y condiciones, conllevaría ponerla en un ventilador y entubarla.

77) La orden de no resucitación firmada por la hija de la paciente el 26 de junio de 2007, fue firmada por el médico interno Dr. Noel y por el Dr. Carlos Acevedo Rego.

[. . .]

94) El 28 de junio de 2007, la hija de la paciente, Gladys Almodóvar Gual, firma una segunda orden de no resucitación ("No code order") a las 8:10 a.m. la cual fue también firmada por el Dr. Carlos Acevedo y una enfermera de testigo.

95) El documento de orden de no resucitación afirma que se le explicaron al familiar los riesgos, alternativas y procedimientos envueltos en resucitar a un paciente y aplicar la orden de no resucitación.

96) De igual manera, surge del documento que se afirma se le explicó a la hija de la paciente las consecuencias de la aplicación de no resucitar, entre las cuales está la muerte.

[. . .]

Finalmente, acerca de otros asuntos relevantes, como la querella instada contra el Hospital, la posterior exhumación y autopsia de los restos de Doña Guadalupe, el foro *a quo* consideró estos hechos como probados:

> *[. . .]*
>
> *100) Durante la mañana del 28 de junio de 2007, la Sra. Gladys Correa se comunica por teléfono con la Sra. Vivian Correa para notificar el estado de salud de Doña Guadalupe.*
>
> *101) La Sra. Vivian Correa contacta por teléfono al Dr. Acevedo para explicarle la situación y éste le indica que llamaría al Hospital.*
>
> *102) Surge de una nota del Dr. Acevedo en el récord médico, que éste indica que llamó al Hospital y le informaron que en ese momento estaban atendiendo a la paciente.*
>
> *[. . .]*
>
> *107) La Sra. Vivian Correa llam[ó] al Dr. Acevedo posterior al fallecimiento de la Sra. Guadalupe Gual para reclamarle que su abuela había fallecido.*
>
> *108) El Dr. Acevedo le indicó que la Sra. Guadalupe Gual tenía varias condiciones de salud y que tenía una edad avanzada.*
>
> *109) La Sra. Gladys D. Correa presentó querella en el Hospital Cristo Redentor por el fallecimiento de su abuela Sra. Gual.*
>
> *110) El Director Médico del Hospital Cristo Redentor Dr. Gerson Jiménez, contestó la querella presentada por el familiar del paciente.*
>
> *111) La Sra. Gladys Correa, Vivian Correa y Gladys Almodóvar sostuvieron una reunión con el Dr. Acevedo Rego y con el Director Médico del Hospital, Dr. Gerson Jiménez, para dialogar sobre el caso de Doña Guadalupe Gual.*
>
> *112) El 18 de octubre de 2008, se exhumó el cadáver de Doña Guadalupe Gual.*
>
> *113) La Dra. Yocasta Brugal, patóloga forense, emitió un Protocolo de Autopsia en donde indic[ó] que con el tejido blando y óseo que se obtuvo del cadáver, no pudo hacerse estudios adicionales.*
>
> *114) La Patóloga Dra. Yocasta Brugal, con el estudio del expediente de la paciente, concluye que la causa de la muerte fue sepsis con fallo múltiple de órganos.*

> *115) Indica la Dra. Brugal en su Protocolo de Autopsia que, entre los factores contributorios y comorbilidades de la infección sistemática incluye: (a) la cirugía reciente de amputación de la pierna izquierda; (b) y el hecho de que la paciente estaba encamada por la condición de Alzheimer.*
>
> *[. . .]*

D

Consecuentemente, el Tribunal de Primera Instancia dictó Sentencia el 16 de noviembre de 2016, notificada el 5 de diciembre de 2016. En su pronunciamiento, el foro *a quo* declaró Sin Lugar la reclamación por daños y perjuicios; y desestimó, con perjuicio, la demanda instada contra todos los demandados. En relación con la causa incoada contra el doctor Acevedo Rego y SIMED, el foro primario, además, determinó que la causa de acción estaba prescrita.

Inconforme, el 19 de diciembre de 2016, los demandantes presentaron una moción de reconsideración y solicitaron determinaciones de hechos adicionales.[78] El Tribunal notificó su denegatoria el 25 de abril de 2017.[79]

El 23 de mayo de 2017, los demandantes acudieron en apelación ante este tribunal intermedio en el caso KLAN201700733, y señalaron los errores que reproducimos a continuación:

> Erró el Tribunal de Primera Instancia al determinar que la demanda está prescrita en cuanto al apelado Acevedo Rego/SIMED aplicando, *sub silentio*, la norma establecida en *Fraguada*,[80] de forma retroactiva, contrario a derecho.
>
> El Tribunal de Primera Instancia incurrió en error manifiesto al declarar Sin Lugar la demanda, ya que sus determinaciones de hechos están en conflicto con el balance más racional, justiciero y jurídico de la totalidad de la prueba presentada, particularmente la documental y la pericial.

---

[78] Apéndice del KLAN201700733, págs. 420-460.
[79] Apéndice del KLAN201700733, págs. 461-464; 465.
[80] *Fragauda Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365 (2012).

E

De otro lado, el 14 y 15 de diciembre de 2016, el Hospital y el doctor Acevedo Rego, respectivamente, presentaron sendos memorandos de costas,[81] a los que la parte demandante se opuso en un solo escrito judicial.[82] El 30 de mayo de 2017, notificada el 1 de junio de 2017, el foro primario emitió una Resolución,[83] en la que expresó lo siguiente:

> Nada que disponer en esta etapa de los procedimientos.
> La parte demandante recurrió nuestra determinación.

El Hospital[84] y el galeno[85] solicitaron infructuosamente la reconsideración del Tribunal que, el 21 de junio de 2017 dictó No Ha Lugar a las mociones, lo que notificó al día siguiente.[86] De esa determinación, el Hospital y el doctor Acevedo Rego recurrieron, mediante dos autos discrecionales de *certiorari* y esbozaron los siguientes errores:

KLCE201701759

> Erró el Honorable Tribunal de Primera Instancia al no resolver la solicitud de costas.

KLCE201701771

> Erró el Tribunal de Primera Instancia al negarse a considerar, en esta etapa de los procedimientos, las posiciones de las partes contenidas en el memorando de costas presentada por la parte peticionaria, en la impugnación presentada por la parte recurrida y en negarse a resolver la impugnación presentada.

Por su relación intrínseca, el 18 de diciembre de 2017, emitimos Resolución a los efectos de consolidar la trilogía de casos, al tenor de las Reglas 17 y 80.1 del Reglamento del Tribunal de

---

[81] Véase, Apéndice del KLCE201701759, págs. 27-45; y el Apéndice del KLCE201701771, págs. 25-27.

[82] Apéndice del KLCE201701759, págs. 46-52; y el Apéndice del KLCE201701771, págs. 28-34. El Hospital replicó la impugnación de la parte demandante y ésta, a su vez, presentó una oposición. Véase, Apéndice del KLCE201701759, págs. 53-80 y 81-87.

[83] Apéndice del KLCE201701759, págs. 88-89; y el Apéndice del KLCE201701771, pág. 35.

[84] Apéndice del KLCE201701759, págs. 91-93.

[85] Apéndice del KLCE201701771, págs. 36-37.

[86] Apéndice del KLCE201701759, págs. 1-2; y Apéndice del KLCE201701771, pág. 38.

Apelaciones, 4 LPRA Ap. XXII-B, R. 17 y 80.1. Asimismo, el 25 de abril de 2018, dictamos Resolución para acoger la Transcripción de la Prueba Oral que las partes estipularon y la parte demandante elevó, mediante una moción instada el 23 de abril de 2018. La prueba oral consta de trece tomos.

El 22 de mayo de 2018, la parte demandante presentó un alegato suplementario. De igual modo, el 6 de julio de 2018, las partes apeladas sometieron ante esta curia sus respectivos escritos en oposición. En dicha fecha, el caso quedó perfeccionado para su adjudicación final. Con el beneficio de sus comparecencias, procedemos a resolver.

II

A

Las obligaciones por responsabilidad extracontractual se rigen por lo dispuesto en el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico, el cual establece que quien "por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado". 31 LPRA § 5141. El término prescriptivo de estas acciones es de un año, según dispuesto en el mismo cuerpo legal. 31 LPRA § 5298. La brevedad de este plazo responde a la inexistencia de una relación jurídica previa entre el demandante y el demandado. *Culebra Enterprises Corp. v. E.L.A.*, 127 DPR 943, 951-952 (1991).

En nuestra jurisdicción, la prescripción es una institución de derecho sustantivo, no procesal, que constituye una de las formas de extinción de las obligaciones. *Serrano Rivera v. Foot Locker Retail Inc.*, 182 DPR 824, 831 (2011). "[E]l propósito de la prescripción es fomentar el pronto reclamo de los derechos a la misma vez que se procura la tranquilidad del obligado frente a la eterna pendencia de una acción civil en su contra [y se elimina] la incertidumbre de las relaciones jurídicas". *Umpierre Biascoechea v. Banco Popular de*

Puerto Rico, 170 DPR 205, 212-213 (2007). La prescripción, además, castiga la inercia en el ejercicio de los derechos, ya que el mero transcurso del periodo de tiempo establecido por ley, sin que el titular del derecho lo reclame, da lugar a una presunción legal de abandono. *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365, 372 (2012). En particular, el mencionado término prescriptivo busca fomentar el establecimiento oportuno de las acciones, en aras de asegurar que el transcurso del tiempo no confundirá ni borrará el esclarecimiento de la verdad en sus dimensiones de responsabilidad y evaluación de la cuantía. *Id.*, pág. 374.

