

Talcahuano, dieciocho de abril de dos mil veintidós.

VISTO:

A folio 1 compareció don **Sebastián Alejandro Urrutia Mendoza**, abogado, domiciliado en calle San Martin N° 668, Oficina 2-A, Concepción, en representación de don **JOSÉ ORLANDO ROSAS MIRANDA**, pensionado, domiciliado en calle Granada, Block tres mil cuatrocientos veintinueve, departamento treinta y cuatro, Población Manuel Montt, Hualpén; de doña **XIMENA ELIZABETH ROSAS GUAJARDO**, vendedora, domiciliada en calle Bulgaria número doce, Block tres mil cuatrocientos diez, departamento doce, Hualpén; de doña **JEANETTE EUGENIA ROSAS GUAJARDO**, modista, domiciliada en calle pasaje número uno, número seiscientos cincuenta y cuatro, Chiguayante Sur, Chiguayante; de doña **ELIANA FABIOLA ROSAS GUAJARDO**, dueña de casa, domiciliada en calle Santa Elena número ciento diecisiete, Chiguayante; de don **ALEXIS ORLANDO ROSAS GUAJARDO**, trabajador independiente, domiciliado en calle granada número tres mil cuatrocientos veintinueve, departamento treinta y cuatro, Hualpén; y de don **JAIME MARCELO ROSAS GUAJARDO**, obrero de la construcción, domiciliado en calle La Marina número seis mil doscientos ochenta, Población Esmeralda, Talcahuano, quien interpuso demanda de indemnización de perjuicios por los daños causados por falta de servicio en contra del **HOSPITAL LAS HIGUERAS**, Organismo Autogestionado en Red, Persona Jurídica de Derecho Público, domiciliado en calle Altos Hornos N° 777, comuna de Talcahuano, representado legalmente por su Directora, doña **Patricia Sánchez Krause**, médico, del mismo domicilio de su representada; y en contra del **SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Gómez Carreño N° 3030, Talcahuano, representado legalmente, en virtud de lo dispuesto por el artículo 25 F de la Ley N° 19.937, por la directora del Hospital Las Higueras, doña Patricia Sánchez Krause, médico, domiciliada en calle Altos Hornos N° 777, Talcahuano.

Para fundar la demanda señaló que con fecha 26 de marzo del año 2017, doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras, de 76 años, cónyuge y madre de los



demandantes, fue hospitalizada en el Hospital Las Higueras con una sintomatología de tres a cuatro meses de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, siendo cada vez más intenso con el paso de los días. Asimismo, se encontraba desde hacía seis meses con tratamiento con fierro por anemia ferropénica, siendo sometida a una serie de exámenes para determinar el origen de sus dolencias.

Luego, con fecha 27 de marzo de 2017, por medio de endoscopia digestiva alta, se confirmó que la paciente era portadora de un Adenocarcinoma Neoplásico Bormann III, por lo que se ordenó la práctica de una Biopsia y una Tomografía Computada de tórax-abdomen-pelvis. El resultado de la misma arrojó: “hallazgos sugerentes de daño hepático crónico incipiente. Adenopatías perigástricas, no pudiéndose descartar proceso infiltrativo a ese nivel. Se sugiere estudio dirigido. Diverticulosis. Nódulos peritoneales, ingresando ese mismo día a sala de medicina. Evaluación por cirugía para definir conducta quirúrgica.”

Con fecha 6 de abril de 2017, prosigue, se evacuó el informe de biopsia el cual arrojó como diagnostico microscópico: “adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, infiltrante en mucosa gástrica”.

Ante el diagnostico indicado, el equipo médico del Hospital Las Higueras determinó la resolución quirúrgica del cuadro a través de una “gastrectomía total y una entero-enteroanastomosis”. La operación fue efectuada el día 3 de julio de 2017 por el Dr. Oscar Gamarra Chamorro, siendo el segundo cirujano el Dr. Eduardo Rivas Gutiérrez. La técnica quirúrgica se encuentra descrita en el protocolo operatorio de la siguiente forma: “laparotomía media supraumbilical, abierto peritoneo se procede a exploración e identificación de lesiones hígado, omento mayor, bazo y palpación de la cavidad retroperitoneal sin evidenciar metástasis, omentectomía mayor llegando hasta el tronco de la arteria gastroepiploica derecha ligada en su nacimiento; disección de ligamiento hepatoduodenal, ligadura de la arteria pilórica omentectomía menor desde su base hasta liberar completamente el esófago abdominal, duodenotomía por debajo del píloro co stapler y sutura de vicryl 3.0. Liberación de la cara posterior del estómago, resecando grasa y hoja peritoneal posterior hasta llegar a vaso gástrico



izquierdo que se diseca y liga arteria por separado, con extirpación de la grasa adyacente. Se prosigue con liberación del estómago hasta llegar al pilar del diafragma. Rienda al esófago y sección por arriba del cardias. Revisión de la hemostasia. Se diseca ganglios de grupo 12a grupo 8 de arteria hepática común y de tronco celiaco. Se identifica asa de yeyuno a 50 cms del treitz. Se secciona liberando el pedículo y se anastomosa terminolateral a la pata de la y de roux a 60 cms se debió rehacer la anastomosis por lo que se seccionó segmento de intestino delgado y se anastomoso con vicryl de pie distal 10 cm. con puntos de vicryl. Esófago yeyuno anastomosis terminolateral con vicryl 3.0 puntos separados. Prueba de azul metileno negativa para filtración, sutura con vicryl en separados en dos planos del muñón yeyunal. Revisión de la hemostasia, cierre de brecha mesentérica, drenajes separados por delante y por detrás de la anastomosis, lavado con suero fisiológico, recuento normal de compresas, sutura de aponeurosis con vicryl 1, gasas e instrumental conforme” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación).

El mismo día 3 de julio de 2017, continúa, la paciente fue ingresada a la Unidad de Tratamientos Intermedios del Hospital Las Higueras, estableciéndose como planes la monitorización no invasiva de la paciente, Cristaloides SOS para la reanimación, apoyo NE, analgesia y profilaxis habituales.

Señalaron que, como acredita documento denominado Evolución Diaria Unidad de Cuidados Intermedios de fecha 4 de julio de 2017, se confirma: “Paciente en buen estado general, lucida, orientada TE, Vigil. No refiere molestias, Afebril, hipotensa pero asintomática, sin taquicardia, bien perfundida por lo que se ha mantenido conducta expectante, saturando 95% con O2 ambiental” (sic a toda la cita).

Según figura en documento denominado, en Evolución Diaria Unidad de Cuidados Intermedios de fecha 5 de julio de 2017, se constata: “Paciente tercer día de post operado. Estable. En buen estado general. No refiere molestias, Presión arterial 119/59, Función cardiaca 83X, Temperatura 36°, Saturación 95% con FiO2 ambiental. Se decide iniciar alimentación por sonda naso yeyunal, volumen a tolerancia. Hoy en mejores condiciones, se mantiene



sin necesidad de drogas vaso activas” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación).

Expusieron que, según atestigua el documento denominado Evolución Diaria Unidad de Cuidados Intermedios de fecha 7 de julio de 2017, se aprecia: “Paciente 4° día de postoperatorio. En buen estado general. No refiere molestias, hemodinámicamente estable, normotensa. Sin requerimientos de O2 adicional, Leve deshidratación. Afebril. Se decide aumentar nutrición enteral, ajuste de analgesia y traslado a sala de cirugía para continuar manejo” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación).

Posteriormente, on fecha 7 de junio (sic) la paciente ingresa a Sala de Cirugía del Hospital Higuera, observándose: “con herida operatoria sin signos de infección, drenajes tubulares izquierdo y derecho dando contenido serohemático, sitio de inserción drenajes sin signos de infección, se encuentran con gasas limpias y secas” (sic a toda la cita).

En los días posteriores, con fecha 10 de julio, se constata en sala de cirugía, que la paciente se encuentra en regulares condiciones generales, con una presión arterial 159/90, un pulso 78X y saturación de O2 al 96%, manteniéndose en esas condiciones generales hasta el día 15 de ese mismo mes, añadiendo que el día 16 de julio se constata que la paciente presenta un cuadro caracterizado por requerimientos de oxígeno en ascenso, además de referir dificultad respiratoria.

Ante dicha situación, se efectuó a la paciente una Tomografía Computada constatándose un “derrame pleural bilateral” (acumulación de líquido en la pleura, es decir, la membrana que recubre los pulmones). Dado lo anterior, se procedió a efectuar a la paciente una “Toracocentesis”, que consiste en la punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural. En virtud de dicho tratamiento, se extrajeron 500 centímetros cúbicos de líquido pleural, tomándose muestras para cultivo y citología, solicitándose la toma de una radiografía de tórax como medio de control.

Señaló, que con fecha 16 de julio se constata un nuevo cuadro de dificultad respiratoria con requerimientos de oxígeno, por lo que se ordena una nueva Tomografía Computada que descarta la presencia de tromboembolismo



pulmonar, apreciándose focos condensados atelectasicos y un moderado derrame pleural, disponiéndose como medidas el reposo semisentada, apoyo ventilatorio adicional, administración de Furosamin y kinesiología respiratoria, entre otras.

El día 17 de julio se nota la presencia de una fístula de anastomosis esófago yeyunal, como asimismo se verifica drenaje de herida operatoria con contenido purulento, por lo que se evalúa por los doctores Gamarra Escuriza y Ávila, manteniéndose la decisión de continuar con apoyo y manejo multidisciplinario en espera de radiografía de tórax, constatándose por endocrinología la presencia de glicemias altas que no pueden llevarse a niveles óptimos, adicionando que el día 18 del mismo mes la paciente se mantiene en iguales condiciones, presentando mejora en niveles de glicemia y continuando con nutrición parenteral.

Aseveró, que el día 24 de julio se constata que la paciente se encuentra estable en su condición, con leves molestias, sin vómitos ni nauseas o fiebre, sin afectación hemodinámica. En cuanto a lo respiratorio, se mantiene con oxígeno de bajo flujo sin mayor apremio, diuresis positiva, intestina positiva, abdomen blando, blumberg negativo, aun drenando con impresión fecaloidea en drenaje izquierdo, continuando con nutrición parenteral, condiciones en las que se mantiene hasta el día 24 de julio, donde se evalúa cambio de nutrición parenteral a nutrición por sonda naso yeyunal y con mantención de kinesioterapia respiratoria.

Seguidamente, señaló que con fecha 26 de julio de 2017 se efectúa interconsulta de la paciente al servicio de otorrinolaringología del Hospital Higuera, por presentar sangrado abundante por boca y nariz, apreciándose al examen un sangramiento nasal anterior derecho, el cual fue tratado por la Dra. Gabriela Siso García, la cual procedió a constatar profuso sangrado en la cabeza del cornete inferior derecho y del septum nasal, realizando la coagulación de la epistaxis con nitrato de plata, dejando a la paciente un taponamiento nasal anterior con merocril y subgalato de bismuto. Asimismo, la referida profesional señala como observación bajar las cifras de hipertensión arterial hasta la normotensión a fin de evitar nuevos episodios.



Manifestaron, que en la semana correspondiente al 26 de julio de 2017, se solicita apoyo psiquiátrico para la paciente por sospecha de trastornos del ánimo. Además, el día 28 de julio se aprecia que la paciente se encuentra en mejores condiciones generales, sin necesidades de apoyo ventilatorio, con O2 con tolerancia positiva a kinesioterapia, sin compromiso hemodinámico y sin nuevas epistaxis, manteniéndose el taponaje practicado el 26 de julio. Además, consta que la paciente se encuentra sin clínica infecciosa, disponiendo mantener tratamiento antibiótico por solo tres días más, añadiendo que tampoco se atisba stress respiratorio, por lo que se propone retirar kinesioterapia según necesidad, realizar radiografía de tórax y retirar SEP por imagen de control. Por su parte, en materia de nutrición, se aprueba tránsito a alimentación normal para la semana próxima y control de futura alta en su Cesfam.

Asimismo, con fecha 31 de julio, se constata en ficha clínica que la paciente se mantiene en las mismas condiciones, pero con tendencia a la hipertensión, bien hidratada y perfundida.

Con fecha 2 de agosto de 2017, se efectúa nueva interconsulta a Otorrinolaringología, la que es realizada por la Dra. Gabriela Siso García, quien realizó la siguiente anotación en la ficha médica el mismo día: “Que se retira taponamiento nasal anterior derecho, no se evidencia sangrado nasal, se evalúa que la paciente persiste con cifras tensionales elevadas 169/100, por lo cual es necesario control interno para que maneje las cifras de presión o pase interconsulta a cardiología o medicina interna para evaluar manejo derechamente ya que si persiste con cifras elevadas entonces puede volver a presentar epistaxis”.

