

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE PONCE-GUAYAMA
PANEL VII

Dominga Alvarado
Viera, Julio Vélez
Renta, Mariella Vélez
Alvarado, Pedro Julio
Vélez Alvarado,
Asunción Colón Viera y
la Sociedad Legal de
Gananciales compuesta
por ambos

APELADOS

v.

Dra. Ana Santos
Quiñones, John Doe y
la Sociedad Legal de
Bienes Gananciales
compuesta por ambos;
Dr. Félix Roqué
Velázquez, Jane Doe y
la Sociedad Legal
compuesta por ambos;
Hospital Menonita de
Aibonito, Hospital
Menonita de Cayey;
Aseguradoras A, B, C;
Instituciones X, Y, Z;
Doctores A, B, C

APELANTES

Apelación
procedente del
Tribunal de
Primera
Instancia

KLAN2015-00811
con.
KLAN2015-00825

Sala de Guayama

Caso Núm.:
G DP2005-0011
Sala (302)

Sobre: Daños y
Perjuicios,
Impericia Médica

Panel integrado por su presidente, el Juez Brau Ramírez, el Juez Bermúdez Torres, el Juez Flores García y el Juez Sánchez Ramos. El Juez Sánchez Ramos no interviene.

Brau Ramírez, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 21 de diciembre de 2015.

-I-

En los recursos de epígrafe se recurre de una sentencia emitida el 27 de febrero de 2015 por el Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior de Guayama. El caso envuelve una acción por impericia médica, basada en la muerte de Marianela Vélez Alvarado ("la causante"), quien falleció el 29 de enero de 2004, como consecuencia de complicaciones

surgidas luego de haber sido sometida a una operación bariátrica. El Tribunal declaró con lugar la demanda y condenó a los demandados a resarcir solidariamente a los demandantes por sus daños.

Los apelados son los familiares de la causante: Dominga Alvarado Viera (madre), Julio Vélez Rentas (padre), Mariella Vélez Alvarado (hermana), Pedro Julio Vélez (hermano) y Asunción Colón Viera (tía).

La causante fue operada por la Dra. Ana Santos Quiñones, quien también intervino en su cuidado postoperatorio. El Dr. Félix Roqué Velázquez colaboró con la Dra. Santos en el cuidado de la causante. La Dra. Santos y del Dr. Roqué son los apelantes en el caso KLAN2015-00811, en unión a su aseguradora, el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Seguro de Responsabilidad Médico Hospitalaria ("SIMED").¹

La causante fue atendida en el Hospital Menonita de Aibonito y el Hospital Menonita de Cayey. Ambas instituciones comparecen como apelantes en el caso KLAN2015-00825.²

Mediante resolución emitida el 10 de junio de 2015, ordenamos la consolidación de los recursos.

-II-

Los hechos que dan base a la demanda son los siguientes:

¹ Luego de la presentación del recurso KLAN2015-00811, el Dr. Roqué informó que había presentado una solicitud ante el Tribunal federal de quiebras. Los procedimientos en cuanto a dicha parte están paralizados, conforme a lo dispuesto por 11 U.S.C. § 362. Por tratarse de co-causantes del daño y obligados solidariamente, la quiebra del Dr. Roqué no nos impide entender las apelaciones de los demás apelantes. Peerless Oil. v. Hnos. Torres Pérez, 186 D.P.R. 239, 256 (2012).

² Aunque el récord sugiere que el Hospital Menonita de Aibonito y el Hospital Menonita de Cayey son instituciones emparentadas, del expediente no surge la relación específica existente entre ambas. En el presente caso, la mayor parte del tratamiento a la causante fue brindado por el Hospital Menonita de Cayey.

Para 2003, la causante tenía 25 años de edad. No existe controversia entre las partes, en torno a que la causante padecía de obesidad mórbida. (La causante medía 5'3" de estatura y pesaba 273 libras). Esta condición ponía en peligro su vida y la hacía susceptible a numerosos problemas de salud. También la hacía más vulnerable que otras personas a complicaciones en caso de intervención quirúrgica.

La causante había intentado controlar su peso mediante diversos regímenes de ejercicios y dietas, pero no tuvo éxito.³

El 12 de febrero de 2003, la causante visitó el consultorio de la Dra. Santos, con el propósito expreso de someterse a una cirugía bariátrica. Este tipo de cirugía está dirigida a disminuir el peso de una persona. La Dra. Santos, quien es cirujana, había desarrollado una práctica especializada en este tipo de intervención. Tenía privilegios para atender pacientes en el Hospital Menonita de Cayey y el Hospital Menonita de Aibonito y era miembro de la facultad de ambas instituciones.

La Dra. Santos entrevistó a la causante el 12 de febrero de 2003 y el 7 de marzo de 2003. La Dra. Santos tomó el historial de la paciente y discutió los detalles de la cirugía con ella. En el caso de la causante, se propuso hacer un procedimiento electivo de *by-pass* en su estómago ("Gastric Bypass Roux-En-Y") en el Hospital Menonita de Cayey. El procedimiento consiste en realizar una pequeña cámara en el estómago y conectarla con la primera porción del

³ Había estado en programas como Dr. Weight Loss y Jenny Craig, sin éxito.

intestino delgado (yeyuno).⁴ Al reducirse el tamaño del estómago, el paciente disminuye de peso.

En el presente caso, la causante estuvo de acuerdo con someterse a la operación.

Existe controversia entre las partes, en torno a si la Dra. Santos advirtió a la causante de manera suficiente sobre los riesgos de la operación. Durante el juicio, la Dra. Santos declaró que ella discutió con la causante los detalles de la operación y que le advirtió de sus consecuencias y riesgos. La Dra. Santos apercibió a la causante sobre otras alternativas de tratamiento tales como llevar a cabo dieta y hacer ejercicios. La causante descartó estas alternativas, las que ya había intentado sin éxito, e insistió en que ella deseaba someterse a una cirugía bariátrica.