Sobre el momento en que comienza a cursar el término de prescripción para ejercer una acción por responsabilidad extracontractual, la teoría cognoscitiva del daño establece que el término prescriptivo comienza a transcurrir cuando el reclamante conoció, o debió conocer que sufrió un daño, quién se lo causó y los elementos necesarios para poder ejercitar efectivamente su causa de acción. *CSMPR v. Carlo Marrero et al.*, 182 DPR 411, 425-426 (2011); *COSSEC et al. v. González López et al.*, 179 DPR 793, 806 (2010). Reiteradamente nuestro Tribunal Supremo ha expresado que "si el desconocimiento se debe a falta de diligencia, entonces no son aplicables estas consideraciones sobre la prescripción*". Padín v. Cía. Fom. Ind.*, 150 DPR 403, 411 (2000); *Vega v. J. Pérez & Cía., Inc.*, 135 DPR 746 (1994).

El ordenamiento jurídico vigente permite la interrupción de los términos prescriptivos. A esos efectos, el Artículo 1873 del Código Civil dispone, en lo pertinente, que "[l]a prescripción de las acciones se interrumpe . . . por reclamación extrajudicial del acreedor . . .". Cód. Civil PR Art. 1873, 31 LPRA § 5303. Una vez el término queda interrumpido, comienza a computarse nuevamente desde el momento en que se produce el acto interruptor. *Sánchez v. Aut. de los Puertos*, 153 DPR 559, 568 (2001).

En lo atinente al caso de autos, en *Silva Wiscovich v. Webwe Dental MFG Co.,* 119 DPR 550, 557 (1987), el Tribunal Supremo de Puerto Rico atendió un recurso de certificación interjurisdiccional, proveniente de la Corte de Apelaciones para el Primer Circuito, que debía responder a la siguiente interrogante: *¿la presentación de una demanda de la que desiste voluntariamente el actor, sin perjuicio, antes de haberse emplazado a los demandados, interrumpe el término prescriptivo para propósitos de la prescripción extintiva o meramente la suspende desde la fecha de la presentación hasta la fecha de la desestimación?* A dicho cuestionamiento, el Alto Foro resolvió que la interrupción judicial de la prescripción extintiva opera con la mera presentación de la demanda, aunque no se haya emplazado al demandado. *Silva Wiscovich v. Webwe Dental MFG Co.,* supra; *García Aponte et al. v. E.L.A. et al.*, 135 DPR 137, 143-144 (1994). Sostuvo, además, que la acción de instar la reclamación ante el foro judicial sirve como "la manifestación inequívoca de quien, amenazado con la pérdida de su derecho, expresa su voluntad de no perderlo". *Silva Wiscovich v. Webwe Dental MFG Co.*, supra, que cita a *Feliciano v. A.A.A.*, 93 DPR 655, 660 (1966).

Con relación al momento a partir del cual se inicia el transcurso del nuevo término prescriptivo en esas instancias, nuestro Tribunal Supremo resolvió que el término comienza a cursar de nuevo íntegramente desde que terminó definitivamente la acción ejercitada. Es decir, cuando se pone fin al pleito, lo que equivale a la fecha en que el demandante presenta ante el tribunal su aviso de desistimiento. *García Aponte et al. v. E.L.A. et al.*, pág. 145.

B

Ahora bien, la Regla 15.4 de Procedimiento Civil de 1979, sobre el demandado de nombre desconocido, vigente al momento en que las demandas de 2008 y 2009 fueron instadas, al igual que la

actual,[87] proveía un mecanismo al demandante para que pudiera incoar una reclamación oportuna y evitar la prescripción. Esto, aun cuando desconociera el verdadero nombre de una parte demandada. Es imprescindible apuntar que el texto de la regla se mantuvo inalterado con la aprobación de las nuevas normas procesales en 2009. Disponía y dispone la anterior y presente Regla 15.4:

> Cuando un demandante ignore el verdadero nombre de un demandado, deberá hacer constar este hecho en la demanda, exponiendo la reclamación específica que alega tener contra dicho demandado. En tal caso, el demandante podrá designar a dicho demandado en cualquier alegación o procedimiento con un nombre ficticio y al descubrirse el verdadero nombre, hará con toda prontitud la enmienda correspondiente en la alegación o procedimiento.

34 LPRA Ap. III, R. 15.4.

Según se desprende de la norma, el demandante puede designar a un demandado con un nombre ficticio y, al descubrir su nombre verdadero, hará la correspondiente enmienda conforme la Regla 13.3 del mismo cuerpo normativo y emplazará conforme a derecho. El efecto de esta regla es que el reclamo contra esa parte se retrotrae a la fecha de la presentación de la demanda original, salvaguardándose de los efectos fatales de la prescripción extintiva. Por tanto, si la demanda original se presentó a tiempo, la acción contra el demandado de nombre desconocido no estará prescrita.

Valga aclarar que las disposiciones de la Regla 15.4, *supra,* sólo son aplicables cuando un demandante verdaderamente desconoce el nombre de un demandado, pero conoce su identidad. De lo contrario, se expone a la prescripción de su reclamación. Ese desconocimiento del verdadero nombre del demandado debe ser real

---

[87] La Regla 15.4 de Procedimiento Civil de 2009 estatuye lo siguiente:

> Cuando una parte demandante ignore el verdadero nombre de una parte demandada, deberá hacer constar este hecho en la demanda exponiendo la reclamación específica que alega tener contra dicha parte demandada. En tal caso, la parte demandante podrá designar con un nombre ficticio a dicha parte demandada en cualquier alegación o procedimiento, y al descubrirse el verdadero nombre, hará con toda prontitud la enmienda correspondiente en la alegación procedimiento.

32 LPRA Ap. V, R. 15.4.

y legítimo, y no falso o espurio. *Padín v. Cia. Fom. Ind.*, 150 DPR 403, 416-417 (2000). De igual modo, es preciso que se haga constar en la demanda aquellas reclamaciones específicas contra el demandado de nombre desconocido y el hecho de desconocer el nombre. Véase, José Cuevas Segarra, *Tratado de derecho procesal civil* t. II, pág. 686 (2ª ed. Publicaciones JTS 2011).

La Curia Suprema ha dicho sobre la Regla 15.4, *supra*, que, "[e]n ausencia de una demostración de ocultación deliberada o falta intencional de diligencia . . . cabe conceder a la actuación del demandante toda su virtualidad a los fines de la interrupción del periodo prescriptivo". *Padín v. Cia. Fom. Ind., supra*, pág. 417. *A contrario sensu*, el demandante no podrá aprovecharse del mecanismo en aquellas instancias en que efectivamente conoce o debió conocer el nombre y la identidad del demandado, pero omite incluirlo en la reclamación dentro del término prescriptivo. Consiguientemente, si la parte demandante no demuestra diligencia en la identificación de un demandado de nombre desconocido ni lo incorpora al pleito de manera oportuna, entonces, no debe aprovechar la liberalidad de la norma procesal civil. En esas circunstancias, si ha pasado el término prescriptivo para traer al pleito al demandado de nombre desconocido, no prosperará la causa de acción contra éste. Las normas procesales existen para hacer valer los derechos sustantivos de las partes y la resolución de forma pacífica de las controversias. *M & R DEV. S.E. v. Bco. Gub. Fom.,* 153 DPR 596, 599-600 (2001); *Dávila v. Hosp. San Miguel, Inc.*, 117 DPR 807, 816 (1986).

C

De otro lado, en relación con la responsabilidad por impericia médica, es sabido que un médico responderá por daños y perjuicios si actúa de manera negligente, con descuido y falta de pericia. Es decir, un caso de mala práctica no se distingue de un caso ordinario

de daños y perjuicios basado en negligencia. *Oliveros v. Abréu*, 101 DPR 209, 220 (1973). En una acción por impericia médica se requiere que la parte demandante demuestre la existencia de una acción u omisión negligente, un daño sufrido como consecuencia de tal acción u omisión y una relación causal entre ambos. *López v. Doctor Cañizares*, 163 DPR 119, 133 (2004). Es necesario, pues, que se presente evidencia que pruebe el nexo causal entre el daño y el acto culposo o negligente.

En Puerto Rico la doctrina que rige en relación al nexo o relación causal es la doctrina de causalidad adecuada. Ésta predica que "no es causa toda condición sin la cual no se hubiera producido el resultado, sino la que ordinariamente lo produce según la experiencia general". *Hernández Vélez v. Televicentro*, 168 DPR 803, 814 (2006). Por ende, para que se configure el nexo causal es menester que la acción u omisión sea idónea para producir el efecto que causa el daño. La cuestión se limita entonces a establecer si el daño surgido era de esperarse en el curso normal de los acontecimientos, o si, por otro lado, queda fuera de ese cálculo. J. Santos Briz, *Comentarios al Código Civil y Compilaciones Forales*, t. XXIV, pág. 267 (Ed. Rev. Der. Privado 1984).