Posteriormente, el día 4 de agosto de 2017, se muestra en ficha clínica una persistencia de fistula de anastomosis, de menor calibre y líquido libre intra abdominal y subplénico, posiblemente ascitis, derrame pleural moderado bilateral, paciente se mantiene afebril y persiste hipertensión (no ha recibido nifedipino). Luego, en anotación de ficha clínica de fecha 4 de agosto, a las 17:15 pm, se indica paciente con epistaxis (presión arterial 180/90), se realiza taponaje anterior y se receta Furosemida cada 12 horas, con interconsulta a otorrinolaringología.



El día 7 de agosto de 2017, se realiza prueba de azul de metileno (que no arroja coloración hasta las 36 horas posteriores), además de nuevo tránsito positivo a derecha fístula de bajo débito y drenajes purulentos, aunque manchados con tinte hemático secundario a epistaxis, por lo que se decide manejo hipertensivo con apoyo oral por difícil manejo, apreciándose, luego, una mejoría clínica, por lo que se decide la suspensión de terapia antibiótica, sumado a una nutrición continua con apoyo de leve aumento de albumina, además de nutrición enteral próxima, ya que fistula persiste de muy bajo débito,

Uteriormente, según consta en anotación de ficha clínica de fecha 11 de agosto de 2017, la “paciente hipertensa ayer se suspendió nifedipino”. Apreciándose una anotación al margen donde se da cuenta de una presión arterial de 156/120.

Por último, el día domingo 13 de agosto de 2017 según anotación en ficha médica firmada por el Dr. Francisco Parada Díaz, efectuada a las 1:07 pm, se constata que: “Paciente presenta epistaxis profusa y continua que no cede con compresión externa, se controla presión arterial alta 195/67 por lo que se indica captopril, se calcula se obtiene una presión arterial de 149/73 hg se indica un segundo captopril y se realiza taponamiento anterior con merocril deteniendo el sangrado” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación). Posteriormente, en segunda anotación de la misma fecha, se manifiesta: “paciente hoy con epistaxis de difícil control que se maneja con taponamiento anterior con merocril. Hoy cae en pcr (paro cardiorespiratorio) a las 7:38 se inician compresiones luego se comprueba aesp (actividad eléctrica sin pulso). Se continua con compresiones sin lograr salir de pcr...paciente fallece a las 7:48” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación).

Renglón seguido, explicó que en el mismo sentido se pronuncia la Epicrisis final de la paciente al señalar: “El día 12/8/17 paciente presenta nuevo episodio de epistaxis sin compromiso hemodinámico evalúa turno realiza nuevo taponaje anterior. El día 13/8/17 durante madrugada se llama a residentes de turno ya que paciente cae en paro cardiorespiratorio se inicia reanimación y monitorización conjunta se confirma actividad eléctrica sin pulso sin mejoría post a 10 minutos de reanimación. Se constata fallecimiento



de la paciente a las 7:48 am” (sic a toda la cita, especialmente a la puntuación).

Finalmente, señala que la Dra. Patricia Sánchez Krause, en misiva enviada a doña Jeannette Rosas Gajardo, en virtud de reclamo presentado ante la Dirección del Hospital Higuera, se refirió a la causa de la muerte de la paciente Mirta Fabiola Guajardo Contreras, señalando: “El día 13 de agosto vuelve a presentar en forma brusca un nuevo episodio de epistaxis (sangramiento nasal) ante lo cual se emplearon los procedimientos de rutina para detener la hemorragia los cuales fueron infructuosos, provocando una descompensación severa de la paciente, agravada por sus patologías de base, generándose así un paro cardiorrespiratorio, el cual a pesar de todos los esfuerzos médicos por intentar revertirlo no resultó exitoso con la consecuencia ya conocida” (sic).

A consecuencia de la muerte de doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras, su esposa (sic) e hijos han quedado hundidos en la más grande de las tristezas: su cónyuge, don Heriberto Eduardo Neira Vega, perdió a la compañera de toda su vida, con quien tuvo cinco hijos; sus prole, por su parte, perdieron a su madre por un sangramiento de nariz que ocasionó un paro cardiorrespiratorio del que no pudo ser recuperada, cuadro que pudo ser prevenido a través de la realización oportuna de las interconsultas recomendadas por los profesionales que atendieron a la paciente, por la aplicación de los tratamientos recomendados o por la aplicación de las técnicas que la ciencia médica determina para el control de hemorragias nasales.

En cuanto al derecho, citó las normas constitucionales y legales que sustentan la responsabilidad civil de los Servicios de Salud y de los Hospitales Autogestionados en Red, así como doctrina afín a su postura y jurisprudencia.

En este sentido, en resumen, señaló que la falta de servicio en ningún caso considera o llega a considerar para el establecimiento de este especial factor de atribución, la faz o aspecto subjetivo que puede haber motivado el accionar del funcionario o agente público que en definitiva generó el daño. En consecuencia, debe considerarse que la responsabilidad de los órganos del Estado por falta de servicio es directa del órgano administrativo, sin exigirse



la individualización del autor del daño ni considera algún tipo de reproche personal respecto del autor del mismo.

En consecuencia, prosigue, la responsabilidad por falta de servicio no es una responsabilidad subjetiva, por cuanto no es necesario entrar a considerar la conducta dolosa o culposa del agente público causante del perjuicio, pero tampoco puede considerarse una responsabilidad objetiva o refleja, ya que este especial tipo de responsabilidad requiere la concurrencia necesaria de lo que podría denominar “su particular factor de atribución”, el cual es la “falta de servicio público”, factor atributivo de responsabilidad diferente a la culpa propia del derecho común, ya que en esta la función que genera el deber de cuidado es la función pública que supone el deber de servir y de no afectar los intereses de los administrados.

Posteriormente, se ocupa de los hechos que constituyen la falta de servicio imputada al Hospital las Higueras y al Servicio de Salud Talcahuano. A saber:

I. La paciente falleció por un cuadro de epistaxis (sangramiento nasal) que no fue oportuna ni eficazmente controlado, lo que provocó un shock hipovolémico que causó un paro cardiorrespiratorio por actividad eléctrica sin pulso.

Con respecto, indicó que la actividad eléctrica sin pulso (abreviado AESP y también conocida como disociación electromecánica), es un tipo de parada cardiorrespiratoria en donde hay una “actividad eléctrica cardíaca organizada”, pero no un “pulso arterial palpable”. En condiciones normales, tras la excitación eléctrica de las células cardíacas, se produce la contracción mecánica del corazón. En esta condición, el paciente puede presentar una repentina pérdida de la conciencia, un ritmo sinusal normal, pero sin pulso palpable o ruidos cardiacos audibles. Además, en el AESP hay actividad eléctrica, pero el corazón no se contrae o no hay un gasto cardíaco suficiente para generar pulso. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es el primer tratamiento del AESP, mientras las causas subyacentes son identificadas y tratadas, siendo posible administrar diversos medicamentos.

Una de las principales causas de la AESP, prosigue, es la “Hipovolemia” (del griego, hipo, “escasez”, y volemia, “volumen de sangre”),



que consiste en una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del sistema cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros. Se caracteriza porque el paciente se encuentra pálido debido a la vasoconstricción compensadora, con taquicardia debido a la liberación de catecolaminas, con pulso débil y rápido. En este caso, el corazón aumenta considerablemente su actividad, en un intento de elevar su gasto (taquicardia) y conservar el flujo de sangre circulante. Dicha sangre se elimina de las áreas superficiales y se deriva a los órganos vitales: la piel se torna fría y pegajosa, disminuye la temperatura (para reducir las demandas de oxígeno transportado por la sangre) y la respiración se hace rápida y profunda (para suministrar oxígeno al cuerpo).

La hipovolemia, prosigue, una causa frecuente de AESP, inicialmente produce la respuesta fisiológica clásica de una taquicardia rápida de complejo estrecho (taquicardia sinusal) y normalmente produce aumento de la presión diastólica y disminución de la presión sistólica. Cuando la pérdida de volumen sanguíneo continúa, la presión arterial desciende, haciéndose finalmente indetectable, pero los complejos QRS estrechos y la frecuencia rápida continúan (es decir, AESP). Además, debe considerarse la hipovolemia como una causa de hipotensión, que puede deteriorarse hasta AESP y, administrando un tratamiento inmediato, se puede revertir el estado sin pulso corrigiendo rápidamente la hipovolemia, insistiendo en que las causas no traumáticas frecuentes de hipovolemia son hemorragias, externas e internas ocultas, así como deshidratación grave.

A fin de evitar el shock hipovolémico y el consecuente paro cardiorespiratorio, la ciencia médica considera variadas soluciones, siendo las principales: a) Restaurar de forma inmediata el volumen sanguíneo circulante con adecuada capacidad de transporte de O₂; y b) El tratamiento definitivo de la causa de shock hipovolémico.

Con respecto a la reposición de volumen, señaló que la determinación a la respuesta se basa en los cambios de los parámetros clínicos (PA, diuresis, perfusión distal, gasto cardíaco). La cantidad de líquido a administrar es variable según las necesidades de perfusión tisular. Es importante tener en consideración que una reanimación demasiado enérgica, sin respuesta clínica,



puede causar edema pulmonar agudo (EPA), y aumento de la presión intracraneal. El tratamiento fundamental y de primera línea lo constituyen los cristaloideos (suero fisiológico al 0.9% o ringer lactato). En ausencia de signos sugerentes de Insuficiencia cardíaca congestiva, la indicación es 500-1000 ml en bolo ev, a pasar en 20 a 30 minutos, y posteriormente ajustar infusión continua ajustada según PA y perfusión tisular. Las soluciones coloides (albúmina al 5 – 25%, dextrano 40 o dextrano 70, gelatinas), de mayor costo, y su uso se recomienda cuando las medidas con cristaloideos no son efectivas. Sus solutos, osmóticamente activos, poseen mayor peso molecular y que permanecen en el vascular por más tiempo, 4 a 6 horas para las gelatinas y hasta 24 horas para el almidón al 6%. Los hemoderivados están indicados en anemia importante o hemorragia activa. Pacientes jóvenes, bien reanimados, pueden tolerar hcto de 20-25%, mientras que pacientes añosos, puede ser necesario un hcto de 30% o más para optimizar el transporte de oxígeno a los tejidos. La práctica clínica actual acepta un nivel de Hb entre 7-8 g/dl en pacientes críticos sin evidencia de hipoxia tisular. Sin embargo, se recomienda mantener una Hb de 10 g/dl en pacientes con sangrado activo, ancianos o pacientes en riesgo de isquemia miocárdica. No se utiliza en la reposición de volumen la sangre total. Por cada 4 unidades de sangre hay que administrar 1 unidad de plasma fresco. Si existe sangramiento por coagulopatía, transfundir plasma fresco congelado (10-15 mL x kg).

Vinculando las anteriores palabras teóricas con el caso de autos, expusieron que, ante la enorme pérdida de sangre de la paciente, no se procedió por parte del personal médico del Hospital las Higueras a aplicar terapias para obtener la reposición del volumen sanguíneo de la paciente. En otras palabras, se debió aplicar a la paciente unidades de suero fisiológico, Ringer lactato, soluciones coloides o hemoderivados, a fin de recomponer el equilibrio de volumen sanguíneo de la paciente, lo que no ocurrió, contrariándose así lo dispuesto por la lex artis médica en el caso de hemorragias de difícil control.

Indica, con respecto al tratamiento definitivo de la causa de shock hipovolémico, indicó que como consta en la ficha médica, la paciente presentó recurrentemente una epistaxis nasal anterior. La primera de ellas ocurrió el día



26 de julio y fue controlada por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Higuera, mediante la coagulación de la epistaxis con nitrato de plata, dejando a la paciente un taponamiento nasal completo anterior con Merocel y subgalato de bismuto. La segunda, el día 4 de agosto, fue controlada por taponamiento nasal. Empero, el día 13 de agosto la paciente presentó un grave cuadro de epistaxis masiva, que se inició a las 1:07 de la tarde y que se extendió hasta las 17:38 de esa misma tarde, la cual solo se intentó controlar con taponamientos anteriores, sin que esta hubiese cedido, provocándose el paro cardiorrespiratorio de la paciente a las 17:48, con sus trágicas y fatales consecuencias.