No existe controversia en torno a que la causante suscribió un consentimiento para la operación. (Ap. KLAN2015-00811, pág. 576).⁵ Este documento advirtió a la causante de varios riesgos posibles: infección de herida quirúrgica, seromas (acumulación de suero o grasa líquida bajo la piel), hernias postoperatorias en un 15% de los casos, problemas respiratorios, insuficiencia cardíaca, trombosis venosa profunda, úlceras por estrés, hemorragias, abscesos abdominales

⁴ Según la explicación recogida en la sentencia del Tribunal de Primera Instancia, "en este tipo de procedimiento se hace una división del estómago, dejando una pequeña porción proximal ("*pouch*" gástrico) y un estómago remanente. Luego, se hace una sección del yeyuno (sección media del intestino delgado) dividiendo el aparato digestivo en una asa biliopancreática (recoge jugos gástricos, bilis y jugo pancreático) y una asa alimentaria (por donde transita la comida desde el "*pouch*" gástrico al intestino delgado). Ambas asas se unen (se conectan mediante una anastomosis) posteriormente, para formar un asa común donde se pueden absorber los alimentos." (Ap. KLAN2015-00825, pág. 12).

⁵ La causante también suscribió consentimientos separados para su admisión al Hospital y para la transfusión de sangre. (Ap. KLAN2015-00811, págs. 578 y 580-581.)

y suelta de las grapas. Id. La causante indicó que "entiendo la naturaleza y consecuencias de [la] intervención, y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención". Id. La hoja de consentimiento exponía que "[s]e me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente". Id.

Ninguno de los apelados estuvo presente durante las entrevistas entre la causante y la Dra. Santos.

Durante el juicio, la Dra. Santos admitió que no había advertido a la causante sobre todos los riesgos posibles de la operación. En particular, el Tribunal de Primera Instancia determinó que el consentimiento suscrito por la causante no le advertía sobre la posibilidad de muerte, estenosis de la anastomosis, náuseas, obstrucciones intestinales, dilataciones, incapacidad para comer, desnutrición, pérdida de uñas, pérdida de cabello, deficiencia de vitaminas y minerales, problemas de la vesícula, problemas inmunológicos, piedra en la vesícula, insuficiencia renal, adherencias, entubamiento, fallo hepático, dieta líquida constante, inyecciones de vitaminas, deshidratación, sepsis, alimentación enteral, transfusiones de sangre o pancreatitis. (Ap. KLAN2015-00825, pág. 11).

Al recomendar la operación a la causante, la Dra. Santos descansó más bien en su historial y en su examen de la paciente.⁶ La Dra. Santos atendió los

⁶Según las determinaciones del Tribunal de Primera Instancia, la causante tenía historial previo de bronquitis, asma, amenorrea, depresión mayor, endometriosis, biopsia del seno, artroscopia y apendicitis aguda. Sufría de diarreas cuando ingería alimentos grasos, lo que es común en pacientes con obesidad mórbida.

deseos de la paciente, quien manifestó su interés en someterse al procedimiento. La operación se programó para el 22 de abril de 2003.

Previo a realizar la operación, la Dra. Santos refirió a la causante a evaluación con varios otros especialistas, con el propósito de que éstos expresaran su opinión sobre la operación propuesta. La Dra. Santos, en este sentido, envió a la paciente a consultas con el internista, cardiólogo y neumólogo. A la causante se le hicieron diversas pruebas: un laboratorio de función pulmonar, un estudio de gases arteriales, placa de pecho, electrocardiograma, prueba de espirometría, laboratorio de sangre (CBC), dos pruebas para funciones hepáticas, estudio de coagulación, estudio de orina y para descartar tiroides.

La paciente también fue evaluada por un siquiatra, en vista de su historial previo de depresión. También se consultó al nutricionista.

Todos los profesionales de salud consultados dieron su visto bueno a la operación.

La operación se llevó a cabo, según programada, el 22 de abril de 2003. La intervención fue realizada por la Dra. Santos con la asistencia del Dr. Roqué.⁷ No hubo complicaciones mayores durante el procedimiento. El curso post-operatorio de la paciente, sin embargo, fue complicado.

Luego de su operación, la causante presentó fiebre y náuseas. También tuvo vómitos y taquicardia.

⁷ El Dr. Roqué también era miembro de las facultades del Hospital Menonita de Cayey y el Hospital Menonita de Aibonito.

La causante fue dada de alta el 26 de abril de 2003. Luego de haber sido dada de alta, tuvo fiebre y experimentó vómitos. Al día siguiente, 27 de abril de 2003, se le informó a la Dra. Santos que la causante seguía con fiebre y vomitando. La Dra. Santos ordenó que se llevase a la Sala de Emergencias del Hospital Menonita al día siguiente.

La causante fue admitida al Hospital el 28 de abril de 2003. Lucía gravemente enferma ("acutely ill"). Se le dio hidratación intravenosa y se le suministró potasio.

El 29 de abril de 2003, la Dra. Santos y el Dr. Roqué le realizaron a la causante una laparostomía exploratoria (viz., incisión en el abdomen). Encontraron que la paciente tenía una obstrucción intestinal ocasionada por adherencias que le habían torcido el intestino. Le cortaron las adherencias que encontraron y extirparon el tejido dañado para realizar una nueva anastomosis entre el yeyuno y el "pouch" gástrico. También le realizaron una yeyunostomía (colocación de un tubo en el yeyuno) para su alimentación. Se le extirparon aproximadamente 10 cms. del yeyuno. La Dra. Santos le informó a la familia de la causante que prácticamente se había tenido que repetir la operación inicial.

La extirpación del tejido de la causante significó una reducción en el "pouch" gástrico, lo que redujo la capacidad de la paciente para poder recibir la nutrición necesaria.

La causante permaneció 11 días en la unidad de intensivo. Durante su recuperación sufrió de varias complicaciones: sepsis, taquicardia, anemia, paro

respiratorio, hipoxia, insuficiencia renal, edemas, neumonías, y líquidos intestinales.

La paciente fue finalmente dada de alta el 20 de mayo de 2003. Continuaba con náuseas. El 22 de mayo de 2003, la causante tuvo que regresar al hospital porque el tubo de la yeyunostomía se le había salido mientras la bañaban. El Dr. Roqué la admitió al Hospital y reposicionó el tubo. La paciente fue dada de alta de nuevo el 24 de mayo de 2003.

La paciente fue vista en su oficina por la Dra. Santos en varias ocasiones entre junio y agosto de 2003. Se quejaba de que continuaba con náuseas y vómitos.

El 29 de agosto de 2003, la paciente fue hospitalizada de nuevo por deshidratación y vómitos. El 31 de agosto de 2003, el Dr. Gamalier Bermúdez, especialista en radiología, le realizó un estudio del tracto gastrointestinal donde no pudo identificar que la paciente tuviera estómago.