Para establecer *prima facie* un caso de daños y perjuicios por negligencia de un médico, el demandante tiene que: (1) presentar prueba sobre las normas mínimas de conocimiento y cuidado médico aplicables a los generalistas o a los especialistas; (2) demostrar que el demandado incumplió con estas normas en tratamiento del paciente; y (3) establecer que esto fue la causa de la lesión sufrida por el paciente. *Medina Santiago v. Vélez*, 120 DPR 380, 385 (1988); *Arrieta v. De la Vega*, 165 DPR 538, 548-549 (2005). Es importante que se demuestre que la existencia de la relación de causalidad entre el daño y el alegado acto negligente no se basa en

conjeturas, sino que ello sea probado mediante la preponderancia de la prueba. *Santiago Otero v. Méndez*, 135 DPR 540, 549 (1994).

En cuanto a la norma mínima de cuidado exigible, se ha requerido que el médico brinde a sus pacientes aquella atención médica que, a la luz de los modernos medios de comunicación y de enseñanza y, conforme al estado de conocimiento de la ciencia y de la práctica prevalecientes en la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica. *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 549.

Al momento de evaluar la responsabilidad civil de un médico, debe tenerse presente que éste posee amplia discreción para formular su juicio profesional en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, pág. 134. Por ello, el médico no incurre en responsabilidad civil si el tratamiento que le brinda a su paciente, aun cuando erróneo, es razonable y aceptado por amplios sectores de la profesión médica. *Id.*

> [N]o incurre en responsabilidad profesional el médico que, ante las circunstancias particulares del caso ante sí, utiliza su buen juicio profesional a la luz de los criterios de razonabilidad y aceptación del sector médico. El error de juicio honesto e informado cometido por un médico en el tratamiento de su paciente tampoco constituye fuente de responsabilidad.

Id.

Igualmente, ha expresado el Tribunal Supremo de Puerto Rico que el mero hecho de que un paciente haya sufrido un daño o de que el diagnóstico haya fracasado no crea una presunción de negligencia en contra del médico. *Arrieta v. De la Vega, supra*, pág. 550. En la profesión médica se admiten los errores razonables de juicio. *Id.*

En esta jurisdicción rige la presunción de que el médico ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento médico y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Corresponde al

demandante controvertir esta presunción con prueba que demuestre algo más que una mera posibilidad de que el daño se debió al incumplimiento por parte del médico de su obligación profesional. *Rosado Rosado v. E.L.A.*, 108 DPR 789, 792 (1979). Para que prospere una acción por impericia médica, el demandante debe demostrar, por preponderancia de la prueba, que el tratamiento médico ofrecido por el demandado, o la ausencia de tratamiento indicado, fue el factor que con mayor probabilidad ocasionó el daño. *Hernández Rivera v. Mun. de Bayamón*, 135 DPR 901, 909 (1994).

En cuanto a la responsabilidad vicaria, nuestro derecho vigente exige que los hospitales ejerzan el cuidado y las medidas previsoras que un hombre prudente y razonable desplegaría ante determinadas circunstancias. *Márquez Vega v. Martínez Rosado*, 116 DPR 397, 404-405 (1985). Al amparo del Artículo 1803 del Código Civil,[88] los hospitales también pueden ser responsables por la falta de pericia atribuible a sus empleados. Dicho estatuto recoge el principio de responsabilidad vicaria por virtud del cual una institución hospitalaria podría ser responsabilizada extracontractualmente por los actos negligentes cometidos por alguno de sus empleados. *López v. Dr. Cañizares*, *supra*, pág. 135. A estos efectos, las enfermeras deben ejercitar un grado de cuidado razonable para evitar causar daño innecesario al paciente, y dicho

---

[88] Dispone el Artículo 1803 en lo pertinente:

> La obligación que impone el artículo anterior es exigible, no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder.
>
> [. . .]
>
> Lo son igualmente los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto de los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio de los ramos en que los tuvieran empleados, o con ocasión de sus funciones.
>
> [. . .]
>
> La responsabilidad de que trata este artículo cesará cuando las personas en ella mencionadas prueben que emplearon toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño.

31 LPRA § 5142.

grado de cuidado debe responder al ejercitado por otras enfermeras en localidades similares. Por ello, este personal tiene el deber ineludible de realizar y llevar a cabo, con la premura requerida y a tono con las circunstancias particulares de cada paciente, las órdenes médicas. En fin, su obligación hacia el paciente y con el médico es llamar la atención a éste de los síntomas o quejas de aquéllos. *Blas v. Hosp. Guadalupe*, 146 DPR 267, 307 (1998).

Por último, como regla general, la negligencia en casos sobre impericia médica tendrá que establecerse mediante prueba pericial, salvo cuando la falta del debido cuidado que éste como médico deba ejercer sea tan evidente como para que pueda inferirse su negligencia. *Quiñones v. Duarte Mendoza,* 112 DPR 223, 225 (1982). Al hacer la determinación de admisibilidad del testimonio pericial, el Tribunal debe tomar en cuenta los siguientes factores: (i) el riesgo de causar perjuicio indebido; (ii) el riesgo de causar confusión; (iii) el riesgo de causar desorientación del jurado; (iv) la dilación indebida de los procedimientos; y (v) la innecesaria presentación de prueba acumulativa. *S.L.G. Font Bardón v. Mini-Warehouse*, 179 DPR 322, 343 (2010); 32 LPRA Ap. VI, Rs. 702 y 403. Nuestro más Alto Foro ha resuelto que el juez 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. Ese ejercicio, sin embargo, debe estar basado en principios legales adecuados. (Citas omitidas). *Id.*

III

KLAN201700733

A

En su recurso de apelación, los demandantes alegan que el foro primario aplicó retroactivamente la doctrina de *Fraguada Bonilla v. Hosp. Aux. Mutuo*, 186 DPR 365 (2012), sobre el efecto

secundario de la solidaridad en las obligaciones *in solidum*, al determinar que la demanda en contra del doctor Acevedo Rego y su aseguradora estaba prescrita. El doctor Acevedo Rego y SIMED arguyen que la reclamación había prescrito porque no fue hasta el 9 de febrero de 2010 que la parte demandante los trajeron al pleito por vez primera, mediante una enmienda a la demanda de 2009.

Acerca de esta cuestión, el foro apelado consignó estas determinaciones de hechos:

> *1) Las demandantes Gladys Dimaris y Vivian Correa Almodóvar son nietas de la Sra. Guadalupe Gual e hijas de la co-demandante fallecida Gladys Almodóvar Gual, junto a Cirilo Correa Almodóvar, Enrique Correa Almodóvar, Leslie Correa Almodóvar y Jackeline Correa Almodóvar.*
>
> *2) Gladys Almodóvar Gual falleció el 30 de enero de 2013.*
>
> *[. . .]*
>
> *11) El Dr. Acevedo Rego había sido el médico de cabecera de la Sra. Guadalupe Gual por vario[s] años.*
>
> *[. . .]*
>
> *116) Oportunamente solicit[ó] el codemandado Dr. Acevedo [R]ego y SIMED la desestimación de la demanda por prescripción.*
>
> *117) En el presente caso las demandantes Gladys y Vivian Correa Almodóvar y Gladys Almodóvar radicaron una demanda el 26 de junio de 2008 en contra del Hospital Cristo Redentor, Inc. y/o Hospital San Lucas, Inc. en contra de SIMED (mencionada como aseguradora de médicos, los cuales no se hicieron formar parte) y demandados de nombre desconocidos. Caso Civil Número GDP2008-0120.*
>
> *118) En dicha demanda no se menciona al Dr. Acevedo Rego ni a SIMED como aseguradora del doctor. En dicha demanda se alega negligencia médica por hechos ocurridos "posterior a la admisión" el 18 de junio de 2007. La Sra. Guadalupe Gual falleció el 28 de junio de 2007.*
>
> *119) Los demandantes el 17 de diciembre de 2008, sin haber emplazado a nadie, radicaron Aviso de Desistimiento Voluntario y con fecha de 7 de enero de 2009 y notificada el 14 de enero de 2009 el Tribunal dictó Sentencia desestimando la reclamación, sin perjuicio.*
>
> *120) El 10 de diciembre de 2009, las demandantes radicaron la demanda que inicia la acción de epígrafe.*

Dicha demanda al igual que la anterior se hace en contra del Hospital Cristo Redentor y en contra de SIMED (mencionada como aseguradora de médicos, los cuales no se hicieron formar parte). En dicha demanda NO se alega que se incluye a SIMED como aseguradora del Dr. Acevedo Rego.

[. . .]

123) SIMED no fue emplazado dentro de los 6 meses dispuestos en la regla 4.3 (b) de las de Procedimiento Civil de 1979, por lo que al haberla incluido en la demanda en forme genérica y pro forma, nunca se había ejercitado jurisdicción sobre dicha persona y cualquier reclamación hecha en la demanda queda inoficiosa y como claramente dispone la regla se entiende desistida.