Con respecto al tratamiento de las hemorragias nasales anteriores, continúa, indicó que el sangrado procedente de los vasos sanguíneos situados en la parte anterior de las fosas nasales, por lo general, se puede controlar en el domicilio presionando ambos lados de la nariz durante 10 minutos, mientras el paciente permanece sentado, aunque no se debe presionar sobre la parte superior ósea de la nariz. Además, es importante presionar la nariz con firmeza y no soltar ni un momento durante los 10 minutos. Otras técnicas, no tan eficaces, también se pueden utilizar en el domicilio, como la aplicación de hielo sobre la nariz, la introducción de bolitas de papel sanitario en las fosas nasales y la colocación de la cabeza en distintas posiciones. Si la presión nasal no detiene la hemorragia, se debe repetir durante otros 10 minutos. Si el sangrado no cesa pasados otros 10 minutos, se debe acudir al médico. El médico suele aplicar varias piezas de algodón en la fosa nasal sangrante. El algodón se empapa con un anestésico local (como lidocaína) asociado a un fármaco que hace que los vasos sanguíneos de la nariz se cierren (como fenilefrina). A continuación, la nariz se presiona durante unos 10 minutos y se retira el algodón. En casos de hemorragia menor no se suele hacer nada más. De forma alternativa, a veces el médico aplica una esponja de espuma especial (taponamiento nasal) en el lado del sangrado. La esponja al hincharse detiene el sangrado. La esponja se retira después de 2 a 4 días. En casos de una hemorragia más grave o recurrente, a veces el médico sella (cauteriza) la fuente del sangrado con una sustancia química, el nitrato de plata, o mediante un bisturí eléctrico (electrocauterización). Si estos métodos no son eficaces, se



dispone de diversos tipos de sondas nasales provistas de globo que permiten comprimir la zona sangrante. En casos poco frecuentes, puede ser necesario que el médico tapone por completo la fosa nasal de un lado con una tira larga de gasa. El taponamiento nasal suele retirarse al cabo de 3 o 4 días. Incluso en casos graves de hemorragia o epistaxis anterior, puede utilizarse una sonda Foley para balonizar el sitio del sangrado e impedir la continuación del mismo hasta que se tome una resolución quirúrgica, como sería el caso de una ligadura arterial.

Ulteriormente, explicó que lo mismo se refiere al caso de las epistaxis nasales posteriores (de más difícil control), a cuyo tratamiento debe agregarse un taponamiento nasal posterior. Si aun así se mantiene la hemorragia, debe realizarse un manejo invasivo para su control, que puede ser quirúrgico, endoscópico o intervencional. Si los métodos de taponamiento anterior o posterior no dan resultado, puede procederse a la ligadura arterial, existiendo opciones quirúrgicas como: a) Ligadura arteria esfenopalatina. Normalmente es el procedimiento que primero se intenta toda vez que el taponamiento posterior no da buenos resultados. Se realiza a través de endoscopía rígida directa y el vaso normalmente es cauterizado o clipeado. Esta técnica es habitualmente muy efectiva porque la arteria esfenopalatina es de circulación terminal con poco flujo colateral; b) Ligadura arterial etmoidal anterior/posterior. Se utiliza frente a hemorragias abundantes que provienen de la región etmoidal, tradicionalmente se accede a través de una etmoidectomía externa (o cantotomía medial), a través de un plano subperióstico en la pared medial de la órbita. La arteria etmoidal anterior está localizada a 24 mm., detrás de la cresta lagrimal anterior, la arteria etmoidal posterior se ubica entre 10-15 mm., detrás de la arteria etmoidal anterior. También se han descrito técnicas endoscópicas y accesos endoscópicos externos; c) Ligadura arteria maxilar. Debido a la existencia de la cirugía endoscópica nasal, es una técnica poco frecuente. Sin embargo, ha mostrado efectiva en el 87% de los casos. El acceso es por medio de un Caldwell-Luc modificado, a través de la pared posterior del seno maxilar dentro de la fosa pterigopalatina. La arteria maxilar se puede clipear o someter a diatermia. Dentro de sus complicaciones están la sinusitis, daño del nervio infraorbitario, daño dental, fístulas oroantral,



ceguera y oftalmoplejías; d) Ligadura arteria carótida externa. Se describió por primera vez en 1869 por Pilz. Es un método no específico y estudios a largo plazo demuestran fallas en el tratamiento en el 45% de los casos, debido a la irrigación aportada por la carótida externa contralateral. Debe considerarse como método de rescate cuando ninguno de los anteriores puede inhibir la hemorragia.

Relacionando los párrafos precedentes con los hechos de autos, mencionó que el día 13 de agosto de 2017 ninguno de los medios descritos por la ciencia médica para controlar una epistaxis fue aplicado en el Hospital Higueras a la paciente, efectuándose solo el más básico de ellos, el taponamiento anterior, sin realizar una anamnesis ni identificación del tipo de epistaxis nasal que la afectaba ni pedir la intervención de un otorrinolaringólogo para el control de la hemorragia, permitiendo que la paciente perdiese sangre por un término superior a las 4 horas.

Por tal motivo, deben entenderse vulnerados los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud para el tratamiento de las epistaxis de difícil control. Así, en casos de epistaxis de difícil resolución se señala como actitud terapéutica: “Epistaxis que no ceden con los tratamientos previos deben ser derivados de urgencia a un otorrinolaringólogo para realizar cauterización nasal anterior en caso de epistaxis anteriores, o cirugía endoscópica nasal de cauterización de arteria esfenopalatina en caso de epistaxis posteriores” (Protocolo para la referencia y contrareferencia Epistaxis), citando jurisprudencia respecto de la epistaxis.

II. En la atención de la paciente los funcionarios y personal médico del Hospital Higueras no dieron cumplimiento de las solicitudes de interconsulta planteadas por el servicio de otorrinolaringología, que tenían por objeto controlar las crisis hipertensivas de la paciente, a fin de prevenir nuevos cuadros de epistaxis nasales.

En relación con lo anterior, expuso que tal y como señaló en la exposición de los hechos, con fecha 2 de agosto de 2017 se efectúa nueva interconsulta a Otorrinolaringología, la que es realizada por la Dra. Gabriela Siso García, reiterando la observación que la galena dejó en la ficha clínica. A este respecto, cabe señalar que no consta en ninguna anotación de dicha ficha



que se haya efectuado efectivamente una interconsulta a la paciente a los servicios de Cardiología o de Medicina Interna del Hospital Higuera, a fin de que se evaluara un eficiente manejo de las crisis hipertensivas que afectaban a la paciente.

Profundizando en lo anterior, señalaron que la paciente venía presentando cuadros de presión arterial extremadamente alta los días anteriores al control por otorrinolaringología, continuando con dichos episodios hasta el día de su fallecimiento (169/80 el día 2 de agosto; 169/100 el día 3 de agosto; 175/81 el día 3 de agosto; 184/93 el día 4 de agosto; 154/115 el día 7 de agosto; 183/73 el día 8 de agosto, 157/70 el día 9 de agosto; 134/92 el día 10 de agosto; 156/120 el día 11 de agosto; 195/67 el 13 de agosto.), añadiendo que la única opción de tratamiento de la hipertensión arterial que se tomó por el cuerpo médico fue la aplicación de Nifedipino 20 miligramos, la cual se inició el día 2 de agosto, y que no se le administró sino hasta el día 6 de agosto, suspendiéndosele posteriormente la administración de dicho medicamento el día 11 de agosto (según consta en las respectivas anotaciones en ficha clínica).

En consecuencia, prosigue, no puede estimarse que haya existido un efectivo y oportuno control de las elevadas cifras de presión arterial de la paciente, como lo indico el servicio de otorrinolaringología a fin de prevenir nuevos cuadros de epistaxis.

Por otra parte, afirman que en el caso sub lite no se cumplió por parte del personal del Hospital Higuera con los protocolos referentes al tratamiento y control de crisis hipertensivas, especialmente la Guía Clínica AUGÉ sobre “Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años o más”. En dicha guía se define como “Urgencia Hipertensiva” la situación clínica en que la elevación brusca y sintomática de la PA debe ser controlada en forma rápida, pero no inmediata (en días). En general, no hay riesgo vital. Así, el caso sub lite a la paciente no se le controló la presión arterial desde el día 3 de agosto hasta el día de su fallecimiento, solo consta en ficha clínica la aplicación de nifedipino por 4 días (desde el 2 al 6 de agosto).

Por otra parte, continúa, el día 4 de agosto se constató (según anotación en ficha clínica) “paciente con epistaxis (presión arterial 180/90, se realiza



taponaje anterior, se receta Furosemida cada 12 horas, se dispone interconsulta a otorrinolaringología”, interconsulta que jamás se concretó, ya que no consta que la paciente haya sido vuelta a evaluar por un otorrinolaringólogo, aun cuando el cuadro se epistaxis ya se hacía recurrente

Ulteriormente, se refiere a consideraciones acerca de los sujetos pasivos de la presente acción por falta de servicio público, oportunidad en la cual, en síntesis, y previas citas y comentarios a la ley N° 19.337 y D.F.L. N° 1/2005, señaló que el Hospital Autogestionado Las Higueras, por cuanto es titular de un patrimonio de afectación, cuya administración es autónoma, destinado a responder por las obligaciones contraídas y por las acciones del mismo en el ejercicio de las atribuciones desconcentradas, es responsable civilmente de los daños causados por falta de servicio público, citando jurisprudencia y doctrina en su favor.

Sin perjuicio de lo anterior, si bien el Hospital Las Higueras es uno órgano funcionalmente desconcentrado, no es una persona jurídica distinta al Servicio de Salud Talcahuano, en virtud de lo establecido en el inciso 5° del artículo 25ª del Decreto 2763 de Agosto de 1979. Por ello, debe considerarse un órgano dependiente de dicho Servicio, ya que a éste, a través de su Director, le corresponde por la ley la supervisión y supervigilancia respecto del cumplimiento de los planes y protocolos de salud respecto de los establecimientos hospitalarios que constituyen su red asistencial.

Atendido lo anterior, previa cita del artículo 16 bis, 18 bis y 20 del Decreto Ley 2.763, jurisprudencia de la Corte Suprema, y en virtud de la discusión jurisprudencial y doctrinaria existente sobre la materia, y que hasta el día de hoy no ha arrojado una solución concreta con respecto a la legitimación pasiva en el caso de daños a los pacientes provocados en los Hospitales Autogestionados, ha venido a emplazar a ambas entidades en estos autos, es decir, tanto al Hospital Las Higueras en su calidad de Organismo Autogestionado en Red, como al Servicio de Salud Talcahuano, representado por el Director del Hospital Higueras, en virtud de lo dispuesto por el artículo 25 F de la Ley N° 19.937, a fin de que el tribunal determine en sentencia definitiva el ente responsable del daño y el que en definitiva deberá soportar el pago de los perjuicios provocados a los demandantes



Ulteriormente, la parte demandante se refiere a las consideraciones sobre la naturaleza del daño producido a consecuencia de la falta de servicio público del Hospital de Tomé (sic) y el Servicio de Salud Talcahuano

Al respecto, afirmó que es de toda lógica considerar que el daño cuya reparación se persigue en estos autos es el daño moral, recurriendo a doctrina para efectos de su definición y características, especialmente el que se trata de un perjuicio netamente subjetivo y su fundamento se encuentra en la propia naturaleza de la psicología afectiva del ser humano, ya que lesiona sus facultades espirituales, afectos, creencias o condiciones morales inherentes a la persona humana, añadiendo que la legitimación activa para perseguir la reparación de este daño corresponde tanto a la víctima inmediata, es decir, aquel en quien recae la lesión o daño, como asimismo las denominadas víctimas por repercusión, entendiendo por tales a aquellas personas que sin ser víctimas directas del daño, también lo sufren en razón de que el daño inferido a la víctima directa los hiere en sus propios sentimientos y afectos.

En cuanto a la prueba del daño moral, indicó que se debe considerar que la mayoría de la doctrina estima que en aquellos casos en que los actores son víctimas por repercusión, como es el caso de autos se presume que éstas han sufrido un daño moral por el solo hecho de ser cónyuge o parientes de la víctima directa de ciertos delitos o cuasidelitos.

En relación al quantum indemnizatorio, expuso que en nuestro sistema, al igual que en el derecho comparado, tiene vigencia el principio de la reparación integral (o de reparación plena) del daño injustamente sufrido, donde, para alcanzar este objetivo, es indispensable que, como regla general, la víctima sea resarcida en forma integral o plena, pues de esa manera se restablece el equilibrio preexistente, alterado por el hecho dañoso, lo que encuentra asidero normativo en los artículos 2.314 y 2.329 del Código Civil, disposiciones que cita, adicionando que tratándose del daño moral, nuestra doctrina y jurisprudencia mayoritaria son contestes en considerar que la indemnización pecuniaria es una satisfacción que se le otorga a la víctima para aminorar las consecuencias de un perjuicio que jamás podrá ser borrado.

En el mismo orden de ideas, señaló que con respecto a la valoración de esta compensación o indemnización, no existen criterios de evaluación claros



que deban ser considerados por el tribunal al momento de apreciar el daño moral, pues la jurisprudencia nacional ha empleado una variedad y multiplicidad de criterios que dificultan la determinación del perjuicio extrapatrimonial. No obstante lo anterior, debe considerarse siempre el principio básico del moderno derecho de daños, en virtud del cual el monto indemnizatorio debe ser determinado exclusivamente por la entidad del perjuicio causado (todo el daño y nada más que el daño), teniendo en consideración el principio de igualdad ante la ley, la capacidad del demandado para responder a las indemnizaciones demandadas (donde no vale como excusa aludir a la supuesta mala situación financiera de los Servicios de Salud, por cuanto en el presupuesto de cada servicio se contempla un fondo especial de reserva para pagar indemnizaciones por mala praxis médica y, además, en todo caso, el Ministro de Salud dispone además de un ítem de “gastos reservados” con los cuales puede también pagar iguales rubros), sancionar al sujeto dañador por actos particularmente graves y reprochables.