El 6 de octubre de 2003, se le removió el tubo de la yeyunostomía y se le recetó una dieta de comidas blandas y líquidos. La causante sólo pudo comer durante un corto periodo de tiempo. Luego presentó una condición de vómitos donde devolvía todo lo que comía. La paciente comenzó a deteriorarse.

El 9 de octubre de 2003, fue llevada a la Sala de Emergencias del Hospital Menonita de Cayey. Tenía dolor abdominal, náuseas, vómitos constantes y mareos. Se le diagnosticó una deshidratación severa y obstrucción gastrointestinal, debido a que la anastomosis se estaba cerrando. El 13 de octubre de

2003, se le realizó una primera dilatación. Se le dio de alta al día siguiente.

El 28 de octubre de 2003, la causante regresó al Hospital Menonita de Cayey con vómitos constantes. Se le admitió con un diagnóstico de obstrucción gastrointestinal. Se le realizaron dos dilataciones, el 28 de octubre de 2003 y el 31 de octubre de 2003. En esta última ocasión se le dio de alta.

La paciente todavía no podía comer con normalidad y continuaba devolviendo la comida. El 12 de noviembre de 2003, se le realizó una cuarta dilatación. Para esta época mantenía intolerancia a una dieta sólida. Durante el juicio, el perito de la parte apelada indicó que él entendía que los Dres. Santos y Roqué actuaron negligentemente al no considerar la necesidad de revertir la operación inicial.⁸

El 17 de noviembre de 2003, el Dr. Ramiro Milán le realizó un estudio radiológico a la causante y encontró evidencia de que la paciente no tenía estómago o "pouch" gástrico, o que éste era tan pequeño que no se podía ver.

El 20 de noviembre de 2003, la causante acudió a la Sala de Emergencias del Hospital Menonita. Según las determinaciones del Tribunal de Primera Instancia, continuaba su cuadro de vómitos y devolución de la comida. El Tribunal de Primera Instancia determinó que en el período anterior había tenido 10 vómitos o más diarios. La Dra. Santos refirió a la causante al Dr. Zaiter para una endoscopia y posible dilatación.

⁸ La prueba refleja que esta reversión no es un procedimiento sencillo y que su éxito depende en parte de la condición del paciente. En el presente caso, la parte apelante alega que no consideró esta posibilidad más bien debido a sus riesgos.

El 30 de noviembre de 2003, la causante regresó a la Sala de Emergencias del Hospital Menonita, con vómitos constantes. Fue atendida por el Dr. Zaiter y dada de alta ese mismo día.

El 2 de diciembre de 2003, el Dr. Zaiter le realizó una quinta dilatación. El Dr. Zaiter les indicó a la causante y a sus familiares que ella no tenía estómago. Todos se alarmaron. La reacción de la Dra. Santos fue de incredulidad.⁹

Al igual que en las ocasiones anteriores, luego de la dilatación, la paciente pudo ingerir alimentos por un breve tiempo. Pocos días después, sin embargo, la causante comenzó a sentir un dolor muy fuerte en el estómago. La familia la llevó al Hospital Menonita de Cayey el 6 de diciembre de 2003. El 7 de diciembre de 2003, fue admitida por el Dr. Roqué. Tenía dolor de estómago y vómitos. También estaba deshidratada.

En esta ocasión, la Dra. Santos ordenó que se le realizara un sonograma abdominal. El estudio reveló que la paciente tenía piedras en la vesícula. La paciente fue dada de alta el 12 de diciembre de 2003.

El 15 de diciembre de 2003, Dra. Santos atendió en su oficina a la causante. Seguía quejándose de que no toleraba la comida y tenía náuseas.

⁹ Existe controversia entre las partes en torno a si la endoscopia y reconstrucción de la anastomosis de la paciente realizada por la Dra. Santos el 29 de abril de 2003 resultó en que se eliminara totalmente el estómago de la apelante. Así pareció entenderlo el Tribunal de Primera Instancia. La parte apelante en el caso KLAN2015-00811 señala que los estudios realizados a la paciente el 8 de diciembre de 2003 y el 2 de enero de 2004 reflejaron que ella aún tenía un *gastric pouch* pequeño, de entre 4.2 y 4.5 cms. Es evidente, sin embargo, que la paciente sufría de la reducción (estenosis) de su anastomosis, lo que no le permitía alimentarse. La condición de la paciente sólo mejoraba parcialmente con las dilataciones (se le hicieron cinco). La parte apelante, según señalan los apelados, no contempló la reversión de la operación, lo que tal pudo haber corregido la situación.

El 26 de diciembre de 2003, la causante regresó a la Sala de Emergencias del Hospital Menonita de Cayey quejándose de que tenía vómitos constantes. Fue atendida por el Dr. Roqué y el Dr. González. Fue dada de alta ese mismo día.

El 30 de diciembre de 2003, regresó a la Sala de Emergencias del Hospital, quejándose que hacía cuatro días no toleraba alimentos. La atendió el Dr. Meléndez, quien le ordenó medicamentos. El Dr. Meléndez no refirió órdenes radiológicas, prueba endoscópica o dilatación. La causante fue dada de alta.

Del 2 al 28 de enero de 2004, la causante fue admitida en el Hospital Menonita, con síntomas principales de dolor abdominal y vómitos. No toleraba nada por boca. Se le admitió para descartar la posibilidad de enfermedad de la vesícula. Se encontraba desnutrida. Durante su hospitalización, recibió una transfusión de sangre, debido a que estaba anémica. La Dra. Santos ordenó que se le suministraran sueros y medicamentos y dispuso que se le diera alimentación por vena (parenteral) por 10 días.

La malnutrición de la paciente revelaba su imposibilidad de ingerir alimentos, debido a sus vómitos constantes. El 12 de enero de 2004, se le realizó una operación de la vesícula (colecistectomía) para removerle adherencias. La paciente desarrolló fiebre. Requirió la transfusión de varias unidades de sangre.

Para el 26 de enero de 2004, continuaba con vómitos. Tenía fluido abdominal y edema cutáneo. La Dra. Santos estimó innecesario realizarle un drenaje.

La paciente fue dada de alta el 28 de enero de 2004. Se refirió al Dr. Zaiter para una nueva dilatación (la sexta), a llevarse a cabo el 29 de enero de 2004.

Al ser dada de alta, la paciente se veía desnutrida, deprimida y cansada. Sus familiares se sorprendieron de que se le diera de alta porque continuaba con dolor y vómitos.