124) No es hasta el [9] de febrero de 2010, a más de un año de radicar la Demanda en este caso, que los demandantes enmiendan la misma para traer al pleito al Dr. Acevedo Rego, la sociedad legal de gananciales compuesta con su esposa y a SIMED como su aseguradora. Los demandantes procedieron a emplazar al Dr. Acevedo Rego el 5 de marzo de 2010 y solicitaron a SIMED la renuncia del emplazamiento a lo que accedió el 3 de marzo de 2010.

(i)

Tal como reseñáramos, la muerte de la señora Gual Rivera aconteció el 28 de junio de 2007. Esa fecha determina el inicio de la acción por la alegada impericia médica. El 26 de junio de 2008, la hija y las dos nietas de la fenecida instaron una demanda en contra del Hospital, SIMED y dos doctores identificados por nombres ficticios, John Doe y Fulano de Tal, entre otros.

Las alegaciones específicas de la demanda de 2008 en contra de los demandados de nombre desconocido indicaron que, para la fecha de los hechos, los doctores demandados eran los médicos tratantes de doña Guadalupe en el Hospital y, bajo sus servicios, la paciente fue admitida, diagnosticada y comenzada a tratar (acápites 4 y 8). Adujeron en la reclamación que los facultativos demandados no reconocieron la severidad del cuadro clínico de la señora Gual Rivera (acápite 14). Por tanto, eran responsables por los daños causados, resultado de sus actuaciones y omisiones negligentes en el manejo y tratamiento de doña Guadalupe (acápite 16). En el

acápite 19 se afirmó que el uso de nombres ficticios obedeció al desconocimiento de las identidades de los doctores demandados.

En cuanto a SIMED, el acápite 18 esbozó que se incluyó por haber expedido pólizas a favor de los doctores demandados no identificados.

Luego, la parte demandante desistió de su reclamación el 17 de diciembre de 2008, sin diligenciar ningún emplazamiento.

Conforme con estos hechos y el derecho aplicable, resulta evidente que la demanda se interpuso a tiempo. Además, posterior al desistimiento del 17 de diciembre de 2008, comenzó a cursar íntegramente un nuevo término prescriptivo. Sin embargo, la reclamación judicial de 2008 sólo fue efectiva para interrumpir la prescripción en contra del Hospital y de SIMED, en el caso que se hubiese traído al pleito oportunamente a un demandado de nombre desconocido, distinto al doctor Acevedo Rego, quien no lo es. Esto no se hizo.

Antes de terminar el nuevo término de prescripción, la parte demandante instó una nueva reclamación el 10 de diciembre de 2009. Esta vez, salvo el Hospital, el epígrafe de la demanda no identificó a ningún otro demandado, sino que se incluyeron tres demandados de nombres desconocidos: dos personas naturales y una aseguradora. No obstante, como todas las alegaciones de la primera demanda permanecieron inalteradas, la reclamación contra SIMED subsistió. Claro está, en el caso de sustituir a uno de los demandados de nombres desconocidos por un cocausante solidario, con excepción del doctor Acevedo Rego, a quien la parte demandante conocía su nombre e identidad.

Finalmente, el 9 de febrero de 2010, se enmendó la demanda para traer al doctor Acevedo Rego y a SIMED. El diligenciamiento del emplazamiento del médico se efectuó el 5 de marzo de 2010.

SIMED, por su parte, renunció al emplazamiento el 3 de marzo de 2010.

En el juicio desfiló prueba clara y robusta de que el doctor Acevedo Rego no era un demandado de nombre desconocido. Miembros de la familia demandante tenían el número del teléfono celular del doctor Acevedo Rego y se comunicaron con él en varias ocasiones. El médico demandado había atendido a doña Guadalupe desde que la conoció en diciembre de 2004.[89] En cuanto a la señora Gladys Almodóvar Gual no albergamos duda de que conocía el nombre y la identidad del galeno, puesto que ésta incluso fue su paciente.

A estos efectos, el doctor Acevedo Rego testificó que en una ocasión que hospitalizaron a la señora Gual Rivera por órdenes de otro médico, sin llamarlo a él como médico de cabecera, la nieta Vivian interpuso una queja.[90] Incluso, el día del fallecimiento de doña Guadalupe, ésta lo llamó a su teléfono celular personal para indicarle que la condición de salud de su abuela había empeorado. De hecho, ella admitió que desde hacía mucho tiempo tenía el número telefónico del doctor.[91]

De igual modo, el galeno declaró que la madre de los demandantes y él se conocían, no sólo porque conversaron en un sinnúmero de veces durante la hospitalización de doña Guadalupe,[92] sino porque él también era el médico de la señora Almodóvar Gual y, en alguna ocasión, atendió a la nieta Vivian.[93] Estas expresiones fueron confirmadas con los testimonios de la parte demandante.

> P (. . .) [¿]quién trataba a doña Gladys en lo personal?

---

[89] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, pág. 12.
[90] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, págs. 16-17.
[91] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 124-125, 142; Tomo 8, págs. 48-49; 181-182.
[92] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, págs. 32; 175-176.
[93] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, pág. 151.

GLADYS DIMARIS CORREA ALMODÓVAR
El doctor Acevedo.

P El doctor Acevedo. ¿Y quién trataba a Vivian en lo personal?

R No la atendía él.

P ¿Y quién...?

R Sí, quizás en un momento dado, pero no era su médico de cabecera.

P ¿Y el suyo tampoco?

R No.

P Mi pregunta viene a ser por cuánto tiempo, si alguno, su mamá estuvo tratándose con el doctor Acevedo con posterioridad a la muerte de doña Guadalupe.

R Estuvo un tiempo con él, atendiéndose con él.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, pág. 150.

P ¿Usted conocía, usted conoce al doctor Acevedo Rego?

VIVIAN CORREA ALMODÓVAR
Sí.

P ¿Desde cuándo usted lo conoce?

R Pues ella comenzó, Mami Lupe, aproximadamente como el 2004 y entiendo que, más o menos, para esa fecha.

P ¿Quién llevaba a doña Lupe a las oficinas de los médicos?

R Mami. Yo. Entiendo que en alguna ocasión alguna de mis hermanas. Pero mayormente nosotras dos.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 104-105.

P ¿Y eso se discutió el día 26 con quién?

DR. ACEVEDO REGO
Eso se discutió con Gladys Almodóvar.

P ¿Usted conocía a la señora Almodóvar?

R Sí.

P ¿Por qué razón?

> R Gladys Almodóvar era la hija de Guadalupe Gual. Era mi paciente, igual que Guadalupe, las dos que Dios me las cuide.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8 pág. 55.

El Tribunal Supremo ha sostenido que "si conociendo, *o debiendo conocer*, el nombre del demandado, el demandante opta por no demandarlo e incluye en su demanda un demandado de nombre ficticio, no podrá ampararse en la Regla 15.4 de Procedimiento Civil, *supra*, para sustituir a este último por aquel cuya identidad y cuyo nombre conocía desde la interposición original de la demanda". (Énfasis en el original.) *Martínez Díaz v. E.L.A.*, 132 DPR 200, 211 (1992), Op. concurrente.

Para los demandantes, el daño sufrido surge de la muerte de doña Guadalupe el 28 de junio de 2007, entre los alegados causantes del daño, Vivían imputó responsabilidad al doctor Acevedo Rego:

> R . . . Dije y seguiré diciendo Mami Lupe pues su tratamiento lo llevaba con el doctor Acevedo, prácticamente, literalmente se la entregué, confié en él y me fui dando cuenta que la confianza que había de entregársela, de que siguiera un tratamiento la quebrantó.
>
> LCDO. VELÁZQUEZ
> ¿Cómo usted se siente en este momento con relación a la pérdida que ha sufrido la familia?
>
> R Él sabía cómo yo era con Mami Lupe, la relación que tenía y me la perdió y no es justo. Que fuera mayor, sí, que iba a morir en algún momento dado, sí, pero no, de esta manera no. Debió cuidar más su tratamiento.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 5, págs. 138-139.

De acuerdo con estos hechos y el derecho aplicable, somos del criterio que la demanda de 2008 no interrumpió la reclamación en cuanto al doctor Acevedo Rego, toda vez que el médico no era un desconocido para la parte demandante.[94] Tanto las hermanas como

---

[94] Citamos la Determinación de Hecho 11: "El Dr. Acevedo Rego había sido el médico de cabecera de la Sra. Guadalupe Gual por varios años".

su madre conocían el nombre e identidad del médico. Conforme con la Regla 15.4 de Procedimiento Civil, los demandantes estaban impedidos de recurrir a dicho mecanismo procesal, ya que, incluso desde mucho antes de la hospitalización y el fallecimiento de doña Guadalupe tenían certeza sobre la persona del doctor Acevedo Rego, alegado causante solidario de los daños sufridos. Asimismo, la nieta Gladys Dimaris indicó que, días después de la muerte de doña Guadalupe, la parte demandante solicitó el expediente médico.[95]

En el presente caso, las demandas de 2008 y 2009 alegaban, no sólo el desconocimiento del nombre, sino también el de la identidad del médico, lo cual no se ajusta a la verdad. La parte demandante, aun conociéndolo, omitió incluir al doctor Acevedo Rego en ambas demandas y no fue hasta el 9 de febrero de 2010 que solicitó enmendar la reclamación para incluir al médico en el pleito. Ello fue así, a pesar que de la evidencia se desprende que previo a los aciagos hechos, los demandantes sí conocían al doctor Acevedo Rigo. Por lo tanto, es forzoso concluir que cuando finalmente lo incluyeron como demandado, la acción en su contra estaba prescrita.