En definitiva, previas citas legales, pidió tener por interpuesta demanda ordinaria de indemnización de perjuicios por daño moral causado por falta de servicio público en contra del Hospital Las Higueras, Organismo Autogestionado en Red, persona jurídica de derecho público, ya individualizada, representado legalmente por su directora doña Patricia Sánchez Krause, ya individualizada; y en contra del Servicio de Salud Talcahuano, persona jurídica de derecho público, ya individualizado, representado legalmente por su director don Carlos Vera Bugueño y, en virtud de lo dispuesto por el artículo 25 F de la Ley N° 19.937, por el director del Hospital Las Higueras doña Patricia Sánchez Krause, ya individualizada, acogerla a tramitación y, en definitiva, declarar lo siguiente: A) Que se condena a las demandadas a pagar la suma de ochenta millones de pesos (\$80.000.000) a don José Orlando Rosas Miranda, cónyuge de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; B) Que se condena a las demandadas a pagar la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) a doña Ximena Elizabeth Rosas Guajardo hija de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor



o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; C) Que se condena a las demandadas a pagar la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) a doña Jeannette Eugenia Rosas Guajardo, hija de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; D) Que se condena a las demandadas a pagar la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) a doña Eliana Fabiola Rosas Guajardo, hija de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; E) Que se condena las demandadas a pagar la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) a don Alexis Orlando Rosas Guajardo, hijo de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; F) Que se condena a las demandadas a pagar la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) a don Jaime Marcelo Rosas Guajardo hijo de la víctima, por concepto del daño moral causado por la falta de servicio, o la suma mayor o menor que el tribunal determine conforme al mérito de autos; G) Que las sumas que deberá pagar el demandado, deberán serlo reajustadas conforme a la variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), o el indicador que legalmente haga sus veces, entre la fecha de ocurrir el hecho dañoso y la de su pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables por el mismo período; o bien que serán reajustadas y se le aplicarán los intereses que el tribunal determine, todo ello de la manera y conforme a las bases, períodos y método de cálculo que el tribunal establezca; y H) Que se condena a la demandada a pagar las costas procesales y personales de la causa.

A folio 3, se dio curso a la demanda.

A folio 5, consta la notificación del libelo a doña Patricia Sánchez Krause, directora y representante legal de la demandada Hospital Las Higueras y en representación de la demandada Servicio de Salud Talcahuano

A folio 6, del cuaderno de excepciones dilatorias, se acogieron las mismas, en el sentido de modificar el libelo, donde el cónyuge de la víctima es don José Orlando Rosas Miranda y, además, que en la página 18, líneas 10, 11



y 12 del libelo, debe tenerse por sustituido por el siguiente: “Consideraciones sobre la naturaleza del daño producido a consecuencia de la falta de servicio público del Hospital Las Higueras y Servicio de Salud Talcahuano”.

A folio 10, compareció don **Ramón Andrés Cartes Flores**, abogado, en representación del **Servicio De Salud Talcahuano**, persona jurídica de derecho público, conforme al mandato judicial que le fuera otorgado por doña **Patricia Sánchez Krause**, médico cirujano, dada su calidad de Directora Titular del Hospital Autogestionado Las Higueras De Talcahuano, parte demandada, todos domiciliados para estos efectos en Alto Horno 777, 4to Piso, Higueras, Talcahuano, quien contestó la demanda, solicitando su rechazo.

En cuanto a los hechos, efectuó una extensa cronología de las prestaciones de salud efectuadas a doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras. Se resumen al siguiente tenor:

Señaló que doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras fue una paciente de 76 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, insulino requirente, hipertensión arterial, dislipidemia, púrpura trombocitopénica idiopática, cáncer vulvar operado (2009), colecistectomizada, histerectomizada por miomatosis uterina, catarata bilateral operada (2016) y daño hepático crónico.

Al respecto, señaló que la paciente consultó en el Servicio de urgencia a fines de marzo de 2017 a causa de un cuadro de hemorragia digestiva alta asociado a dolor epigástrico, siendo hospitalizada para estudios del origen de su hemorragia digestiva. En su estadía hospitalaria, prosigue, se realizó endoscopia digestiva alta, comprobándose la existencia de un carcinoma gástrico Bormann III. Así, una vez estabilizada la paciente, y al observar una evolución satisfactoria, se procedió a dar el alta para continuar estudios pre operatorios, dada la multiplicidad de patologías de base, con el fin de programar cirugía.

Manifestó que con fecha 03 de julio de 2017, se realizó intervención quirúrgica por cáncer gástrico, consistente en una gastrectomía total (resección total del estómago) con entero-enteroanastomosis esófago yeyuno anastomosis y disección ganglionar, la cual resultó exitosa y sin complicaciones intraoperatorias, agregando que en el post operatorio inmediato, la paciente



fue trasladada a UTI para su cuidado y control post cirugía, ingresando hipotensa, con falla renal aguda prerrenal, manejándose con volemicización con buena respuesta, comenzando alimentación por sonda nasoyeyunal con buena tolerancia.

Afirmó que la paciente evolucionó inicialmente hipotensa, con falla renal aguda y, luego, con el transcurso de los días, en buenas condiciones generales, afebril, estable hemodinámicamente, decidiéndose su traslado a sala de cirugía el día 07 de julio para continuar manejo con plan de nutrición, inicialmente enteral y, después, parenteral total.

Indicó que la paciente ingresó a sala de cirugía estable, afebril, con presiones arteriales en rangos normales. Su examen físico abdominal no arrojó signos de irritación peritoneal, con herida quirúrgica sin muestras de infección, drenes tubulares izquierdo y derechos permeables con contenido serohemático, indicándosele reposo relativo y régimen cero por boca; alimentación por sonda nasoyeyunal; Domperidona 10 mg cada 12 horas; Paracetamol 1 gr cada 8 hrs EV; Bic de analgesia; Heparina 5000UI cada 8 hrs sc; Medias antitrombóticas; KNT respiratoria y motora; control con exámenes.

Ulteriormente, indicó que el día 08 de julio de 2019 se instaló catéter venoso central para nutrición parenteral. Luego, el día 09 de julio, según cirujano, la paciente se encontraba vigil, afebril, con abdomen blando depresible, algo doloroso en flancos, drenes permeables, indicando agregar Ceftriaxona 2 gr día ev más Metronidazol 500 mg cada 8 horas ev. Más tarde, en evaluación del día 10 de julio, 7º día post operada, la paciente se encontraba en regulares condiciones generales, con una PA de 159/90, normocárdica, con buena saturación de oxígeno, drenajes permeables, examen pulmonar normal, abdomen blando, depresible al parecer no doloroso, con exámenes de PCR 35,6, prescribiéndose régimen cero; Domperidona 10 mg c/8 hora ev; Paracetamol 1 gr cada 8 horas ev; Ceftriaxona 2 gr ev /día; Metronidazol 500 mg c/8 hr ev; Heparina 5000 UI c/8 hr sc; medias antitrombóticas; KNT motora y respiratoria; nutrición parenteral total; exámenes de control y TAC-TAP.



Posteriormente, el día 11 de julio, la paciente se encontraba tranquila, hemodinámicamente estable, asintomática, sin apremio respiratorio, sin requerimiento de oxígeno adicional, con TAC TAP compatible con atelectasias en ambos campos pulmonares inferiores, asociado a moderado derrame pleural bilateral y leve neumomediastino, motivo por el cual se realizó Toracocentesis, manteniendo indicaciones actuales.

En cuanto a la evolución de los días 12 al 14 de julio, se observó una paciente en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, sin necesidad de oxígeno adicional, cursando hiperglicemia mantenida, por lo cual se ajustó dosis de hipoglucemiante, siendo evaluada por endocrinología, estableciéndose dosis de insulina para mejor control metabólico. Además, se efectúa radiografía de esófago estomago duodeno, observándose presencia de medio de contraste por drenajes, lo que hizo plantear la presencia de fístula de anastomosis esófago yeyunal, añadiendo que el día 14 de julio se cambia esquema antibiótico por Vancomicina más Piperacilina/sulbactam.

Respecto del día 15 de julio, por cirugía y producto de desaturación con mayor requerimiento de oxígeno, se realizó radiografía de tórax que muestra imágenes de condensación en pulmón izquierdo, decidiéndose la ejecución de TAC de tórax y Angio TAC, confirmándose focos atelectásicos y derrame pleural bilateral mayor a izquierda, lo cual requirió instalación de SEP a izquierda para drenaje (18.07.2019), manteniéndose la paciente en regulares condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable, normotensa, cursando anemia moderada a severa, requiriendo transfusión de glóbulos rojos, procedimiento que se realizó sin incidentes.

Señaló que en los días 20 al 25 de julio, la paciente se mantuvo estable dentro de su gravedad, con adecuado control metabólico, hemodinámicamente estable, manteniéndose en nutrición parenteral y bajo tratamiento antibiótico con adecuado control de cifras tensionales (presión arterial) y drenajes permeables a bajo débito, adicionando que el día 25 de julio es evaluada por psiquiatría por presentar episodios de labilidad emocional, planteándose diagnóstico de depresión reactiva, por lo que se solicita apoyo psicológico y favorecer acompañamiento familiar.



El día 26 de julio de 2017 se solicitó interconsulta a otorrinolaringología tras haber presentado una epistaxis (sangrado nasal). En evaluación realizada por especialista, la paciente presentó dicho sangrado nasal anterior a nivel de cabeza de cornete inferior derecho y septum nasal. En vista de aquello, se realizó cauterización con nitrato de plata y posterior taponaje nasal anterior con Merocel y subgalato de bismuto, sugiriéndose mantener cifras tensionales normales y retirar taponaje el día 31 de julio mediante nueva interconsulta a la especialidad, agregando que ese mismo día, en evaluación por cirugía, se toma conocimiento del episodio de epistaxis sufrido por la paciente, manteniéndose las indicaciones e indicando Captopril 1 comprimido Sub lingual si PAS es mayor a 180/110 mm Hg

Luego, la evolución de días posteriores muestra que la paciente evoluciona satisfactoriamente dentro de su gravedad, sin fiebre, hemodinámicamente estable, sin dolor.

Al día siguiente, el día 27 de julio, a los 24 días post operada, la paciente se encuentra en mejores condiciones generales, sin dolor ni requerimientos de oxígeno, sin nuevos episodios de epistaxis ni compromiso hemodinámico, con disminución de hemoglobina por epistaxis, por lo cual se indica transfundir glóbulos rojos. Además, no hubo clínica de infección, cumpliendo 12 días de terapia antibiótica.

En cuanto a nutrición, se planifica evaluar tránsito intestinal en una semana y, respecto a su salud mental, se plantea control al alta en su policlínico, retirándosele ese mismo día el SEP, sin complicaciones. A nivel digestivo, presentó drenajes permeables y de bajo débito, abdomen blando, depresible e indoloro, sin signos de irritación peritoneal, manteniéndose indicación de antihipertensivo Captopril y transfundir 2 unidades de glóbulos rojos, lo cual se realizó sin incidentes.

Posteriormente, el día 28 de julio, la paciente se mantiene estable en su condición general, perseverando con las indicaciones generales.

Luego, el día 31 de julio, a los 27 días post operada, la paciente se encuentra en similares condiciones, persiste hipertensión (176/89 mmHg) pero controlada con antihipertensivos, afebril, con anemia moderada e hipoalbuminemia, manteniéndose tanto la nutrición parenteral como las



indicaciones de antibióticos, completando 15 días, insulina para control glicémico, Captopril como antihipertensivo, solicitándose pre medicación para efectuar TAC TAP de control, el cual se llevó a cabo ese mismo día.

En cuanto a la Evaluación por Cirugía del día 01 de agosto de 2017, la paciente se encontraba en buenas condiciones generales, afebril, realizándose radiografía de EED y TAC TAP. Además, mantuvo parámetros hemodinámicos normales (PA 102/84, pulso 88 por minuto, saturando 94% con oxígeno ambiental, afebril). En el examen físico, evidencia adecuada hidratación, bien perfundida, abdomen blando, depresible, indoloro, manteniéndose las indicaciones.

Señaló que el día 02 de agosto es evaluada por otorrinolaringología, oportunidad en que se retira el taponamiento nasal anterior derecho, sin evidencia de sangramiento nasal. No obstante, se evalúa que la paciente continua hipertensa (169/100mmHg), por lo cual se conversa con interno para que maneje cifras de presión o IC con médico internista o cardiólogo, para evaluar manejo de la paciente, agregándose el mismo día y en forma inmediata Nifedipino 10 mg sub lingual y Captopril sólo SOS.