La causante murió al día siguiente, 29 de enero de 2004. El informe de autopsia indicó que su muerte era compatible con una pancreatitis. La prueba pericial desfilada durante el juicio por la parte apelante cuestionó esta opinión, ya que no se observó inflamación del páncreas. Tanto el Dr. Pablo Rodríguez, perito de la Dra. Santos, como el Dr. Herman Malaret, perito del Hospital Menonita, opinaron que la paciente no murió de pancreatitis. En su declaración el Dr. Malaret sugirió que posiblemente murió de una arritmia cardíaca.¹⁰

Durante las diferentes hospitalizaciones de la causante en el Hospital Menonita, la facultad del Hospital no ejerció supervisión sobre la Dra. Santos ni se convocó a una reunión para discutir el caso, a pesar de que la paciente había tenido numerosas complicaciones y que había sido ingresada en múltiples ocasiones.

Oportunamente, los apelados instaron la presente demanda por daños y perjuicios por mala práctica de la medicina ante el Tribunal de Primera Instancia, Sala superior de Guayama contra la Dra. Santos, el Dr. Roqué, SIMED, el Hospital Menonita de Aibonito y el

¹⁰ El Dr. Malaret no señaló si la muerte de la paciente guardaba conexión con su condición de desnutrición, pero ello no nos parece descartable.

Hospital Menonita de Cayey solicitando compensación por los daños sufridos.

Los distintos demandados contestaron la demanda y negaron las alegaciones.

Luego de otros trámites, se celebró el juicio en su fondo, el que se extendió de 2012 a 2014. Durante la sesión celebrada el 2 de agosto de 2012, las partes estipularon que en la demanda no existían alegaciones de negligencia contra el Hospital Menonita "en cuanto a las actuaciones del personal de enfermería". (Ap. KLAN2015-00825, pág. 555). A base de la estipulación entre las partes, el Tribunal limitó el testimonio del perito del Hospital Menonita (Ap. KLAN2015-00825, págs. 555-556; Tr., págs. 4860-1).

Durante el juicio, las partes presentaron evidencia documental y testifical en apoyo de sus respectivas contenciones. Entre otros testigos, la parte apelada presentó la declaración pericial del Dr. José J. Cerra, quien opinó que los apelantes habían incurrido en negligencia al operar a la apelante sin un consentimiento suficiente, al no considerar otras alternativas previas a la operación y en su tratamiento post-operatorio de la causante. Entre otras cosas, el perito de la parte apelada afirmó que los apelantes habían incurrido en negligencia al no considerar otras alternativas ni revertir la operación, a pesar de que la paciente mostraba una condición crónica de intolerancia a los alimentos y vómitos.

Por su parte, la Dra. Santos y el Dr. Roqué declararon en su defensa y presentaron el testimonio pericial del Dr. Pablo Rodríguez Ortiz quien difirió

de la opinión del perito de la parte apelada y expresó que entendía que los apelantes habían descargado adecuadamente su obligación de atender a la paciente.

Durante su testimonio, el Dr. Rodríguez admitió que la paciente había sido sometida a varios procedimientos de dilatación, sin que ello llegara a estabilizar su condición por más de unos pocos días. Opinó que no existía un estándar de manejo que requiriera a sus médicos intentar otras alternativas luego de un número específico de procedimientos de esta naturaleza.¹¹

Por su parte, el Hospital Menonita presentó el testimonio pericial del Dr. Malaret, quien declaró que el Hospital no había incumplido ningún deber de cuidado al no convocar una reunión de su facultad para la discusión del caso de la apelante.

El 27 de febrero de 2015, a base de la prueba desfilada, el Tribunal de Primera Instancia emitió la sentencia apelada y declaró con lugar la demanda.

En su dictamen, el Tribunal de Primera Instancia determinó que la Dra. Santos había sido negligente al realizar la cirugía bariátrica "sin contar con el consentimiento informado de la paciente". (Ap. KLAN2015-00825, pág. 39). El Tribunal entendió que la Dra. Santos fue negligente al no advertir a la causante de todos los riesgos que conllevaba el procedimiento.

El Tribunal también determinó que la Dra. Santos también fue negligente al pautar la cirugía sin hacer

¹¹ Declaró sobre este particular que "no hay un [estándar] de manejo, cuándo se hacen las cirugías. [Las dilataciones] [s]e hacen ... cuando sea necesario. ... Y no hay un número. No es que sean tres (3), ni cuatro (4), ni cinco (5), ni diez (10)... eso es un juicio clínico del gastroenterólogo." (Tr., pág. 5171).

los exámenes y pruebas diagnósticas requeridos de acuerdo al historial médico de la paciente, sin intentar otras medidas menos invasivas. El Tribunal determinó que la Dra. Santos y el Dr. Roqué fueron negligentes en su manejo post-operatorio de la paciente.

El Tribunal expresó, sobre este particular:

La doctora Santos y el Dr. Roqué admitieron que el problema principal de la paciente eran las náuseas y los vómitos que la llevaron a deshidratación y desnutrición. Admitieron, además, que durante el tiempo que transcurrió, desde la segunda operación del 28 de abril de 2003 hasta el 2 de enero de 2004, las únicas gestiones que se hicieron para atender las náuseas y los vómitos fueron las dilataciones. La doctora Santos admitió, también, que ante el hecho de que las dilataciones no ayudaban a la paciente, la alternativa era reconstruir el sistema gástrico a su forma original revirtiendo la operación bariátrica. Esto coincide con el testimonio del Doctor Cerra sobre el curso de acción que había que seguir para mejorar la condición de la paciente luego de la primera operación.

El doctor Cerra explicó que, ante la grave infección que sufrió la paciente luego de la primera operación, la reconstrucción requirió reseca tejido que afectó significativamente la bolsa o "pouch" gástrico haciéndolo inservible para el propósito de retener alimentos. A la luz de esta situación, ..., la alternativa que tenían la doctora Santos y el doctor Roqué para atender la situación de [la causante] era revertir el procedimiento original. Estos cirujanos no evaluaron ni consideraron este curso de acción, a pesar de que admitieron que era un curso de acción indicado para atender su situación. (Ap. KLAN2015-00825, págs. 48-49).