(ii)

En cuanto a SIMED, es sabido que, de conformidad con los Artículos 20.010[96] y 20.030[97] del Código de Seguros de Puerto Rico,

---

[95] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 4, págs. 199-200.

[96] El Artículo 20.010 del Código de Seguros, sobre la responsabilidad del asegurador, dispone:

> El asegurador que expidiere una póliza asegurando a una persona contra daños o perjuicios, por causa de responsabilidad legal por lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad de una tercera persona, será responsable cuando ocurriere una pérdida cubierta por dicha póliza, y el pago de dicha pérdida por el asegurador hasta el grado de su responsabilidad por la misma, con arreglo a la póliza, no dependerá del pago que efectúe el asegurado en virtud de sentencia firme dictada contra él con motivo del suceso, ni dependerá de dicha sentencia.

26 LPRA § 2001.

[97] El Artículo 20.030 del Código de Seguros, sobre litigios contra el asegurado o el asegurador, establece:

> (1) La persona que sufriere los daños y perjuicios tendrá, a su opción, una acción directa contra el asegurador conforme a los términos y limitaciones de la póliza, acción que podrá ejercitar contra el asegurador solamente o contra éste y el asegurado conjuntamente. La acción directa contra el

una persona que haya sufrido un daño o perjuicio por algún acto culposo o negligente cuenta con tres alternativas para dirigir el curso de su reclamación: (1) dirigirse directa y únicamente contra el asegurado; (2) dirigirse directa y únicamente contra el asegurador; o (3) dirigirse en contra de ambos conjuntamente. La acción directa en daños contra la compañía aseguradora del causante del daño es distinta y separada de la acción que se inicie contra el asegurado. No obstante, el Artículo 20.030 sujeta la acción a las condiciones de la póliza de seguros, por lo que esto se refiere a que la responsabilidad del asegurador no será mayor que la pactada en la póliza de seguro ni surgirá en caso de que el asegurado no haya incurrido en actos u omisiones culposas o negligentes. *SLG Albert-García v. Integrand Asrn.*, 196 DPR 382, 391-393 (2016). Asimismo, la acción en daños y perjuicios contra una compañía de seguros tiene el mismo término prescriptivo que la de su asegurado: un año, a partir de la fecha en que el agraviado supo del daño, según lo estatuido en el Artículo 1868 del Código Civil.[98] Esto es así debido a que la responsabilidad de uno y otro emana del propio Artículo 1802 del Código Civil, convergen los mismos hechos en controversia y comparten idéntica evidencia. *Ruiz Millán v. Maryland Cas. Co.*,

---

asegurador se podrá ejercer solamente en Puerto Rico. La responsabilidad del asegurador no excederá de aquella dispuesta en la póliza, y el tribunal deberá determinar no solamente la responsabilidad del asegurador, si que también la cuantía de la pérdida. Cualquier acción incoada conforme a este Artículo estará sujeta a las condiciones de la póliza o contrato y a las defensas que pudieran alegarse por el asegurador en acción directa instada por el asegurado.

(2) En una acción directa incoada por la persona que sufriere los daños y perjuicios contra el asegurador, éste está impedido de interponer aquellas defensas del asegurado basadas en la protección de la unidad de la familia u otras inmunidades similares que estén reconocidas en el ordenamiento jurídico de Puerto Rico.

(3) Si el perjudicado entablara demanda contra el asegurado solamente, no se estimará por ello que se le prive, subrogándose en los derechos del asegurado con arreglo a la póliza, del derecho de sostener acción contra el asegurador y cobrarle luego de obtener sentencia firme contra el asegurado.

26 LPRA § 2003.

[98] "Prescriben por el transcurso de un (1) año [. . .] [l]a acción para exigir la responsabilidad civil [. . .] por las obligaciones derivadas de la culpa o negligencia de que se trata en el Artículo 1802 desde que lo supo el agraviado". Art. 1868 del Código Civil de Puerto Rico, 31 LPRA § 5298.

101 DPR 249, 250-251 (1973); *Trigo v. The Travelers Ins. Co.*, 91 DPR 868 (1965).

En este caso, la acción contra el demandado asegurado no se incoó dentro del término prescriptivo de un año. En la reclamación tampoco se identificó a un asegurado de SIMED, cuyas alegadas acciones u omisiones hayan causado un daño. La mención realmente es la de un demandado ficticio, de quien se desconoce su nombre e identidad. Por ende, es razonable concluir que las alegaciones contra SIMED en la demanda no surtieron efecto para interrumpir la prescripción contra la aseguradora, en relación con su asegurado, el doctor Acevedo Rego.

B

En el presente caso, la parte apelante sostiene en su escrito que la negligencia médica radicó en la decisión de intervenir a doña Guadalupe, en lugar de darla de alta el día 21 de junio de 2007. Arguye que esa decisión la expuso a adquirir la infección que la llevó a su deceso. Rechaza que la paciente haya llegado al Hospital con infección del tracto urinario o en el muñón de la amputación. Añade que el Hospital dejó morir a la señora Gual Rivera so pretexto del consentimiento a no resucitar ni intubar. Reniega que el foro sentenciador haya descartado por completo el testimonio de su perito, frente a los demás expertos. Afirma que cumplió cabalmente con el *quantum* de prueba requerido en estos casos.

De igual forma, impugna las determinaciones 52, 53 y 55.[99] Dice que el foro primario se equivocó porque creyó lo que testificó la perita del Hospital y no a su experto. Sostiene que cualquier

---

[99] Las determinaciones rezan:

> *52) El cultivo preliminar de orina del 25 de junio de 2007, ordenado por la infectóloga, también reportó el mismo resultado con un cultivo de orina positivo para 100,000 colonias de un coco gra[m] positivo.*
>
> *53) El cultivo de orina arroj[ó] un resultado positivo para infección por un coco gra[m] positivo.*
>
> *55) El único estudio en el récord médico de la Sra. Gual en el Hospital Cristo Redentor que confirma la presencia de la misma clase de bacteria encontrada en sangre es en el cultivo de orina.*

afirmación que exprese que la señora Gual Rivera tenía infección de orina al arribar al Hospital es "fals[a] y carente de prueba". Acota que el número ínfimo que apareció en el cultivo de orina inicial era insuficiente para una conclusión de esa naturaleza.

Tal como esbozáramos en los detallados resúmenes de la prueba testifical, la opinión pericial de los doctores Rosado Matos y Pinelli Ramery se inclinaron por la línea central como foco de infección, mientras que la doctora Altieri Ramírez acogió la probabilidad de que la condición de infección de la señora Gual Rivera se originara en la vía urinaria, por causa del catéter en ese tracto, el cual tenía desde antes de ser hospitalizada. Sobre esto, declaró que una infección de orina, parcialmente tratada con antibióticos, pudiese pasar a la sangre, toda vez que, con mayor probabilidad, las infecciones nosocomiales se deben al tracto urinario. De hecho, entre los síntomas al momento del ingreso de la señora Gual Rivera estaba la fiebre; y del testimonio de la perita del Hospital se desprende que los laboratorios ordenados mostraron resultados altos (leucocitos y neutrófilos), conducentes a la existencia de una infección.[100] Esto, a pesar de que la señora Gual Rivera llevaba un tratamiento de antibióticos desde la reciente amputación realizada unos días antes. Debe tenerse en cuenta, además, que el perito de los demandantes ignoraba ese dato.

No obstante, eso no fue lo único que expresó la perita, sino que ésta no descartó otros focos de infección, en referencia, al muñón de la reciente amputación de la pierna izquierda o incluso, por el procedimiento de caterización de la vena central. La doctora Altieri Ramírez afirmó la imposibilidad de imputar una causa de infección en particular. Así lo acogió el tribunal apelado en la determinación de hecho 47, que los apelantes no impugnaron. Lo

[100] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, págs. 93-94.

que sí quedó meridianamente claro, incluso por el doctor Rosado Matos, perito de los demandantes, es que las bacterias en orina y en sangre eran similares, aunque la primera de orina no se pudo identificar.[101]

Según el criterio de la perita, doña Guadalupe tenía una bacteremia, pero no sufrió sepsis.[102] Reconoció que mostró cierta mejoría; y opinó que la muerte no estuvo relacionada por la negligencia hospitalaria, sino que la paciente falleció por un síndrome coronario agudo. Analizó que la causa de muerte se debió al proceso natural de envejecimiento de una persona de 94 años con múltiples condiciones de salud de cuidado. Para la experta, un evento infeccioso, junto a dichas condiciones, repercutieron en un proceso de "descomposiciones fisiológicas a las que el organismo ya no pudo responder".[103]

Las determinaciones señaladas por los apelantes se sostienen por la prueba documental y testifical desfiladas. Asimismo, están enmarcadas en la apreciación de la prueba del tribunal sentenciador. En cuanto a ello, es sabido que los foros apelativos debemos dar deferencia a las determinaciones de hechos que hacen los tribunales de la primera instancia judicial.