Profundizando lo anterior, la evaluación por cirugía arrojó una paciente en buenas condiciones generales, afebril, sin dolor, PA 169/80 mm Hg, normocárdico, drenajes permeables y con bajo débito, con anemia moderada, abdomen sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica bien (sic).

En cuanto al resultado de TAC TAP, mostró un discreto engrosamiento, derrame pleural moderado bilateral, leve cantidad de líquido libre a nivel subfrénico izquierdo, líquido libre interasas y gotera parieto cólica derecha y pelviana.

Atendido lo anterior, se decidió mantener conducta expectante v/s invasiva, además de sostener nutrición parenteral; analgesia; antibióticos (Tazonam más vancomicina); insulina 10 – 10 UI; Omeprazol; Nifedipino 10 mg cada 12 horas sub lingual; Captopril 12,5 mg SOS Sub lingual si PA es mayor de 200/110; Clexane 60 mg día sc; KNT

El día 03 de agosto de 2017 la paciente fue evaluada por cirugía, encontrándose en buenas condiciones generales, afebril, Además, se analizaron los resultados de TAC TAP por medio cirujanos a quienes les



impresionó la persistencia de fístula de anastomosis de menso calibre y líquido libre abdominal, posiblemente ascitis, agregando, por una parte, que lo exámenes de laboratorio fueron compatibles con anemia y parámetros infecciosos a la baja y, por otra, se planificó un manejo conservador, descartando realizar paracentesis, aportando Albumina para manejo de ascitis, manteniendo indicaciones.

Posteriormente, el día 04 de agosto a las 17:15 horas, se consigna en ficha clínica que la paciente presenta epistaxis, realizándose taponamiento anterior y se indica administrar Furosemida 1 ampolla cada 12 horas, realizándose interconsulta a otorrinolaringología. Además, por hipoalbuminemia, se indicó administrar Albumina 1 frasco cada 8 horas.

Ulteriormente, por evaluación por cirugía día 07 de agosto (35 días post operada), la paciente se encontraba en buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable, no obstante presentar epistaxis, realizándose taponaje anterior, decidiéndose efectuar prueba de azul de metileno para eventual inicio de antihipertensivo vía oral según resultado, manteniéndose las indicaciones incluida la Albúmina en 1 frasco cada 8 horas vía endovenosa.

En cuanto a la prueba de azul de metileno, fue realizada sin filtración posterior a prueba. Por lo tanto, se inició terapia con Nifedipino oral para disminuir presión arterial, con las siguientes indicaciones: Nifedipino 20 mg cada 12 horas vía oral; Furosemida 20 mg cada 12 horas EV; Captopril SOS.

El día 08 de agosto la paciente se encontraba en buenas condiciones, afebril, hemodinámicamente estable, normotensa (PA 124/68), refiriendo leves molestias abdominales, iniciándose administración de antihipertensivos vía oral con buena respuesta, manteniéndose las indicaciones, incluyendo la administración de Nifedipino y Furosemida.

El día 09 de agosto la paciente se hallaba en buenas condiciones generales, afebril, sin dolor abdominal. Al examen físico se encontraba bien hidratada, normocárdica, con abdomen BDI, herida ok (sic), extremidades edema (+) y sin signos de TVP, planificándose iniciar régimen hídrico y ajuste de terapia antihipertensiva, con el siguiente ajuste de la misma: Losartán 50 mg al día; Nifedipino 20 mg cada 8 horas; Furosemida 20 mg cada 12 horas EV.



Asimismo, agrega que el día 11 de agosto la paciente se encontraba en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, con tendencia a la hipertensión, indicándose administrar Nifedipino molido vía oral con poca agua, esto por la restricción de administración de alimentación, y fármacos por vía oral, manteniéndose su tratamiento antihipertensivo de acuerdo a las indicaciones.

Posteriormente, el día 13 de agosto a las 01:07 horas, la paciente fue evaluada por médico cirujano de turno de urgencias por presentar epistaxis profusa que no cede con compresión externa. Además, se controló presión arterial, 195/67 mmHg, indicándose Captopril sub lingual, con lo cual la presión disminuye a 149/73, prescribiéndose un segundo Captopril, realizándose taponaje anterior con lo cual se detiene el sangrado. Además, se indicó control médico residente, CMR SOS y, además, Espercil 1 ampolla cada 12 horas.

Clínicamente, prosigue, el mismo día 13 a horas de la mañana, se informó en la ficha clínica que la paciente presentó epistaxis de difícil control que se manejó con taponamiento anterior con MeroCel. Además, se consigna que ese día cae en PCR a las 07:48 horas, iniciándose compresiones en ciclos, comprándose luego AESP, continuándose con compresiones sin lograr salir de PCR. Finalmente, tras 10 minutos de maniobras de reanimación, la paciente fallece a las 07:48 horas.

Ulteriormente, terminada la exposición de los hechos, la parte demandada se ocupa de la inexistencia de responsabilidad de su representada en los hechos narrados, principiando por la aseveración de los actores respecto de que la paciente falleció por un cuadro de epistaxis (sangramiento nasal) que no fue oportuna ni eficazmente controlado, lo que provocó un shock hipovolémico que causó un paro cardiorrespiratorio por actividad eléctrica sin pulso.

Al respecto, de modo introductorio, realizó una extenso análisis de la epistaxis o hemorragia nasal, el cual, por economía procesal se resume en el sentido que se trata de un síndrome frecuente (10 y el 12 % de los pacientes asistidos en las consultas de urgencias de otorrinolaringología, con dos picos de máxima incidencia: uno entre los 15 y los 25 años, y otro entre los 45 y los



65 años); que, por lo general, es un proceso banal, de fácil resolución, no obstante requerir atención especializada en ocasiones, porque puede llegar a comprometer la vida del enfermo; que su incidencia y dificultades terapéuticas son provocadas por la gran riqueza de la vascularización de las fosas nasales, así como por las múltiples causas locales y generales que pueden provocar el sangrado; que, en lo atinente al proceso, la epistaxis pueden ser clasificada en anterior y posterior, siendo la primera la más común, fácil de solucionar y de buen pronóstico, a diferencia de la segunda, excepcional, de difícil solución en algunos casos y de pronóstico grave en la mayoría de los casos; que en las enfermedades hemorragíparas, las maniobras locales de inspección deben ser mínimas por el riesgo de provocar o agravar el proceso creando nuevas zonas sangrantes; que sus causas son diversas (síndrome vasculopático, síndrome trombocitopénico-trombocitopático y síndrome coagulopático).

Ahora bien, vinculando lo anterior con la situación de autos, el demandado indicó que la hemorragia nasal sufrida por la paciente, tal como está descrita por el facultativo que le otorgó atención, otorrinolaringólogo, correspondió a una epistaxis anterior, no posterior como afirmaron los actores, describiendo profusamente la ficha clínica, indicando que en todo momento se da cuenta de ser una epistaxis anterior y la medidas tomadas al respecto.

En cuanto a las causas de la epistaxis, en el caso de la paciente de autos, señaló que esta era portadora de múltiples enfermedades, esto es, diabetes mellitus tipo 2 insulino requirente; hipertensión arterial, dislipidemia; púrpura trombocitopénica idiopática; daño hepático crónico; cáncer vulvar operado (2009); colecistectomizada; histerectomizada por miomatosis uterina; catarata bilateral operada (2016) y cáncer gástrico, esto último el motivo por el cual se hospitalizó para resección quirúrgica.

Todo lo anterior, a su juicio, permite colegir que doña Mirta tenía per se factores tanto intrínsecos y extrínsecos que facilitarían una epistaxis: era diabética con enfermedad cardiovascular, hipertensa, dislipidémica, lo cual agrava el daño vascular y endotelial; presentaba además enfermedad hematología (purpura trombocitopénico); tenía un daño hepático crónico que de por sí genera déficit de factores de coagulación y albumina, proteína importante en la cicatrización y reparación de tejidos. Además, por la cirugía



compleja a la que fue sometida por el grave cáncer gástrico, se encontraba en tratamiento de prevención de tromboembolismo pulmonar mediante la administración de anticoagulantes (heparina-clexane).

Seguidamente, refuta que el personal médico nunca haya realizado acción alguna para tratar la epistaxis que presentaba la paciente, pues fue evaluada por Otorrinolaringólogo el mismo día (26 julio) que presentó el primer episodio de sangramiento nasal, quien al examinarla determinó que se trataba de un sangramiento nasal anterior, específicamente en cornete derecho, procediendo realizar cauterización con nitrato de plata y, posteriormente, efectuar taponamiento anterior, procedimiento que resultó ser efectivo, pues la paciente dejó de sangrar en forma inmediata.

Luego, a la semana siguiente (02 de agosto), la paciente fue nuevamente evaluada por la misma profesional, quien retiró taponamiento nasal y observó ausencia de epistaxis. Más tarde, el día 04 de agosto, ocurrió lo mismo cuando presentó un breve episodio de epistaxis, la cual fue rápidamente controlada con el taponamiento anterior, resultando efectivo, añadiendo que estos episodios de epistaxis nunca fueron masivos como lo pretende establecer la demandante ni tampoco tuvieron una repercusión hemodinámica en la paciente, es decir, no existió hipotensión, así como tampoco taquicardia, lipotimia o desmayo, ni fenómenos hipovolémicos (lo cual estaría descrito en ficha de enfermería y en la misma evolución médica, en lo que respecta signos vitales).

En vista de lo anterior, afirmar que debía reponerse volúmenes con suero ficológico o Ringer Lactato o cristaloides, como lo señalan los actores, es carente de criterios médicos clínicos por desconocimiento de los mismos, pues realizar esta reposición de fluidos, sin una necesidad real basada en la condición clínica de la paciente, resultaría más nocivo que curativo, toda vez que el administrar fluidos o reposición de volumen en un paciente que no lo requiere generaría un aumento del volumen circulante, lo que se traduciría en cifras tensionales más elevadas de lo normal y, si doña Mirta era portadora de hipertensión arterial, hubiese aumentado sus cifras tensionales lo cual hubiese sido del todo inconveniente, agregando que los tratantes incluso indican se practique a la paciente prueba de azul de metileno, destinada a identificar la



eventual existencia de metahemoglobinemia, un trastorno sanguíneo que pudiese originar el sangrado de la paciente.

Posteriormente, la demandada efectuó precisiones respecto de ciertos dichos de los actores.

En cuanto a que en el sentido que no se aplicó ningún medio médico para tratar la epistaxis o se efectuó el más básico (taponamiento), sin efectuar una anamnesis ni identificación del tipo de epistaxis nasal que la afectaba, ni pedir la intervención de un otorrinolaringólogo para el control de la hemorragia, permitiendo que la paciente perdiese sangre por un término superior a las 4 horas, todo lo cual es falso, pues en la ficha clínica de ese día –no indica cuál-, y al breve lapso transcurrido entre que se observó en la paciente sangramiento nasal y que el personal de enfermería llamara a médico que se encontraba de turno en urgencia, éste acudió a evaluarla, comprobando que se trataba de una epistaxis anterior, procediendo a realizar debidamente un taponaje. Además, al corroborar que la paciente estaba con cifras tensionales elevadas, producidas por el propio sangramiento y la ansiedad que esto provoca en los pacientes, procedió a administrar Captopril sub lingual como hipotensor, lográndose reducir las cifras tensionales, indicando administrar Espercil (ácido Tranexámico) como hemostático, con lo cual se logró detener la epistaxis anterior.

En cuanto al sangramiento el día del fallecimiento de la paciente, afirmó que este ocurrió sin poder preverlo, cayendo de forma súbita en PCR, realizándose todas las maniobras correspondientes sin lograr éxito. Así, si bien pudo haberse originado finalmente una epistaxis posterior, esta fue imposible de contener, lo que no se traduce en una negligencia médica, sino que un devenir abrupto e imprevisible, que dada la rapidez en que se produce, inhabilita la realización de un taponaje y manejo de un paro cardiorrespiratorio en formas simultánea, agregando que la medicina como ciencia no es infalible, siendo fácil escribir en un texto que se pudo hacer tal o cual cosa sin pensar que para ello se requieren medios, oportunidades, especialistas, pabellones debidamente adaptados y la chance de tiempo para realizar todas estas maniobras.



En el mismo sentido, expuso que las medidas médicas que los actores indican debieron adoptarse (ligadura arteria esfenopalatina, ligadura de arteria etmoidal anterior/posterior, ligadura arteria maxilar o ligadura arteria carótida externa), planteado así, podría llevar a pensar a cualquier lego que es un procedimiento fácil, carente de todo riesgo, que podría realizarse en un cerrar y abrir de ojos y por cualquier interviniente. Sin embargo, para realizar tal difícil cirugía se requiere de un pabellón quirúrgico de urgencia disponible, de equipo o material quirúrgico, y por sobre todo, de un especialista otorrino de urgencia que tenga la debida experiencia en la realización de un procedimiento tan difícil como ese, pues aún en manos de un otorrinolaringólogo experto este procedimiento no está exento de riesgos y que sea exitoso. Por ello, cuando se produce una hemorragia posterior en forma abrupta e incoercible, como ocurrió con Doña Mirta, las posibilidades de sobrevida son casi nulas, aun en manos expertas.