El Tribunal concluyó que la omisión de los Doctores Santos y Roqué de actuar ante el cuadro persistente de la paciente de no tolerar alimentos contribuyó a ocasionar la muerte de ésta:

A tenor con lo antes expuesto, es preciso concluir que los síntomas y complicaciones que llevaron a [la causante] a la muerte, se debieron, principalmente, al deterioro físico grave y crónico ante la incapacidad de ingerir alimentos, producto de la reducción extrema o eliminación radical de su bolsa o "pouch" gástrico, a raíz de la nueva anastomosis en la

segunda operación en la que se resecó parte o todo el tejido gástrico indispensable para que la paciente pudiera retener y aprovechar los alimentos. La incapacidad para ingerir alimentos provocó vómitos constantes que dieron base a una estenosis crónica de los tejidos gástricos y esofágicos que le impidieron absorber alimentos.

Después de más de diez (10) hospitalizaciones y visitas a Sala de Emergencias presentando un cuadro constante de vómitos, deshidratación y desnutrición, y cinco dilataciones, la joven fue hospitalizada, el 2 de enero de 2004, en el Hospital Menonita de Cayey. La paciente llegó deshidratada, desnutrida y con anemia. ... Finalmente falleció el 29 de enero de 2004. (Ap. KLAN2015-00825, pág. 49).

El Tribunal concluyó que el Hospital Menonita respondía vicariamente por la negligencia de los Dres. Santos y Roqué, así como por su omisión de brindar supervisión a estos médicos.

A pesar de que las partes habían estipulado que la reclamación de la parte apelada no incluía alegaciones de negligencia por parte del personal de enfermería del Hospital, el Tribunal determinó que las enfermeras del Hospital fueron negligentes al no brindar instrucciones adecuadas a la causante y sus familiares en cuanto a aspectos importantes en su recuperación.¹²

El Tribunal declaró con lugar la demanda y condenó a los apelantes al pago solidario de \$1,338,500 a los apelados, por concepto de los daños ocasionados.¹³ (La sentencia contra SIMED quedó sujeta al límite de su póliza).

¹² El Tribunal determinó que las enfermeras no habían brindado a la paciente instrucciones sobre la dieta especial o cuidados requeridos para la paciente al ser dada de alta y que luego tampoco le advirtieron sobre el cuidado de su herida o como manejar el tubo de la yeyunostomía. El Tribunal consideró que esta conducta se repitió durante todas las hospitalizaciones posteriores de la paciente. (Ap. KLAN2015-00825, págs. 52-53).

¹³ El Tribunal concedió \$500,000 a los padres de la causante por concepto de los daños sufridos por ella durante sus distintas hospitalizaciones, \$250,000 a cada uno por sus propios daños, \$175,000 a la tía de la causante por concepto de sus angustias mentales y \$75,000 a cada uno de los hermanos. El Tribunal

La sentencia del Tribunal fue archivada en autos y notificada el 10 de marzo de 2015. El 25 de marzo de 2015, los apelantes presentaron una moción de reconsideración y de determinaciones adicionales de hecho, que fue denegada por el Tribunal el 17 de abril de 2015.

Insatisfechas, las partes apelantes acudieron ante este Tribunal.

-III-

En sus respectivos recursos, las partes apelantes cuestionan la apreciación de la prueba realizada por el Tribunal de Primera Instancia.

La norma es que las determinaciones formuladas por el Tribunal de Primera Instancia merecen deferencia y que no deben ser dejadas sin efecto salvo que sean claramente erróneas. Regla 42.2 de Procedimiento Civil. En ausencia de pasión, prejuicio, parcialidad o error manifiesto, este Tribunal no sustituirá el criterio del Tribunal de Primera Instancia sobre la evaluación de la prueba oral desfilada en el juicio. Rolón v. Charlie Car Rental, Inc., 148 D.P.R. 420, 433 (1999).

La Regla 42.2 de Procedimiento Civil, en este sentido, nos requiere dar la debida consideración a la oportunidad que tuvo el Tribunal de Primera Instancia para juzgar la credibilidad de los testigos ante sí. El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha reconocido que, generalmente, el juzgador de primera instancia está en mejor posición que este Tribunal para aquilatar la prueba testifical. Flores Santiago v. Domínguez, 146

concedió daños especiales de \$13,500 por concepto de gastos incurridos por los padres de la causante en su tratamiento.

D.P.R. 45, 49-50 (1998); Ortiz v. Cruz Pabón, 103 D.P.R. 939, 947 (1975).

No obstante, gozamos de la facultad para evaluar la prueba documental y pericial con independencia de las determinaciones formuladas por el Tribunal de Primera Instancia. En cuanto a este tipo de prueba, el Tribunal de Apelaciones se encuentra en la misma posición que el foro de Primera Instancia. Culebra Enterprises Corp. v. E.L.A., 143 D.P.R. 935, 952 (1997).

El presente caso, se trata de una demanda de daños y perjuicios por mala práctica de la medicina. La norma, en este tipo de casos, es que los profesionales de la salud vienen obligados a brindar a sus pacientes aquella atención médica que, a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza y, conforme al estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevaleciente de la medicina, satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la propia profesión médica. López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119, 133 (2004); Oliveros v. Abreu, 101 D.P.R. 209, 226 (1973).

Para prevalecer en un caso contra un profesional de la salud el demandante viene obligado a (1) presentar prueba sobre las normas mínimas de conocimiento y cuidado aplicables al área en cuestión, (2) demostrar que el demandado incumplió con estas normas en el tratamiento del paciente y (3) que esto fue la causa del daño sufrido por el paciente. Blás v. Hosp. Guadalupe, 146 D.P.R. 267, 322 (1998).

A los médicos y otros profesionales de la salud se les reconoce una amplia discreción profesional en

su trabajo. No existe responsabilidad por impericia cuando el demandado se enfrenta a una situación en la cual cabe una duda educada y razonable sobre el curso de tratamiento a seguir y cuando las autoridades médicas están divididas sobre ese particular. En estos casos, la existencia de un error de juicio honesto y razonable en el tratamiento exime de responsabilidad, siempre y cuando el profesional de la salud haya realizado un esfuerzo razonable para enterarse y cerciorarse de los síntomas y de la condición del paciente y haya agotado los medios de diagnóstico a su disposición. Ramos, Escobales v. García, González, 134 D.P.R. 969, 975 (1993).

No obstante, no es diligente un curso que somete a un paciente a riesgos previsibles por inacción, cuando se cuenta con otras alternativas de tratamiento. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 D.P.R. 719, 740-741 (1983).