En el alegato suplementario, la parte apelante indica también que la sentencia se ancla en varios supuestos de hechos, "[m]uchos de éstos ciertos y basados en la prueba". Sin embargo, alega sorpresa por la inclusión de la determinación de hecho número 4 porque la misma, supuestamente, no fue objeto de prueba ni de conocimiento judicial. Se refiere a la "incuestionable" afirmación de

---

[101] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 3, págs. 57-66. Véase, además, Apéndice del KLAN201700733, págs. 44 y 46.

[102] Expresó que la bacteremia es la presencia de bacterias en sangre; la sepsis es la presencia de signos o síntomas, tales como fiebre o hipotermia. Véase, Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 13, pág. 74.

[103] Apéndice del Hospital del KLAN200700733, pág. 74.

que doña Guadalupe sobrepasó la expectativa de vida de 78.43 años para una mujer en Puerto Rico.

Los apelantes pasan por alto que la perita del Hospital expresó ese dato en corte, cuando dijo que doña Guadalupe era "una paciente que, primero, tenía una edad de 94 años, que está bastante más adelantada de la expectativa de vida que tiene, ¿verdad?, la mujer puertorriqueña, que en el 2007 era de 78. . . 78.43 años".[104]

De otra parte, en su escrito judicial, los apelantes impugnan, además, varias determinaciones; a saber: 18, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 65, 108.[105]

Al respecto de la determinación 18, dice la parte apelante que el foro primario se equivoca al expresar que la señora Gual Rivera sufrió gangrena, pues el día 10 de junio de 2007 doña Guadalupe fue dada de alta del Hospital Dr. Pila, sin fiebre y con tratamiento de antibióticos. En este asunto la parte apelante tiene razón, pero el error no es significativo para modificar el dictamen por tratarse

---

[104] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 11, pág. 227.

[105] Las determinaciones impugnadas son:

18) Al momento de su admisión, hacía ocho días que la paciente había presentado gangrena en su pierna izquierda y no pudo ingerir los antibióticos recetados en el Hogar por la gastroenteritis.

[. . .]

33) El 21 de junio de 2007 a las 5:15 p.m., el Dr. Acevedo Rego, le pone consulta al cirujano Dr. Roque Nido para que considere insertar una línea central, debido a la necesidad de hidratacitón, administración de medicamentos intravenosos y alimentación.

34) La inserción de una línea central a Doña Guadalupe Gual estaba indicada para continuar con el tratamiento de la paciente.

[. . .]

37) El 22 de junio de 2007, el Dr. Roque Nido, Cirujano, toma el Consentimiento de Operación, firmado por la hija de la paciente, Gladys Almodóvar Gual.

38) El consentimiento de operación describe los eventos de la operación que no pueden ser predichos, incluyendo el riesgo de infección y muerte súbita.

39) El riesgo de infección constituye un riesgo inherente de todo procedimiento quirúrgico.

40) El concepto riesgo inherente significa que, aunque todo se haga bien y se tomen las medidas preventivas, la complicación puede ocurrir.

[. . .]

65) El "staphylococcus aureus" asociado comúnmente con la adquisición intrahospitalaria es el multi-resistente, conocido como "MRSA", el cual fue descartado en la paciente ya que el organismo cultivado en sangre resultó sensitivo a la Vancomicina.

[. . .]

108) El Dr. Acevedo le indicó que la Sra. Guadalupe Gual tenía varias condiciones de salud y que tenía una edad avanzada.

de un error insustancial acerca de la fecha. Se sabe que la operación en que se amputó la pierna izquierda de doña Guadalupe, luego de atravesar una gangrena, se realizó el 8 de junio de 2007, no el 10, por lo que, en lugar de ocho días, fueron diez.[106] Sobre la gangrena, no nos alberga duda alguna que el Hospital Dr. Pila realizó el procedimiento de amputación por esa causa, ya que la señora Gual Rivera presentó "necrosis del tejido por falta de riego vascular" que dio paso a una infección y, mediante la desmembración se salvó la vida de doña Guadalupe.[107] Asimismo, quedó constatado que, al alta de doña Guadalupe del Hospital Dr. Pila, se le recetó un antibiótico oral (Levaquin), así como que dicho medicamento no había sido concluido a la fecha de admisión en el Hospital demandado, tal como afirma la referida determinación impugnada.

En relación con las determinaciones 33, 34, 37, 38, 39, 40 y 65, que versan sobre el procedimiento quirúrgico y la infección por *Estafilococo Aureus*, los apelantes insisten que la señora Gual Rivera debió darse de alta en cuanto comenzó a mejorar. Arguyen que la infección se originó por una intervención innecesaria, en referencia al procedimiento quirúrgico.

Como se ha dicho, a los días de su admisión hospitalaria, la señora Gual Rivera había respondido favorablemente al tratamiento brindado. El día 21, según la nota de la enfermera, la paciente se removió el sistema intravenoso y, luego de varios intentos infructuosos, se optó por consultar con el cirujano para que realizara un catéter. Acerca de la razón para ello, el doctor Acevedo Rego explicó en corte que la línea era para hidratar, alimentar y medicar; no obstante, el médico demandado enfatizó que la decisión última correspondía al cirujano.[108]

---

[106] Apéndice del caso KLAN201700733, pág. 396.
[107] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 10, pág. 90.
[108] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, págs. 157-158.

Así, la determinación de operar la hizo el doctor Roque Nido, quien no es parte demandada ni contra quien se realizó ninguna alegación en la demanda. De la prueba pericial, particularmente, la provista por el doctor Panelli Ramery, surge que el cirujano actuó dentro de la mejor práctica de la medicina y que la cirugía era lo indicado. De hecho, el perito expresó que su proceder hubiera sido más agresivo. Dijo que, además de la línea central, no la hubiese dado de alta en la fecha que el doctor Acevedo Rego tenía previsto hacerlo, hasta tanto asegurarse que la bacteria que provocó la amputación de la pierna se hubiera exterminado.[109]

Además, es meritorio recalcar que el proceso fue consentido por el familiar a cargo que, en este caso, correspondió a la hija, Gladys Almodóvar Gual.[110] El documento intitulado "Consentimiento de Operación Tratamiento Médico"[111] advierte sobre los riesgos de infección. Así también indica que el Hospital dio alternativas que incluían y excluían la cirugía y que el familiar escogió operar.

Acerca de la infección por *Estafilococo Aureus*, el tribunal pudo justipreciar que no existe prueba concluyente para adjudicar por cuál de la trilogía de focos la paciente adquirió la infección. Revisada la abultada prueba testifical y documental, coincidimos con dicho juicio. Ciertamente, cualquiera de las tres raíces pudo propender a la infección. Debemos añadir que, la única que es imputable al Hospital, la línea central, no implica negligencia, por ser un riesgo inherente al procedimiento que consultó el doctor Acevedo Rego y que realizó el doctor Roque Nido, luego del consentimiento familiar.

---

[109] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 10, pág. 134.
[110] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 10, págs. 125-126.
[111] Apéndice del caso KLAN201700733, págs. 199-200.

Por tanto, aun en el supuesto que concediéramos algún mérito a la premisa de los apelantes, debe reconocerse que, en los casos de impericia médica, se establece una presunción de corrección que no se contraviene sólo por el hecho de que el paciente haya sufrido un daño o que el tratamiento no tuviera éxito. Nuestro ordenamiento jurídico reconoce a los médicos una amplia discreción al determinar qué tratamientos administrar a sus pacientes. Incluso, advierte la doctrina que un error de juicio honesto y razonable no constituye base suficiente para imputar negligencia, siempre y cuando, el acto u omisión sea afín con la práctica aceptada por la profesión médica. Por tanto, meramente por una divergencia de criterio del perito de los apelantes, somos de la opinión que éstos no lograron rebatir, con preponderancia de la prueba, que el médico o la institución hospitalaria hayan incurrido en acciones u omisiones torticeras. Mucho menos, por la aplicación de procedimientos respaldados por el consentimiento informado de los interesados.

En fin, Doña Guadalupe de 94 años fue trasladada del hogar Los Ágape al Hospital Cristo Redentor el 18 de junio de 2007, según lo ordenado por el doctor Acevedo Rego, médico de cabecera de la paciente, ante un cuadro de fiebre, diarrea e hipoactividad que padecía desde el día anterior. Apenas diez días antes, la señora Gual Rivera había tenido una segunda amputación de una pierna por gangrena y todavía tenía las suturas metálicas; la paciente también tenía un catéter urinario.

Fue diagnosticada con gastroenteritis y un posible proceso infecciosos; que se corroboró con cultivos de sangre y orina. Otras condiciones del historial de la paciente eran: enfermedad periférica vascular, enfermedad pulmonar intersticial (fibrosis), insuficiencia renal crónica, síndrome coronario agudo, estenosis aórtica severa, hipertensión arterial, demencia vascular (Alzheimer), diverticulosis,

osteoporosis y tabaquismo durante cuarenta años.[112] La paciente fue atendida por varios especialistas, como nefrólogo, neumólogo e infectóloga. Esta última, atendió con antibióticos la bronconeumonía que reflejaban las radiografías.