Seguidamente, descartando que el caso de autos sea homologable a la jurisprudencia que los actores invocan respecto de la epistaxis, y citando doctrina que se ocupa de la hipertensión arterial y aquel síndrome, señaló que la hipertensión de larga data puede aumentar el riesgo de epistaxis debido a los efectos vasculopáticos como aterosclerosis, disfunción endotelial y rupturas. Además, el efecto de la ansiedad debe considerarse en la relación entre hipertensión y epistaxis, pues la ansiedad del paciente por el sangrado puede elevar la presión arterial y exacerbar la epistaxis, lo cual se aplica a autos dada las condiciones previas de la paciente, agregando, sin embargo, que no puede establecerse fehacientemente que la hipertensión per se y por sí sola es la causa de la epistaxis de la paciente, sin excluir el propio daño vascular crónico y permanente producido por años y exacerbado por su neoplasia actual.

Posteriormente, el demandado se hace cargo del segundo rubro de supuestas infracciones a la lex artis, es decir, que en la atención de la paciente no se dio cumplimiento por los funcionarios y personal médico del Hospital Higuera de las solicitudes de interconsulta planteadas por el servicio de otorrinolaringología, que tenían por objeto controlar las crisis hipertensivas de la paciente a fin de prevenir nuevos cuadros de epistaxis nasales



Al respecto, manifestó que el manejo de la presión arterial es resorte de todo médico habilitado como tal, no de una especialidad, ya sea cardiología o medicina interna; todo médico está capacitado para manejar una patología como ésta. Por ello, la médico otorrino sugiere al interno de medicina “manejar cifras de presión arterial o pase interconsulta a cardiólogo o a médico internista”.

Sin embargo, continúa, en ningún caso es una indicación imperiosa u obligatoria de realizar interconsulta a especialista, pues inmediatamente se indicó la administración de Nifedipino, Furosemida y Captopril como fármacos Antihipertensivos, indicación dada por médico de sala, lo cual se realizó, administrándose tal como está consignado en ficha clínica, insistiendo en que no fue necesario realizar las interconsultas, pues la paciente estaba en manos de médicos con capacidades y conocimientos para efectuar manejo de hipertensión arterial y así se hizo, indicando fármacos antihipertensivos.

En relación con las crisis hipertensivas, previa cita de lo que la respectiva clínica señala al respecto, indicó que la paciente nunca presentó las mismas, es decir, se trataba de una paciente hipertensa en etapa 2, con cifras tensionales manejables con fármacos habituales tal como se hizo, insistiendo en que a la paciente se le administró en forma diaria Nifedipino, lo cual está consignado en hojas de enfermería y su cambio por otro fármaco, cuando fue necesario, fue indicación médica. Por lo demás, el Nifedipino es un medicamento normalmente usado en la terapéutica convencional de los hipertensos, al igual que el Captopril y la Furosemida que también fueron empleados en el manejo de la paciente.

Dado todo lo anterior, indica que se puede concluir, que atribuir exclusivamente que el sangrado nasal anterior es producto de cifras tensionales elevadas, resulta carecer de fundamentos técnicos, pues por si sola la hipertensión arterial no es causa directa y exclusiva de un sangramiento nasal, pues si se asociara la hipertensión arterial por sí misma como causa de epistaxis, tal como lo pretende hacer creer la parte demandante, todos los hipertensos tendrían sangramiento nasal, lo que es un error.

En definitiva, señala que se puede concluir que el Hospital Higuera, con su equipo médico y otros profesionales, realizaron las atenciones de salud



para la atención de la paciente doña Mirta Guajardo Contreras ciñéndose a lo establecido por la *lex artis*, entregando todos los recursos humanos, físicos y materiales para tratar de recuperar la salud, independiente de la gravedad de las patologías; no se escatimó en esfuerzos para los tratamientos que la paciente requería, ya que siempre se realizaron los diagnósticos y tratamientos de forma oportuna, todo lo que está refrendado detalladamente en los registros médicos que versan en el hospital, no existiendo falta de servicio.

Ulteriormente la demandada se refiere a las consideraciones sobre la responsabilidad del Estado, indicando que el artículo 38 de la Constitución Política no establece una prescindencia del dolo o de la culpa como elemento necesario para el nacimiento de la responsabilidad, no siendo objetiva dicha institución, sino que, por el contrario, es la falta del servicio el factor de imputación, el cual, a su vez, implica que el servicio no ha funcionado debiendo hacerlo o que ha funcionado de modo tardío o deficiente.

Ahondando en este punto, sostiene que la noción de falta de servicio se traduce en una mala organización o un mal funcionamiento del servicio, según el grado de dificultad que presente la organización del mismo, puesto que es imposible que algunos no se produzcan, aun cuando el servicio actúe competentemente, y ello es así porque la previsibilidad normal o la imposibilidad de evitar el daño bajo ciertas circunstancias son otros tantos factores que eliminan la responsabilidad, ya que ellos dirimen el nexo causal, así que aun tratándose de una responsabilidad objetiva, ella no queda impuesta automáticamente (lo que se consagra en el artículo 11 de la ley 18.469, siendo, por lo demás, según los artículos 38 y siguientes de la ley 19.966, de la demandante la carga de la prueba de la falta de servicio).

En cuanto al estándar por el que deben evaluarse las atenciones médicas entregadas, expone que se relaciona los postulados de una obligación de medios y no de resultados, lo que implica que en el rubro de la salud existe la obligación de entregar las atenciones médicas que conforme a la *lex artis* son necesarias para recuperar o restablecer la salud de una paciente, pero no a que el resultado se concrete, porque ello depende de distintas circunstancias, ya que la medicina no es una ciencia exacta.



En lo que guarda relación con los daños, expuso que no existiendo falta de servicio en las atenciones médicas otorgadas por el Hospital Las Higueras de Talcahuano a la paciente, no existe monto alguno que indemnizar. Eso sí, subsidiariamente y en el hipotético y eventual caso que el tribunal llegue a la conclusión que existe responsabilidad de su representado, pidió que al momento de fijar la indemnización civil demandada se tenga presente que la suma pedida por los actores escapan a la capacidad económica del Servicio, principalmente porque ello afecta la calidad de la atención de los pacientes, sobre todo teniendo en cuenta que el Servicio demandado es descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios y, por lo tanto, distinta del todo poderoso e inagotable Estado, añadiendo que la naturaleza de los daños alegados por la demandante no se condicen en manera alguna con los montos demandados, debiendo rebajarse prudencialmente atendidas las circunstancias señaladas en la contestación, por lo que previas citas legales, pidió tener por contestada la demanda deducida en contra de su representado y, en definitiva, conforme a todos los antecedentes de hecho y derecho señalados, se rechace en todas sus partes con costas o, en subsidio, se rebaje prudencialmente el valor de la indemnización demandada, con costas.

A folio 12 consta el trámite de la réplica, oportunidad en la cual los actores, en resumen, expusieron lo siguiente:

En cuanto al tipo de hemorragia nasal que afectaba a la paciente y sus medios de resolución según la *lex artis* médica, indican que jamás en libelo se señaló que la epistaxis sufrida por la paciente fuese posterior (salvo mencionarla para efectos de indicar que una y otra tenía mayor o menor dificultad de resolución), lo que es una deducción errada de la demandada, efectuada con el fin de introducir un elemento destinado a hacer menos exigible el nivel de diligencia de los funcionarios del Hospital Higueras (intentando agravar el real cuadro clínico que afectaba a la paciente, especialmente el día de su fallecimiento). Es decir, la demandada intenta introducir subliminalmente la consideración de que la epistaxis que afectó a la paciente, en la madrugada del 13 de agosto de 2017, fue una epistaxis posterior, no obstante, no existir antecedentes en la ficha clínica que fundamenten la existencia de este tipo de hemorragia nasal en la paciente.



Seguidamente, indicó que lo que afectó a la paciente fue en todas las oportunidades una epistaxis nasal anterior, la cual tiene un estándar de tratamiento menor, insistiendo que no consta en ficha clínica que, ante la recurrencia del proceso hemorrágico en el día 13 de agosto de 2017, se haya adoptado ninguno de los mecanismos exigidos por la *lex artis* para el control de una hemorragia de difícil resolución y recurrentes (cauterización química, electrocauterización, sonda Foley para balonizar el sitio del sangrado).

Por otra parte, pero relacionado con lo anterior, los actores señalan que la hemorragia que causó la muerte de la paciente no fue un hecho imprevisto, como asegura el demandado. Así, como consta en ficha médica y como lo señala la demandada, a las 1:07 de la mañana de ese día domingo 13 se constató la profusa epistaxis que afectaba a la paciente procediéndose a realizar taponamiento anterior con aplicación de Captopril (en 2 oportunidades) para la reducción de la presión arterial y espercíl controlando la hemorragia. Pero desde ese momento (en que solo se dispone Control Médico Residente cada 8 horas) no existe ningún registro de atención o control de la paciente, sino hasta el momento en que la paciente incurre en un segundo cuadro hemorrágico, cuyo momento de inicio no consta en ficha clínica (solo aparece que alrededor de las 7:30 de la mañana los funcionarios del Hospital Higuera se percataron de la concurrencia de un nuevo cuadro de epistaxis), el que se intentó controlar sin éxito, provocándose la hipovolemia que causó a la paciente un paro cardíaco (AESP) con resultado mortal a las 7:48 horas.

En consecuencia, prosigue, debe entenderse que existió un deficiente control y prevención de los cuadros de epistaxis que afectaban a la paciente, los cuales constaba que eran recurrentes y conocidos del personal médico del Hospital Higuera, considerando la persistencia de los cuadros hipertensivos de ésta, los que fueron también controlados y tratados deficientemente, además de los cuadros concomitantes de la paciente, todas estas consideraciones que aconsejaban, a todas luces, un mayor control de su sintomatología y un mayor cuidado en su tratamiento.

En cuanto al manejo de las cifras tensionales de la paciente durante los últimos días de su estadía en el Hospital Las Higuera, previas citas a la ficha



clínica, explicó que existieron graves ventanas en el tratamiento de la hipertensión que afectaba a la paciente (del 2 de agosto, desde que se indica la administración del medicamento, al 4 de agosto) donde se constata que no ha recibido el medicamento, no obstante estar diagnosticada su administración, iniciándose recién la misma el día 7 de agosto, además de que el día 10 del mismo mes tampoco recibió el medicamento.

En consecuencia, no se aprecia cómo la demandada pueda fundamentar su aseveración de que “a la paciente se le administró en forma diaria Nifedipino”, aserto que va en contra de lo que consta en ficha médica, la que, al contrario de lo sostenido por la demandada, atestigua la irregularidad e intermitencia en la administración de un medicamento esencial para el control de la presión arterial de la paciente.

Por otro lado, continúa, el aserto señalado por la demandada en el sentido de que “se logró controlar en forma paulatina las cifras tensionales de la paciente”, no tiene sustento alguno si se examina la evolución de las cifras tensionales de la paciente que constan en la ficha clínica (169/80 el día 2 de Agosto; 169/100 el día 3 de agosto; 175/81 el día 3 de agosto; 184/93 el día 4 de agosto; 154/115 el día 7 de agosto; 183/73 el día 8 de agosto, 157/70 el día 9 de agosto; 134/92 el día 10 de agosto; 156/120 el día 11 de agosto; 195/67 el 13 de agosto.). Así, la evolución tensional de la paciente, según lo muestra su historial clínico, se aleja mucho de un “control paulatino de cifras tensionales”.

En definitiva, en su parecer, no existió un control efectivo de las altas cifras tensionales que afectaban a la paciente, lo que sin duda constituyen un factor causal importante y considerable en la repetición y concurrencia de los sangrados nasales, que finalmente causaron la muerte a la paciente, lo que se corrobora cuando la demandada cita un estudio que indica que la hipertensión está significativamente asociada con el riesgo de epistaxis.

Respecto de la no realización de las interconsultas dispuestas a la paciente a los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Otorrinolaringología, y que la demandada haya considerado que la mismas no eran necesarias, dado que el resto de los galenos que trataron a la paciente se encontraban capacitados y tomaron las medidas idóneas, señala que la



interconsulta y su efectiva realización es un acto esencial de la atención médica integral, por la cual al constatarse por un médico una situación terapéutica que solo puede ser categorizada, diagnosticada o tratada por un médico especialista, debe imperativa y necesariamente obtenerse de opinión, a fin de procurar una atención médica integral y garantizar la seguridad y salud del paciente, lo que es parte de una la prestación asistencial continua.