Existe una presunción de que un profesional de la salud ha observado un grado razonable de cuidado y atención en la administración de tratamiento y que los exámenes practicados al paciente han sido adecuados. Arrieta v. De la Vega, 165 D.P.R. 538, 549 (2005). El hecho de que el tratamiento ofrecido no haya sido exitoso o que el paciente haya sufrido un resultado adverso no necesariamente permite inferir que medió negligencia alguna por parte del médico. Martí Méndez v. Abrey Feshol, 143 D.P.R. 520, 527 (1997).

Corresponde a la parte demandante controvertir la presunción que favorece al médico. El demandante debe establecer, por preponderancia de la prueba, que las acciones negligentes del demandado fueron el factor

que con mayor probabilidad ocasionó el daño sufrido. Véanse, Blás v. Hosp. Guadalupe, 146 D.P.R. a la pág. 322; Ramos, Escobales v. García, González, 134 D.P.R. a la pág. 976.

Ahora bien, no se exige que se establezca lo anterior con precisión matemática, ni que se elimine toda otra posible causa de un daño. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 D.P.R. a la pág. 744; Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas, 109 D.P.R. 517, 521 (1980).

De ordinario, lo que constituye o no una práctica profesional adecuada en un caso de impericia debe ser establecida mediante testimonio pericial. Véanse, Ríos Ruiz v. Mark, 119 D.P.R. 816, 828-829 (1987). Los tribunales de Primera Instancia gozan de una amplia discreción para evaluar este tipo de prueba. Dye-Text P.R., Inc. v. Royal Ins. Co., P.R., 150 D.P.R. 658, 662-663 (2000).¹⁴

Entre otras obligaciones, los médicos tienen la obligación de divulgarles a sus pacientes los riesgos razonablemente previsibles, así como los beneficios de tratamientos y procedimientos invasivos del cuerpo humano de las alternativas disponibles. También deben informar a sus pacientes sobre los riesgos probables relacionados a no tratarse. Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 D.P.R. 735, 751 (1994); Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R. 639, 664-665 (1988).

No obstante, el médico no es responsable por no divulgar riesgos que razonablemente no se puedan

¹⁴ Según indicado anteriormente, el Tribunal de Apelaciones se encuentra en la misma posición que el Tribunal de Primera Instancia para evaluar el testimonio de un perito y formular sus propias conclusiones. Arrieta v. De la Vega, 165 D.P.R. a la pág. 551.

prever o que resulten remotos. Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 D.P.R. a la pág. 753; Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R. a la pág. 665. Tampoco se le requiere brindar a su paciente "un curso completo de medicina". Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 D.P.R. a la pág. 742.

Cuando el médico incumple su obligación de obtener un consentimiento informado de su paciente para la intervención, ello da lugar a una causa de acción independiente y distinta a la causa de acción por negligencia en el tratamiento. Santiago Otero v. Méndez, 135 D.P.R. 540, 557 (1994). Esta doctrina se basa en el derecho fundamental de cada ser humano a la la inviolabilidad de su cuerpo. Lozada Tirado et al. v. Testigos Jehová, 177 D.P.R. 893, 911 (2010).

En cuanto a la responsabilidad de los hospitales, la norma es que dichas instituciones están obligadas a desplegar en el tratamiento de sus pacientes aquel grado de cuidado que ejercería un hombre prudente y razonable en condiciones y circunstancias similares. López v. Dr. Cañizares, 163 D.P.R. 119, 135 (2004). Al igual que los médicos, los hospitales están obligados a brindar a sus pacientes la atención que satisfaga las exigencias generalmente reconocidas por la profesión médica a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza, Núñez v. Cintrón, 115 D.P.R. 598, 613 (1984).

Los hospitales responden vicariamente, bajo el artículo 1803 del Código Civil de Puerto Rico, por los actos u omisiones negligentes de su personal médico o paramédico, 31 L.P.R.A. sec. 5142; Fonseca et al. v. Hosp. HIMA, 184 D.P.R. 281, 288 (2012). También

responden vicariamente por los actos de los miembros de su facultad, aunque no sean empleados, cuando estos son consultados por otros médicos. Núñez v. Cintrón, 115 D.P.R. a la pág. 407.

Los hospitales no responden frente a pacientes privados de un médico que tiene privilegios de usar sus facilidades, cuando éstos son ingresados por decisión del médico para tratamientos electivos. Márquez Vega v. Martínez Rosado, 116 D.P.R. 397, 408-409 (1985). Ahora bien, si la persona ha acudido al Hospital en busca de ayuda médica y éste le proveyó asistencia, responde por los actos de negligencia del equipo médico. Fonseca et al. v. Hosp. HIMA, 184 D.P.R. a la pág. 289.

En la situación de marras, los apelantes plantean que el Tribunal de Primera Instancia erró al concluir que la Dra. Santos operó a la causante sin obtener un consentimiento informado.¹⁵ El récord refleja, según hemos visto, que la causante visitó a la Dra. Santos

¹⁵ El Hospital Menonita plantea que la causa de acción por falta de consentimiento informado es personalísima y que el Tribunal erró al concederle daños a los familiares de la causante por este fundamento. Su argumento descansa en las expresiones del Tribunal Supremo de Puerto Rico, a los efectos de que la doctrina del consentimiento informado se origina en el derecho fundamental de las personas a la inviolabilidad de su cuerpo. Lozada Tirado et al. v. Testigos Jehová, 177 D.P.R. a la pág. 911; Santiago Otero v. Méndez, 135 D.P.R. a la pág. 557 n. 557.

No estamos de acuerdo con el análisis propuesto por la parte apelante. El hecho de una persona tenga el derecho a decidir por sí misma los tratamientos a los que se somete no quiere decir que no pueda transmitir patrimonialmente su derecho a ser compensada por los daños sufridos por la negligencia del profesional de la salud de no advertirle de manera adecuada sobre los riesgos de un procedimiento.

Al igual que en los casos de impericia, la causa de acción en estos casos envuelve una infracción a un deber de cuidado (viz, la omisión de informar los riesgos previsibles) que ocasiona daños al paciente. Esto es, se trata de una causa de acción fundada en la culpa o negligencia del actor, que surge al amparo de los artículos 1802 y 1803 del Código Civil, 31 L.P.R.A. secs. 5141 y 5142. El Tribunal Supremo de Puerto Rico ha resuelto que las reclamaciones bajo este precepto son generalmente transmisibles a los herederos. Véase, Vda. de Delgado v. Boston Ins. Co., 101 D.P.R. 598, 606 (1973); Publio Díaz v. E.L.A., 106 D.P.R. 854, 871-872 (1978).