A partir de la prueba testifical, documental y pericial admitida y creída por la sala sentenciadora de primera instancia se concluyó que la señora Gual Rivera requirió la continuación del tratamiento con antibióticos. Debido al hecho incuestionable de que no se tenía acceso por las vías venales, el doctor Acevedo Rego consultó con el cirujano para la inserción de un catéter. A través de dicho procedimiento, la señora Gual Rivera recibiría tratamiento, así como alimentación e hidratación.[113] Previo a la intervención, el familiar encargado, la hija de doña Guadalupe, consintió la operación de manera informada. Del documento surge que entre los riesgos inherentes al proceso está la infección. La intervención tuvo éxito y no se presentó ninguna complicación durante su realización.

Como mencionáramos, los apelantes indican que la infección adquirida se debió a la línea central. No obstante, de la prueba pericial recibida se puede afirmar la existencia de tres focos de infección: la herida de la amputación y los catéteres urinario y central. La prueba no conduce a una conclusión categórica sobre cuál fue el foco de infección por *Estafilococo Aureus*. De todas formas, como esbozamos antes, de haber provenido de la línea central, el conocimiento del riesgo inherente exime de responsabilidad a los demandados. En relación al manejo de los líquidos, la hipótesis del perito de los demandantes no encontró apoyo en el expediente médico, puesto que doña Guadalupe no presentó los síntomas relacionados.

---

[112] Apéndice del caso KLAN201700733, págs. 389.

[113] El perito de los apelantes afirmó que a través de la línea centra se sobrehidrató a la paciente. Sin embargo, las placas de pecho y la ausencia de edema desmienten tales expresiones.

Luego de responder favorablemente al tratamiento, la noche del 27 y la mañana del 28 de junio de 2007, la señora Gual Rivera presentó dificultad respiratoria y fatiga. El médico de guardia ordenó administrarle terapia respiratoria. La paciente ya estaba recibiendo antibióticos. No obstante, sufrió un paro cardio respiratorio, que le provocó la muerte. El protocolo de autopsia atribuyó el deceso a causas naturales,[114] por un fallo multiorgánico.

Por tanto, es forzoso colegir que no hubo negligencia al no dar de alta a la paciente, como alegó en su demanda la parte apelante, ya que el procedimiento era indicado y no se alejó de la mejor práctica de la medicina. No existe, pues, acto negligente en las acciones del doctor Acevedo Rego ni del Hospital; ni nexo causal, entre éstas y el fallecimiento de la señora Gual Rivera.

Acerca de la determinación 108, en que se consigna que el doctor Acevedo Rego "le indicó que la Sra. Guadalupe Gual tenía varias condiciones de salud y tenía una edad avanzada", los apelantes aducen que el galeno no explicó nada a nadie sobre las implicaciones de firmar un documento de renuncia a resucitación.

Nos parece que el hecho esbozado no se relaciona con la suscripción por parte de la señora Almodóvar Gual, los días 26 y 28 de junio de 2007, de sendos formularios denominados "Consentimiento para Autorizar Familiares, Tutores legales o Personal Respons[a]ble a Detener Resucitación a Paciente con Condición Terminal (No Code Order)".[115] Entendemos que la determinación está relacionada con el enunciado anterior, que se refiere al hecho de la llamada telefónica de la nieta Vivian al teléfono celular del galeno, durante las horas de la mañana del 28 de junio de 2007, cuando éste se encontraba en su residencia.

---

[114] Apéndice del caso KLAN201700733, pág. 389.
[115] Apéndice del caso KLAN201700733, págs. 197-198.

Ahora bien, en cuanto al formulario "No Code Order" suscrito por la señora Almodóvar Gual el 26 de junio de 2007 a las 12:30 de la tarde, se observa que un médico ([Emmanuel] "Noel"), quien suscribe el mismo, fue quien explicó a la hija de doña Guadalupe los factores médicos, riesgos, alternativas y procedimientos envueltos en resucitar a un paciente o aplicar la orden de no resucitación. El doctor Acevedo Rego contrafirmó el formulario, toda vez que también habló con la señora Almodóvar Gual. Sobre este asunto, el galeno demandado declaró:

> De la del 26. La del 26 yo le hablo a Gladys Almodóvar, la hija de la paciente, y le explico lo que está pasando con su mamá, que se está deteriorando, que apareció un nuevo problema como una pulmonía, que la paciente se ve floja, que se ve débil, que la paciente pudiera irse en un paro respiratorio y si eso fuera, si ella quería que su mamá se le intubara o no. Ella dijo que no y firmó el certificado como el derecho de todo paciente.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, pág. 54.

Sobre la firma del doctor Acevedo Rego en el formulario de consentimiento en contra de la aplicación de medios de resucitación, suscrito el 28, el doctor testificó lo siguiente:

> R Me encuentro que Gladys Almodóvar había firmado una segunda pidiendo no resucitación.
>
> P ¿Y qué hizo cuando encontró esa hoja con hora y fecha y la firma de Gladys Almodóvar y la firma de la enfermera?
>
> R La firmé como yo médico de la paciente y le respeté sus derechos.
>
> P La firmó. O sea, que esa firma ese día usted la puso más tarde ahí.
>
> R Sí.

Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8, pág. 53.

Anteriormente, el médico explicó que lo firmó "porque estos papeles usualmente se firman después, los hospitales tienden a firmar y a completar. . .".[116]

---

[116] Transcripción de la Prueba Oral, Tomo 8. pág. 52.

A base lo expuesto, colegimos que las declaraciones de la nieta Vivian sobre este asunto son el resultado de su tristeza por la pérdida de un ser querido y cercano. Ello no implica negligencia del Hospital. La inconformidad de la nieta con el proceder de su madre no es un asunto a dirimir en ente recurso. A base del consentimiento del 26, confirmado el 28, la institución hospitalaria brindó a doña Guadalupe el tratamiento médico requerido durante su hospitalización, sin adoptar medidas extraordinarias de resucitación, cuando advino la crisis; ello, conforme las instrucciones familiares.

La testigo, quien aceptó que su madre era la persona autorizada para consentir este proceder, no convenció al tribunal *a quo* de ninguna irregularidad en la firma del documento del 28 que, al fin y al cabo, meramente ratificaba el consentimiento prestado dos días antes del fallecimiento de la señora Gual Rivera. Esta adjudicación de credibilidad y valor probatorio corresponde al juzgador de hechos de la primera instancia judicial, quien tuvo contacto directo con los testimonios vertidos y el lenguaje corporal de los declarantes.

Es conocido que nuestro estándar de revisión establece que, salvo una demostración de que el juzgador de hechos incurrió en error manifiesto o medió pasión, prejuicio o parcialidad en sus determinaciones fácticas, los tribunales apelativos no debemos intervenir con la apreciación de la prueba o la adjudicación de credibilidad. *Dávila Nieves v. Meléndez Marín*, 187 DPR 750, 770-771 (2013). Dicha conducta se aprecia cuando el foro primario "actú[a] movido por inclinaciones personales de tal intensidad que adopta posiciones, preferencias o rechazos con respecto a las partes o sus causas que no admiten cuestionamiento, sin importar la prueba recibida en sala e incluso antes de que se someta prueba alguna". *Id.*, pág. 782. En ausencia de lo anterior, entonces,

prevalece la deferencia a los tribunales de primera instancia, toda vez que son éstos los que se encuentran en una mejor posición para apreciar y aquilatar la prueba testifical, por haber tenido la oportunidad de oír y ver el comportamiento de los testigos. Nuestra intervención se justifica únicamente en aquellas instancias en que una evaluación integral de las declaraciones cause una insatisfacción de conciencia tal que estremezca nuestro sentido básico de justicia. *Rivera Menéndez v. Action Services*, 185 DPR 431, 444 (2012).

IV

KLCE201701759

KLCE201701771

Según expresáramos, el Hospital y el doctor Acevedo Rego recurren de la determinación judicial que rechazó atender en esa etapa de los procedimientos el memorando de costas y las subsiguientes mociones, fundamentando su postura en que el caso había sido apelado. Los peticionarios aducen que ese proceder es inconsistente con la letra de la Regla 44.1, su espíritu reparador y va en contravención a la economía procesal.