En consecuencia, prosigue, la determinación de la necesidad de una interconsulta por un médico no es una “nimiedad”, como parece señalarlo la demandada en su escrito de contestación, sino que, por lo contrario, es un presupuesto necesario de la atención médica plural e integral que debe otorgar un centro médico complejo como lo es el Hospital Las Higueras, y necesariamente su omisión debe ser considerada como falta de servicio en el supuesto de que algún resultado lesivo se configure por no haberse realizado.

Descendiendo de esa abstracción y relacionando la materia con el caso de autos, menciona que en la demanda (sic) existen dos interconsultas que nunca fueron realizadas. En primer lugar, en la atención del día 2 de agosto de 2017 se efectúa examen a la paciente por la otorrinolaringóloga, Dra. Gabriela Siso García, quien al constatar que la paciente presentaba recurrentemente cifras tensionales elevadas, dispuso una interconsulta al servicio de Cardiología o al Servicio de Medicina Interna del Hospital Las Higueras “para evaluar manejo derechamente ya que si persiste con cifras elevadas entonces puede volver a presentar epistaxis”, interconsulta que jamás se realizó. En segundo lugar, el día 4 de agosto se constató (según anotación en ficha clínica de ese mismo día) una paciente con epistaxis y presión arterial 180/90, realizándose taponaje anterior, recetándose Furosemida cada 12 horas, disponiendo interconsulta a otorrinolaringología, la cual tampoco se llevó a cabo, aun cuando el cuadro de epistaxis ya se hacía recurrente.

Ulteriormente, expresó que el hecho de que la paciente fuese portadora de patologías que la hacían propensa al desarrollo de hemorragias nasales, no puede ser considerado como factor de exculpación de responsabilidad sanitaria, sino que, por el contrario, el conocimiento que tenía el cuadro médico de las patologías de la paciente constituye un factor de amplificación de responsabilidad pública, por incumplirse en la especie los deberes de



prevención que recaían sobre el cuerpo médico del Hospital Las Higueras, desarrollando luego el “principio de prevención”, que se resume en que a mayor presencia de condiciones de salud concomitantes de los pacientes, mayor nivel de actuación exigible a los prestadores de salud, lo que era exigible en la situación de autos, insistiendo en que, con los antecedentes de la paciente y su evolución, su desenlace no era imprevisto, citando abundante jurisprudencia.

En definitiva, pidió tener por evacuado el trámite de la réplica.

A folio 13 se tuvo por evacuada la réplica y se dio traslado para duplicar, trámite no evacuado por la demandada.

A folio 32 se llevó a cabo la audiencia de conciliación con la sola asistencia de la parte demandante.

A folio 33 se recibió la causa a prueba.

A folio 79 se citó a las partes a oír sentencia.

A folio 80 se decretó la medida para mejor resolver del artículo 159 número 1 del Código de Procedimiento Civil, la que se tuvo por cumplida a folio 83, ordenándose autos para fallo.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: En cuanto a la tacha de folio 76:

Que, a folio 76 la demandante tachó al deponente Hernán Eugenio Díaz Bugueño, en virtud de lo dispuesto 4° del art 357 del C.P.C. que establece que no son hábiles para declarar como testigos los que carezcan del sentido necesario para percibir los hechos declarados al tiempo de verificarse estos.

Fundó la inhabilidad en que, atendido el mérito de las respuestas que entregó el testigo, su conocimiento de los hechos deviene de un análisis ex post, consistente en la evaluación por el Comité de Calidad de Atención de los antecedentes que constituyen la Ficha Clínica de la paciente, por lo que al tiempo de verificarse los hechos, éstos nunca pudieron ser apreciados por el testigo que la demandada ha citado a declarar.

SEGUNDO: Que, en el folio antes indicado, el tribunal confirió traslado de la tacha, el que fue evacuado por la parte demandada pidiendo el rechazo de la misma. El fundamento para el rechazo de la inhabilidad estriba en que la Unidad de Calidad es una unidad formal del establecimiento, siendo



la calidad un continuo que se relaciona con todo el proceso de atención del paciente, que no termina ni culmina con su alta o fallecimiento, sino que debe prolongarse más allá en análisis internos (como en el caso de respuestas a los familiares o cercanos), agregando que esta Unidad persigue entregar un servicio cada vez mejor y no persigue una defensa del establecimiento, son solo conocer los hechos de la atención, siendo en ese contexto como la Unidad se ha interiorizado de los hechos de esta atención.

TERCERO: Que, el artículo 357 del Código de Procedimiento Civil dispone: “No son hábiles para declarar como testigos: 4°. Los que carezcan del sentido necesario para percibir los hechos declarados al tiempo de verificarse éstos”.

Al respecto, ante las preguntas para la tacha el testigo respondió que no participó personalmente en la atención de la paciente doña Mirta Guajardo y que tomó conocimiento de los hechos sobre los cuáles prestara declaración, dado que fue jefe de la Unidad de Calidad del Hospital, conociendo de varios aspectos y, entre otros, de las causas judicializadas.

En vista de lo señalado en los dos acápites anteriores, este tribunal estima que el deponente no se encuentra comprendido en la causal de inhabilidad indicada.

En efecto, el artículo 357 del Código Adjetivo contiene lo que en doctrina procesal se ha denominado como causales absolutas para declarar como testigos, esto es, situaciones que ubican a ciertas personas en un estado impeditivo total sea para percibir los hechos, interpretarlos o darlos a entender.

En el caso específico del numeral cuarto del artículo señalado, la norma exige que el deponente carezcan del sentido necesario para percibir los hechos, lo que supone no tener, al momento de suscitarse los mismos, las aptitudes sensitivas elementales para la captación del entorno, situación que no se relaciona con el testigo de autos quien, en el peor de los casos, habría tenido un conocimiento de los sucesos de este proceso ex post, situación que no lo inhabilita para declarar, quedando a ponderación del tribunal, según las directrices de los artículos 383 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, el apreciar soberanamente dicha prueba.



Cabe mencionar, sin perjuicio de lo anterior, que otros testigos presentados por la demandada también afirman haber conocido de los hechos en una data posterior a su acaecimiento, sin que el demandante haya intentado inhabilitarlos por el motivo que se resumió previamente.

En definitiva, la tacha presentada en contra el deponente Hernán Eugenio Díaz Bugueño será desestimada.

CUARTO: En cuanto al fondo:

Que, a folio 1 compareció don **Sebastián Alejandro Urrutia Mendoza**, abogado, en representación de don **JOSE ORLANDO ROSAS MIRANDA**; doña **XIMENA ELIZABETH ROSAS GUAJARDO**; doña **JEANETTE EUGENIA ROSAS GUAJARDO**; doña **ELIANA FABIOLA ROSAS GUAJARDO**; don **ALEXIS ORLANDO ROSAS GUAJARDO**; y don **JAIME MARCELO ROSAS GUAJARDO**, quien interpuso demanda de indemnización de perjuicios por los daños causados por falta de servicio en contra del **HOSPITAL LAS HIGUERAS**, organismo Auto Gestionado en Red, persona jurídica de derecho público, representado legalmente por su Directora, doña Patricia Sánchez Krause; y en contra del **SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**, persona Jurídica de Derecho público, representado legalmente en virtud de lo dispuesto por el artículo 25 F de la Ley N° 19.937 por la directora del Hospital Las Higuera, doña Patricia Sánchez Krause, según lo resumido en la parte expositiva de este fallo.

QUINTO: Que, a folio 10 compareció don **Ramón Andrés Cartes Flores**, abogado, en representación del **SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**, persona jurídica de derecho público, conforme al mandato judicial que le fuera otorgado por doña Patricia Sánchez Krause, médico cirujano, dada su calidad de Directora Titular del Hospital Autogestionado Las Higuera De Talcahuano, quien contestó la demanda solicitando su rechazo, en virtud de lo indicado en la parte expositiva de esta sentencia.

SEXTO: Que, a folio 12 se evacuó la réplica. Por su parte, la demandada permaneció rebelde respecto de la dúplica.

SÉPTIMO: Que a folio 33 se recibió la causa a prueba señalando los puntos a probar al siguiente tenor: **1°.-** Existencia del hecho que configuraría el ilícito señalado en la demanda; **2°.-** En su caso, efectividad que el referido



hecho es imputable al demandado Servicio de Salud de Talcahuano; 3°.- Existencia de la falta de servicio que se alega. Hecho o hechos que la constituirían; 4°.- Efectividad que los hechos expresados en la demanda, ocasionaron perjuicios a los demandantes. En su caso, naturaleza y monto de tales perjuicios; 5°.- Efectividad que la actuación del demandado se encuentra ajustada a la Lex Artis y a los protocolos vigentes en casos como el referido en el libelo. Hechos en que se fundamenta.

OCTAVO: Que, para acreditar sus asertos la demandante rindió la siguiente prueba:

I) Documental, sin impugnación ni objeción:

a) Certificado de mediación frustrada ante el Consejo de Defensa del Estado, de fecha 18 de diciembre 2020, suscrito por Claudia Mancilla Martínez-Conde (Mediadora).

b) Certificado de defunción de la paciente Mirta Fabiola Guajardo Contreras, Cedula Nacional de Identidad N° 5.047.448-8, que da cuenta de su óbito sucedido el día 13 de agosto de 2017 a las 07:48 horas, siendo la causa del deceso fallo multiorgánica/ infarto agudo al miocardio.

c) Ficha clínica de la paciente doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras, que registra una serie de atenciones prestadas a ésta en el Hospital Las Higueras desde el 26 de marzo de 2017 y hasta su fallecimiento.

Este documento da cuenta de una serie de prestaciones médicas que la señora Guajardo Cárdenas recibió en el Hospital Las Higueras. En los siguientes párrafos solo se resumirán las que resultan relevantes para el presente proceso:

1) La ficha comienza con un documento de ingreso de la paciente, de fecha 26 de marzo de 2017, donde constan diversos datos de su persona, así como los motivos que originaron la consulta, destacando que la molestia principal era una anemia en estudio de 5 meses de antigüedad y, hace 5 días, dolor abdominal agudo, encontrándose en ese momento con un pulso de 89 min y una presión de 120MM/60HG, con un abdomen depresible, y unas mucosas pálidas. Además, se señala que la paciente era portadora de comorbilidades como diabetes, HTA, artrosis de cadera, prescribiéndose una serie de medicamentos y procedimientos, entre ellos, una endoscopia.



2) Luego, con la misma fecha, figura un documento llamado “Atención de Urgencia”, donde se señala que la paciente ese día presenta un episodio de vómitos con sangre.

3) Posteriormente, con fecha 27 de marzo de 2017, aparece en la ficha clínica un informe de endoscopia alta respecto de la paciente. La conclusión fue un Nasogástrico Bormann III.

4) El 28 de marzo de 2017 consta en la ficha clínica el informe de una tomografía computarizada de tórax-abdomen-pelvis. Este documento da cuenta de una hemorragia digestiva alta y, además, menciona el hallazgo sugerente de daño hepático incipiente, adenopatías perigástricas (no pudiendo descartar proceso infiltrativo a ese nivel, sugiriendo estudio dirigido), diverticulosis y nódulos peritoneales.

5) Posteriormente, la ficha clínica da inicio a la denominada “Historia y Evolución Clínica” (HEC en lo sucesivo) de la paciente de autos.

La primera entrada tiene fecha 26 de marzo de 2017, parcialmente ilegible, donde puede entenderse que la paciente fue objeto de una transfusión de sangre, persistiendo sangrado activo, actualmente con hemodinamia estable, resultando difícil establecer si tiene cuadro de Dtec, recomendando llevar a cabo una nueva transfusión.

6) El día 27 de marzo de 2017, la HEC da cuenta de una paciente estable, recientemente transfundida de sangre y con adecuada hemodinamia; hidratada, con mucosas pálidas, con indicaciones de reposo y régimen cero.

El mismo día, en este caso a las 11:05 horas, existe un registro de “Medicina de Turno”, llevado a cabo bajo el timbre y rúbrica de la galena Andrea Galdames, médica cirujana. En esta anotación se señala que se realiza EDA que informa cáncer gástrico Bormann III, tomándose biopsia, agregándose que esta situación le es explicada a la paciente y a sus hijos. Esta entrada contiene un “Plan” e “Indicaciones” respecto de la paciente.

7) El día 28 del mismo mes y año, la HEC contiene una anotación ilegible en su totalidad.

Ulteriormente, este mismo día se encuentra un documento llamado “Ingreso Medicina Interna Hospitalista”. En él se da cuenta de un resumen de la estadía de la paciente en el nosocomio, siendo coincidente con lo que se ha



resumido hasta este punto, siendo conveniente agregar de este documento que la paciente es usuaria de Losartán, INPH 20/16, sulftoferroso hace 6 meses por anemia ferropénica, y que el motivo de la consulta fue un cuadro de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho de unos tres a cuatro meses de antigüedad. Además, al examen físico, la paciente se encuentra vigil, con hemodinamia estable, sin apremio ventilatorio, MP presente, SRA, abdomen BDI, RHA presentes, sin signos de irritación peritoneal, EEli sin edema, sin signos de TVP.