Dado el resultado a que llegamos, sin embargo, no necesitamos adjudicar de forma categórica este punto.

porque padecía de obesidad mórbida, lo que implicaba una reducida expectativa de vida. La causante había intentado otros métodos para rebajar de peso, los que no habían producido resultados y le manifestó a la Dra. Santos que ella interesaba someterse a una operación bariátrica.

Durante su testimonio, la Dra. Santos relató que ella le había explicado los detalles de la operación a la causante incluyendo sus riesgos principales. El testimonio de la Dra. Santos sobre este particular no fue refutado, ya que ninguno de los apelados estuvo presente en las entrevistas. No existe controversia entre las partes en torno a que la causante suscribió un consentimiento en el que acreditaba que se le había explicado la operación y que se le habían contestado sus preguntas sobre el procedimiento. El consentimiento enumeraba la mayoría de los riesgos comunes del procedimiento.¹⁶

Somos de la opinión, en estas circunstancias, que el Tribunal de Primera Instancia efectivamente erró al concluir que la causante no consintió informadamente al procedimiento. El récord refleja, por el contrario, que la causante estaba consciente de la magnitud del riesgo envuelto en la operación. Ella eligió este curso terapéutico porque consideró que era la mejor alternativa de tratamiento y porque su condición de obesidad mórbida implicaba riesgos constantes para su vida. La conclusión contraria del Tribunal de Primera Instancia no refleja el balance más racional,

¹⁶ Según hemos visto, se le advirtió de infección de herida quirúrgica, seromas (acumulación de suero o grasa líquida bajo la piel), hernias postoperatorias en un 15% de los casos, problemas respiratorios, insuficiencia cardíaca, trombosis venosa profunda, úlceras por estrés, hemorragias, abscesos abdominales y suelta de las grapas. (Ap. KLAN2015-00811, pág. 576).

justiciero y jurídico de la prueba desfilada. Méndez v. Morales, 142 D.P.R. 26, 36 (1996); Abudo Servera v. A.T.P.R., 105 D.P.R. 728, 731 (1977).

El Tribunal de Primera Instancia parece haber entendido que la Dra. Santos estaba obligada a enumerar a la causante todos los riesgos posibles asociados con el procedimiento. La norma es que, al discutir un procedimiento con un paciente, un médico no viene obligado a "dar a sus pacientes un curso completo de medicina", Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 D.P.R. a la pág. 742, sino a ofrecer una orientación razonable sobre los riesgos previsibles más significativos que envuelve el procedimiento, de modo que el paciente pueda tomar una decisión informada al decidir si acepta someterse al curso propuesto. El profesional de la salud no tiene que enumerar todos los riesgos concebibles de un tratamiento, particularmente si son remotos o difíciles de prever. Sepúlveda de Arrieta v. Barreto, 137 D.P.R. a la pág. 753; Rodríguez Crespo v. Hernández, 121 D.P.R. a la pág. 665.

En el presente caso, creemos que la explicación brindada por la Dra. Santos a la causante fue adecuada y que los daños de los apelados no responden a que la causante no hubiera estado consciente de que el procedimiento conllevaba riesgos para ella. También consideramos que la conclusión del Tribunal de que la Dra. Santos incurrió en impericia al decidir someter a la causante sin agotar primero otras alternativas de tratamiento también resulta irrazonable.

Lo cierto es que la causante sufría de obesidad mórbida, y que había intentado rebajar de peso

mediante otros tratamientos que resultaron infructuosos. Ella interesaba someterse al procedimiento. La Dra. Santos la entrevistó en dos ocasiones y confirmó que la causante era una candidata idónea para una operación bariátrica. Previo a proceder con la operación, la apelante consultó con un internista, cardiólogo, neumólogo, siquiátra y una nutricionista, todos los cuales dieron su visto bueno al procedimiento. A la causante se le hicieron numerosas pruebas para determinar si podía someterse a la operación. La decisión de la Dra. Santos de operar a la paciente no fue una festinada, sino basada en el historial de la paciente, y fue razonablemente respaldada por los otros estudios a los que se sometió la paciente.

En este caso, los daños de la parte apelada no obedecen a la decisión de la Dra. Santos de someter a la causante al tratamiento bariátrico. El récord refleja, en este sentido, que la operación transcurrió sin complicaciones.

No fue la operación de la causante, sino las fallas en el procedimiento postoperatorio posterior, las que ocasionaron los daños sufridos por la parte apelante. El récord refleja, en este sentido, que, el 29 de abril de 2003, una semana después de la operación inicial, la Dra. Santos tuvo que realizar una laparotomía exploratoria a la causante porque ésta había desarrollado una obstrucción intestinal. Durante esta segunda intervención, la Dra. Santos encontró que una porción del intestino había sufrido de falta de circulación provocada por una hernia, y procedió a remover el tejido comprometido. El Tribunal de Primera

Instancia determinó que esta operación tuvo el efecto de reducir la capacidad del "pouch" gástrico que se le dejó a la causante. No tenemos base para sustituir esta apreciación, la que nos parece apoyada por los diferentes estudios radiológicos que se realizaron a la paciente, en los que su estómago no aparecía o aparecía muy reducido. El resultado de lo anterior, aparentemente fue una disminución eventual de la capacidad de la causante para nutrirse, la que se agravó cuando comenzó a obstruirse su anastomosis.

El cuadro postoperatorio de la causante refleja que ésta se quejaba de vómitos constantes y que no podía alimentarse con normalidad. Al eliminarse el tubo de la yeyunostomía el 6 de octubre de 2003, la causante no pudo continuar nutriéndose de forma adecuada. Su patrón fue uno de constante desnutrición y creciente debilitamiento. La causante acudió al Hospital 9 de octubre de 2003, el 28 de octubre de 2003, el 12 de noviembre de 2003, el 20 de noviembre de 2003, el 30 de noviembre de 2003, el 2 de diciembre de 2003, el 6 de diciembre de 2003, el 26 de diciembre de 2003, el 30 de diciembre de 2003 y el 3 de enero de 2004, donde permaneció hasta el día antes de su muerte.

Según las determinaciones del Tribunal de Primera Instancia, durante estas diez hospitalizaciones, "las únicas gestiones que se hicieron para atender las náuseas y los vómitos fueron las dilataciones". La causante fue sometida a cinco procedimientos separados de dilataciones.¹⁷ Los procedimientos sólo le permitían

¹⁷ Al momento de su muerte, se encontraba programado un sexto procedimiento de esta naturaleza.

comer con normalidad por breve tiempo y enseguida su anastomosis volvía a obstruirse.