Como se sabe, la Regla 44.1 de Procedimiento Civil de 2009 dispone respecto a la concesión de costas. La norma establece, en su parte pertinente, lo siguiente:

> (a) *Su concesión.* Las costas le serán concedidas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito o se dicte sentencia en apelación o revisión, excepto en aquellos casos en que se disponga lo contrario por ley o por estas reglas. Las costas que podrá conceder el tribunal son los gastos incurridos necesariamente en la tramitación de un pleito o procedimiento que la ley ordena o que el tribunal, en su discreción, estima que una parte litigante debe reembolsar a otra.
>
> (b) *Cómo se concederán.* La parte que reclame el pago de costas presentará al tribunal y notificará a la parte contraria, dentro del término de diez (10) días contados a partir del archivo en autos de copia de la notificación de la sentencia, una relación o memorándum de todas las partidas de gastos y

> desembolsos necesarios incurridos durante la tramitación del pleito o procedimiento. El memorándum de costas se presentará bajo juramento de parte o mediante certificación del abogado o abogada y consignará que, según el entender de la parte reclamante o de su abogado o abogada, las partidas de gastos incluidas son correctas y que todos los desembolsos eran necesarios para la tramitación del pleito o procedimiento. Si no hubiese impugnación, el tribunal aprobará el memorándum de costas y podrá eliminar cualquier partida que considere improcedente, luego de conceder al solicitante la oportunidad de justificarlas. Cualquier parte que no esté conforme con las costas reclamadas podrá impugnarlas en todo o en parte, dentro del término de diez (10) días contados a partir de aquel en que se le notifique el memorándum de costas. El tribunal, luego de considerar la posición de las partes, resolverá la impugnación. La resolución del Tribunal de Primera Instancia podrá ser revisada por el Tribunal de Apelaciones mediante el recurso de *certiorari*. De haberse instado un recurso contra la sentencia, la revisión de la resolución sobre costas deberá consolidarse con dicho recurso.
>
> (c) *En etapa apelativa.* La parte a cuyo favor un tribunal apelativo dicte sentencia presentará en la sala del Tribunal de Primera Instancia que decidió el caso inicialmente y notificará a la parte contraria, dentro del término jurisdiccional de diez (10) días contados a partir de la devolución del mandato y conforme a los criterios establecidos en el inciso (b) anterior, una relación o memorándum de todas las partidas de gastos y desembolsos necesarios incurridos para la tramitación del recurso en el Tribunal de Apelaciones y en el Tribunal Supremo, según corresponda. El memorándum de costas se presentará bajo juramento de parte o mediante certificación del abogado o abogada, y su impugnación se formulará y resolverá en la misma forma prescrita en la Regla 44.1 (b). La resolución que emita el Tribunal de Primera Instancia podrá revisarse según se dispone en el inciso (b). La resolución que emita el Tribunal de Apelaciones podrá revisarse mediante *certiorari* ante el Tribunal Supremo. Cuando se revoque la sentencia del Tribunal de Primera Instancia, la parte a cuyo favor se dicte la sentencia presentará un memorándum de costas en conformidad con el procedimiento y el término establecido en este inciso e incluirá los gastos y desembolsos en que se haya incurrido tanto en el Tribunal de Apelaciones como en el Tribunal Supremo.
>
> (d) […]

32 LPRA Ap. V, R. 44.1.

La Regla antes citada, tiene una función reparadora. El propósito es resarcir a la parte victoriosa los gastos necesarios y

razonables incurridos durante el litigio. Las costas serán concedidas a la parte a cuyo favor se resuelva el pleito o se dicte sentencia en apelación, excepto en aquellos casos en que por ley o por estas reglas se disponga lo contrario. *J.T.P. Dev. Corp. v. Majestic Realty Corp.*, 130 DPR 456, 460 (1992). La imposición de costas a la parte vencida es mandatoria. *Aponte v. Sears Roebuck*, 144 DPR 830, 848 (1998).

La concesión de costas no opera de manera automática, sino a través de la oportuna presentación de un memorando de costas. *Rosario Domínguez, et als. v. E.LA, et al.*, 198 DPR 197, 212 (2017). Conforme con ello, nuestro más Alto Foro ha resuelto que el memorando deberá presentarse bajo juramento de parte o bajo certificación de su representante legal dentro del término jurisdiccional de diez (10) días, contados a partir del archivo en autos de la notificación de la sentencia. *Comisionado v. Presidenta*, 166 DPR 513, 518 (2005). La naturaleza jurisdiccional del término surge de la Regla 68.2 de Procedimiento Civil, que en lo pertinente establece que no se podrá prorrogar ni reducir el plazo para actuar bajo la disposición de la Reglas 44.1, entre otras. 32 LPRA Ap. V, R. 68.2; *Rosario Domínguez, et als. v. E.LA, et al.*, *supra*, págs. 213-214.

Al presentársele *oportunamente* a un tribunal un memorando de costas, el tribunal habrá de determinar cuáles gastos fueron *necesarios* y *razonables*, para luego concederlos a la parte victoriosa. *Comisionado v. Presidenta*, *supra*, págs. 519-520. Nuestro más Alto Foro ha resuelto que las costas no son todos los gastos que ocasiona la litigación y que no se aprobarán gastos innecesarios, superfluos o extravagantes. *Garriga, Jr. v. Tribunal Superior*, 88 DPR 245, 252, 257 (1963). Los tribunales sentenciadores deberán ejercer su discreción al conceder las costas con moderación, examinando cuidadosamente el memorando de costas, más aún cuando las

mismas sean objeto de impugnación. *Pereira v. I.B.E.C.*, 95 DPR 28, 79 (1967).

A base del derecho antes expuesto, nos parece que la determinación recurrida es parte del amplio margen discrecional del foro primario, en cuanto al manejo de los casos ante su consideración. Un pleito de esta envergadura, en que además del prolijo tracto intercedieron peritos y cuyas partidas fueron objeto de impugnación, requería de un cuidadoso análisis. A esto se suma la falta de finalidad de dicho ejercicio.

Es decir, aun cuando la primera instancia judicial hubiera resuelto las costas reclamadas del caso original, en la primera etapa de los procedimientos, lo cierto es que esa determinación no sería firme, toda vez que está sujeta a las decisiones de los tribunales revisores y a los subsiguientes memorandos de costas, que resulten de dichos procesos apelativos. Aun en esta etapa intermedia, la finalidad de una determinación sobre las costas del pleito continúa atada a cualquier dictamen que confirme o revoque, en todo o en parte, nuestra decisión o la que, en su origen, dio paso al reclamo de los peticionarios, al amparo de la Regla 44.1. Recuérdese que la oportuna apelación podría revertir la decisión judicial original, porque, al palio de la precitada norma, las partes victoriosas tienen a su disposición la reclamación de las costas en apelación.

> Cuando una parte perdidosa en el tribunal de instancia logra que se revoque la sentencia apelada, adquiere status de parte victoriosa. En tales circunstancias, el término de diez (10) días para la nueva parte victoriosa presentar su memorándum de costas se cuenta desde que cl tribunal de apelación remite su mandato y no desde que se archivó en autos copia de la sentencia revocada. Norma que se codifica, se aclara y actualiza en la nueva Regla 44.1 (c) que regula la concesión de costas en la etapa apelativa, al disponer que la parte a cuyo favor un tribunal apelativo dicte sentencia presentará en la Sala del Tribunal de Primera Instancia que decidió el caso inicialmente y notificará a la parte contraria, dentro del término jurisdiccional de diez (10) días contados a partir de la devolución del mandato y conforme a los criterios de la Regla 44.1 (b) anterior, una relación o memorando de todas las partidas de

> gastos y desembolsos necesarios incurridos para la tramitación del recurso en el Tribunal Apelativo y en el Tribunal Supremo, según corresponda. El memorando de costas se presentará bajo juramento de parte o mediante certificación del abogado. Cuando se revoque la sentencia del Tribunal de Primera Instancia, la parte a cuyo favor se dicte la sentencia, presentará un memorando de costas de conformidad con el procedimiento anterior y en el término allí establecido e incluirá los gastos y desembolsos incurridos tanto en el Tribunal de Primera Instancia como en el Tribunal Apelativo y en el Tribunal Supremo.

José Cuevas Segarra, *Tratado de derecho procesal civil* t. IV, pág. 1297 (2ª ed. Publicaciones JTS 2011).

Distinto es, sin embargo, el hecho de que la presentación del memorando de costas ante el foro de primera instancia y su notificación a la otra parte es de naturaleza jurisdiccional. Esto se distingue de su concesión tal cual solicitado o de la modificación de las partidas reclamadas por parte de la sala sentenciadora.

En este caso, si acogiéramos la postura de los peticionarios y el Tribunal de Primera Instancia viniera obligado a atender el asunto de las costas, antes de culminar los procesos de revisión, de prevalecer la parte apelante ante estos foros, la resolución de la primera instancia judicial que hubiera dado paso al pago de las costas y cualquier dictamen de revisión se tornarían inoficiosos. Amén de que tendría que atender el memorando de costas en la etapa apelativa. De otro lado, en caso de sostenerse en apelación la decisión del *nisi prius*, la parte prevaleciente tendría a su haber el derecho de reclamar las costas del pleito original más las de apelación. Por tanto, aun después de agotados los trámites judiciales, el Tribunal de Primera Instancia estaría atendiendo las cuestiones relacionadas a las costas de manera fraccionada, lo cual no abonaría a la economía procesal que invocan los recurrentes.

Es norma asentada que los tribunales apelativos no intervendremos con el manejo de los casos ante los foros de primera instancia, salvo que medie un craso abuso de discreción, prejuicio, parcialidad o error en la interpretación del derecho. *Lluch v. España*

Service Sta., 117 DPR 729, 745 (1986). En ausencia de circunstancias extraordinarias, resolvemos no alterar el curso del ejercicio discrecional de la primera instancia judicial, por lo que procede confirmar su actuación.

V

Por los fundamentos antes expuestos, confirmamos la Sentencia apelada mediante el recurso KLAN201700733.

En cuanto a los recursos de *certiorari* KLCE201701759 y KLCE201701771 expedimos los mismos y confirmamos la determinación del foro recurrido.

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

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