El Tribunal de Primera Instancia confirió peso al testimonio del perito de la parte apelada, y concluyó la Dra. Santos y el Dr. Roqué fueron negligentes en su cuidado post-operatorio de la paciente al no considerar otras alternativas de tratamiento, en particular, revertir la operación bariátrica, ya que estaba claro que las dilataciones no resultaron eficaces para estabilizar la condición de la causante.

No estamos en posición de sustituir la apreciación del Tribunal de Primera Instancia sobre este particular. La norma es que un tratamiento no puede considerarse razonable cuando no atiende a la condición del paciente y lo somete a riesgos previsibles. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 D.P.R. a las págs. 740-741.

El récord refleja que, ante su falta de capacidad para alimentarse, la causante "fue decayendo físicamente." (Ap., pág. 1092). Aunque la causa de la muerte de la paciente no quedó del todo clara, es difícil descartar que su deterioro constante por falta de alimentación no hubiera sido un factor importante que contribuyó a su deceso eventual.¹⁸

¹⁸ Aunque la paciente estuvo hospitalizada entre el 2 y el 28 de enero de 2004, pudiendo estabilizarse su condición, creemos que es probable que las complicaciones sufridas durante los tres meses anteriores fueron un factor precipitante en su deceso. La paciente fue hospitalizada diez veces durante este período presentando en todo momento síntomas de que tenía problemas para nutrirse, sin que la Dra. Santos y el Doctor Roqué hubiera tomado medidas efectivas para reaccionar ante lo anterior.

La norma es que en estos casos la causalidad no tiene que ser establecida de manera matemática, sino a base de preponderancia de la prueba. Cruz v. Centro Médico de P.R., 113 D.P.R. a la pág. 744; Zambrana v. Hospital Santo Asilo de Damas, 109 D.P.R. a la pág. 521. En el presente caso, concluimos que el Tribunal de Primera Instancia no erró al concluir que los daños de los apelados habían sido causados por las actuaciones negligentes de la parte apelante durante el tratamiento post-operatorio de la causante.

En su alegato, la Dra. Santos insiste en que la paciente nunca le manifestó a ella que ella padeciera de vómitos y que no se pudiera alimentar. Esta postura luce inconsistente con el récord médico de la causante entre octubre de 2003 a diciembre de 2004, que refleja como queja constante la presencia de vómitos y la condición de desnutrición de la paciente.

Durante su testimonio, el perito de la parte apelante, Dr. Rodríguez Ortiz, señaló que el revertir la operación bariátrica era un proceso complicado y riesgoso. Dicho perito declaró que él consideraba que la Dra. Santos no actuó incorrectamente al seguir insistiendo en que la paciente se sometiera a dilataciones. Según hemos visto, aseveró que las dilataciones “[s]e hacen ... cuando sea necesario. ... Y no hay un número. No es que sean tres (3), ni cuatro (4), ni cinco (5), ni diez (10)... eso es un juicio clínico del gastroenterólogo.” (Tr., pág. 5171).

Al igual que el Tribunal de Primera Instancia, creemos que esta postura es inconsistente con la norma sobre responsabilidad médico hospitalaria, que le impone a los profesionales de la salud la obligación de brindar a sus pacientes una atención médica adecuada, a la luz del estado de conocimiento de la ciencia y práctica prevaleciente de la medicina.

Un tratamiento médico no puede ser *pro forma*. No puede considerarse razonable un tratamiento que, ante un cuadro de deterioro constante de un paciente, se obstina en repetir medidas de tratamiento que han resultado ser infructuosas, cuando existen otras alternativas de tratamiento que podrían salvar la vida del paciente.

En el presente caso, el Tribunal de Primera Instancia concluyó que la Dra. Santos y el Dr. Roqué tuvieron la opción de revertir la cirugía de la paciente, curso que no fue intentado por ellos. Creemos que la conclusión del Tribunal de que los médicos actuaron de forma negligente en su tratamiento post-operatorio de la causante es razonable y que está sostenida por el récord.

El Hospital Menonita responde vicariamente ante los apelados por la negligencia de la Dra. Santos y del Dr. Roqué. El récord refleja que aunque la operación inicial de la causante fue un procedimiento electivo, sus comparecencias posteriores a la Sala de Emergencias del Hospital fueron con el propósito de buscar alivio a su condición constante de vómitos y falta de nutrición. Al aceptar a la paciente en su Sala de Emergencias y admitirla, el Hospital asumió la responsabilidad porque el tratamiento que se le brindara fuese diligente. Fonseca et al. v. Hosp. HIMA, 184 D.P.R. a la pág. 289. Precisamente, hemos concluido que la negligencia en este caso ocurrió en el tratamiento postoperatorio de la paciente, y no al momento de decidir someterse a la operación.¹⁹

¹⁹ El Tribunal de Primera Instancia, según hemos visto, concluyó que el Hospital Menonita respondía por la negligencia de su personal de enfermería, el que omitió brindar a la paciente instrucciones importantes para su tratamiento. Esta conclusión es contraria a la estipulación presentada por las partes el el 2 de agosto de 2012 (Ap. KLAN2015-00825, pág. 555).

En su alegato, la parte apelada sugiere que sus alegaciones fueron enmendadas por la prueba. Este argumento nos parece incorrecto y contrario a las normas de juego limpio, por cuanto a base de la estipulación, la parte apelada consiguió que el Tribunal restringiera el interrogatorio del perito de la parte apelante. International General Electric v. Concrete Builders, 104 D.P.R. 871, 877-878 (1976).

Entendemos que la parte apelada viene obligada por los términos de la estipulación que acordó, los que descartan la imposición de responsabilidad al Hospital por las actuaciones u omisiones de sus enfermeras.

En conclusión, sostenemos la imposición de responsabilidad a la parte apelante, basada en la negligencia de la parte apelante durante el tratamiento postoperatorio de la causante.²⁰

Por los fundamentos expresados, se confirma la sentencia apelada. Se mantiene la paralización de los procedimientos con relación al Dr. Roqué.

Lo pronunció y lo manda el Tribunal y lo certifica su Secretaria.

Dimarie Alicea Lozada
Secretaria del Tribunal de Apelaciones

²⁰ La parte apelada no ha formulado señalamiento alguno relacionado con las cuantías de daños concedidas por el Tribunal de Primera Instancia. En vista de ello, no discutimos este asunto.