Por otra parte, en el documento en glosa los diagnósticos de la paciente son tres: cáncer gástrico en etapificación, HTA y DM2IR, agregándose que a la fecha de este documento se encuentra pendiente el informe de la biopsia y el estudio de diseminación.

Los medicamentos prescritos, por último, fueron Omeprazol, Losartán de 500 mg, cada 12 horas, y HGT precomidas + escalón 1.

8) El día 29 de marzo de 2017, se aprecia un nuevo documento llamado “Ingreso Medicina Interna Hospitalista”. Éste contiene las mismas anotaciones señaladas en el anterior, aunque añade en el examen físico la ausencia de sangrado y sin dolor abdominal, adicionando una serie de exámenes con sus respectivos valores y una indicación de una cirugía pendiente. Y se registra como fármaco, Losantan con las mismas indicaciones anteriores.

9) El documento “Ingreso Medicina Interna Hospitalista” de fecha 30 de marzo de 2017, no aporta mayores antecedentes al indicado en número anterior. Lo suyo ocurre con el mismo documento, pero del día 31 del mismo mes y año. Pero en ambos se registra entre los medicamentos, Losantan de 500 mg cada 12 hrs.

10) En cuanto a HEC del día 31 de marzo de 2017, se aprecia otra entrada casi completamente ilegible, donde se puede leer solo un fragmento de la misma que dice “Lo más probable sea un ca. Gástrico...”.

11) El 02 de abril de 2017 la HEC de la paciente señala, en la parte legible, “paciente 5 días S/ deposiciones, gases; examen físico abdomen B0I, RHA+; en contexto de último sangrado...; en ficha de 25/03/17 se indicó lactulosa”, con indicaciones de este medicamento por 10cc cada 8 horas. Todo lo anterior lo rubrica el médico de apellido Lizama.



12) El 03 de abril de 2017, el documento denominado “Ingreso Medicina Interna Hospitalista” indica que al examen físico la paciente se encuentra en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, con buena perfusión, sin apremio ventilatorio, sin dolor abdominal y sin episodios de sangrado. Luego, el documento efectúa la cronología de los exámenes de los últimos días, manteniendo el diagnóstico de cáncer gástrico, pendiente de cirugía, señalándose una serie de medicamentos prescritos a la paciente.

13) El día 04 de abril de 2017 se encuentra en la ficha una Epicrisis de la paciente, donde previo resumen de sus antecedentes médicos (ya sintetizados hasta esta fecha), se señala que se decide su alta, prosiguiendo estudio de forma ambulatoria.

14) El día 06 de abril de 2017 se encuentra en documento denominado “Informe de Biopsia”. En el “examen macroscópico” se indica “cinco fragmentos blancos grisáceos de 2 a 3 mm”, mientras que en “diagnostico microscópico” se anota “adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, infiltrante en mucosa gástrica”.

15) Ulteriormente, en la HEC de la paciente se encuentra una serie de anotaciones ilegibles y timbres de “Poli-cirugía”, “Registro único electrónico”, “enfermedades respiratorias”, etc., todo ello con diversas fechas no cronológicas y dispersas (21 de abril, 03 de mayo, 10 de mayo, 17 de mayo, 31 de mayo, 23 de junio, 02 de julio y 08 de agosto).

En lo sucesivo, la ficha clínica contiene una serie de informes sin orden cronológico específico. A saber:

16) El 12 de julio de 2017 se encuentra en la ficha un documento suscrito por el galeno Nelson Díaz Martínez, radiólogo, quien informa como diagnóstico de la paciente el control de gastrectomía total reciente, una fístula anastigmática y un derrame pleural izquierdo.

17) Mas tarde, el 03 de julio de 2017 se encuentra un documento llamado “Ingreso a UTI”. En él se da cuenta de la intervención quirúrgica de la paciente a consecuencia del cáncer gástrico que la afectaba, entregando detalles procedimentales técnicos de la operación. Además, en el rubro “Planes” se indica una monitorización no invasiva por ahora, cristaloides SOS,



eventual apoyo con NE, analgesia y profilaxis, indicándose luego una serie de medicamentos prescritos a la paciente, entre los cuales ya no está Losantan.

Posteriormente, en la ficha se aprecia un informe de la paciente del día 19 de julio de 2017, que efectúa una serie de observaciones técnicas respecto del estado de la misma, posterior a la operación a la cual fue sometida.

18) Ulteriormente, en la ficha se aprecia un informe de AngioTac de la paciente, de fecha 15 de julio de 2017, el cual indica en el rubro “impresión” un examen negativo para tromboembolismo pulmonar actual; focos de condensación atelectásicos en ambos lóbulos inferiores; moderado derrame pleural bilateral, con signos de organización izquierda; leve neumomediastino; y ateromatosis cálcica aortica.

Seguidamente, en la ficha clínica aparece un informe de un TAC de abdomen y pelvis de la paciente, de fecha 10 de julio de 2017, que da cuenta de una impresión tomográfica de condensación atelectásicos en ambos lóbulos inferiores; moderado derrame pleural bilateral y leve neumomediastino. Además, a este documento le sigue otro TAC de abdomen y pelvis, sin fecha, cuya impresión tomográfica fue diverticulosis, líquido libre inespecífico y quiste renal derecho simple.

19) En la ficha clínica de la paciente, con fecha 11 de julio de 2017, figura un documento denominado “Informe de Procedimiento”, cuyo motivo fue un derrame pleural bilateral, que da cuenta del mismo, especialmente de la toma de muestra de líquido para cultivo y citología.

Luego, el 18 de julio de 2017, se encuentra otro documento denominado “Informe de Procedimiento”, cuyo motivo también fue un CA gástrico más un derrame pleural izquierdo, que da cuenta de dicho procedimiento.

20) Posteriormente, en la ficha clínica, con fecha 31 de julio de 2017 se aprecia otro TAC de abdomen y pelvis de la paciente. En esta oportunidad, la impresión tomográfica señaló un derrame pleural bilateral moderado, con atelectasias pulmonares basales bilaterales y discreto engrosamiento intersticial en el lóbulo superior derecho inespecífico.

Luego, sin fecha, se encuentra otro TAC de abdomen, cuya impresión tomográfica es coincidente con lo resumido en números precedentes.



21) Ulteriormente, con fecha 03 de julio de 2017 figura en la ficha de la paciente un documento denominado “Protocolo quirúrgico”, respecto de la gastrectomía total de la paciente, constando, con la misma fecha, anotaciones en la HEC en relación a dicha intervención.

22) Seguidamente, el día 04 de julio de 2017 se encuentran anotaciones ilegibles en la HEC, salvo por distinguirse “PA límite bajo, pero clínicamente con buena...”.

El mismo día antes indicado se encuentra en la ficha un documento llamado “Evolución Diaria Unidad de Cuidados Intermedios” (EDUCI en lo sucesivo). En este documento se indica un resumen del estado de salud de la paciente a la fecha, refiriendo un buen estado de salud general, lúcida, orientada, vigil y sin molestias; afebril, hipotensa, pero asintomática, sin taquicardia, bien perfundida, por lo que se ha mantenido conducta expectante, para luego hacer referencia a una serie de valores de exámenes y otros patrones (presión arterial, temperatura, etc.).

En el rubro “Problema y planes” se indica continuar con manejo post operado. Y entre los fármacos, que se le están suministrando, no figura Losantan.

23) La anotación del día 05 de julio de 2017 en la HEC se halla, lisa y llanamente, ilegible.

El mismo día antes indicado, se encuentra en la ficha otro documento EDUCI que, en general, mantiene lo señalado en el número 22 precedente, añadiendo que la paciente se encuentra ese día normotensa, además de estar atingente, cooperadora y de buen ánimo, reiterándose el manejo post operado.

Conviene agregar que el ya señalado día 05 de julio, se encuentra otro EDUCI, donde no existen mayores cambios respecto del anterior y del indicado en el número 22 que antecede, salvo añadir que la paciente sigue normotensa, con leve deshidratación, donde los exámenes efectuados presentaban una creatinina baja, por lo que el doctor Gamarra indicó iniciar alimentación enteral.

24) El día 06 de julio de 2017 se encuentra un documento sin nombre, suscrito por el médico Óscar Gamarra, que señala que la paciente está en



regulares condiciones, sugiriendo un régimen cero, alimentación enteral, analgesia, medias antitrombóticas, mejorar diuresis, entre otros.

25) Las anotaciones en la HEC del día 07 de julio de 2017 se encuentran prácticamente ilegible, salvo el referir “abdomen blando depresible”.

El mismo día se encuentra en la ficha otro EDUCI. En este caso, se añade a los ya indicados en números anteriores, que la paciente sigue normotensa y normocardiaca, en buen estado general, leve deshidratación, afebril, sin requerimiento de O2 adicional. Además, se refiere una mucosa oral seca y una presión arterial 146/70, continuando con el manejo de post operado, ajuste de analgesia, aumentar nutrición enteral y traslado a sala de menor complejidad.

Por su parte, en la HEC del día ya indicado se encuentran anotaciones ilegibles por la caligrafía empleada, distinguiéndose solo algunas referencias al resumen del estado de salud de la paciente a esa fecha, especialmente respecto de la operación a la que fue sometida, así como que presenta mucosas hidratadas, con plan de manejo de post operado e indicaciones de reposo relativo, régimen cero, domperidona, y paracetamol, sin prescripción de algún regulador de presión arterial.

Finalmente, no obstante, lo señalado en el párrafo anterior, en la Epicrisis de la paciente del 07 de julio de 2017, se entregan más antecedentes al egreso de la UTI. Así, en cuanto a los diagnósticos, se halla el adenocarcinoma gástrico, la hipertensión esencial primaria e insuficiencia renal aguda no especificada (recuperada)

26) El ya referido día 07 de julio de 2017 consta un documento llamado Paciente Crítico. En lo medular, indica que al egreso la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, vigil, cooperadora, piel tibia e hidratada, pálida, mucosa oral levemente deshidratada, herida operatoria sin signos de infección, con una presión arterial de 159/69, siéndole prescrita domperidona, paracetamol, heparina y hemoglucotest.

En lo que respecta a la HEC del día en glosa, la mayoría de las anotaciones son ilegibles, salvo el poder distinguirse “paciente desorientada”.



27) En la HEC de fecha 08 de julio de 2017 se lee “Paciente se retira SNY. De acuerdo a lo conversado con Dr. Inostroza se instalará catéter venoso central para nutrición parental. Se indica Prellenada, pasar a 60 cc/hr, previa conversación con nutricionista de equipo de nutrición”.

En lo que dice relación con los días 09, 10 y parte del día 11 de julio de 2017, las anotaciones de la ficha son ilegibles. Empero, este último día se aprecia “3 día de post operada”, señalándose las patologías de la paciente, además de encontrarse tranquila, hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, distinguiéndose en las indicaciones un reposo relativo, régimen cero, Omeprazol, domperidona, Bic analgésico, y una presión arterial de 129/64.

28) El día 12 de julio de 2017 se aprecian algunas anotaciones legibles, tales como paciente en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, debido a mal control metabólico se solicita IC a endocrinóloga (hecho hoy), siendo la presión arterial de 148/72, con similares indicaciones respecto del día anterior, no obstante constar otras ilegibles.

29) El día 13 de julio de 2017 se aprecia en la HEC una anotación de kinesiólogía. En síntesis, da cuenta que la paciente presentaba una presión arterial de 138/71, conjuntivas pálidas, mucosas deshidratadas, sensación térmica normal, patrón respiratorio costal alto, vía penetración del aire nasal.

Por otra parte, el mismo día se aprecia en la ficha de la paciente que ésta se encuentra en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, con una presión arterial 139/70, mucosas hidratadas, planes oncológicos, endocrinos y de nutrición, además de una serie de indicaciones similares a las señaladas en los números precedentes.

30) El día 14 de julio de 2017 se encuentra una anotación absolutamente ilegible, imposibles de reproducir sin caer en la especulación. Luego, se halla otra que indica que la paciente regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, con una presión arterial 161/82, actualmente en optimización de manejo metabólico (glicémico), con mucosas hidratadas. Además, se aprecian anotaciones de una serie de



exámenes con sus respectivos guarismos, nuevamente indicando planes oncológicos, endocrinos y de nutrición, con las respectivas indicaciones.

Cabe agregar que este mismo día se encuentran anotaciones de endocrinólogo y nutricionistas, pero ilegibles en su mayoría, salvo ciertas siglas con algunos números.

31) Posteriormente, el día 15 de julio de 2017 consta otra anotación de kinesiólogo. En este caso, en resumen, se indica que la paciente está vigil, cooperadora, con una presión arterial de 143/76 y mucosas hidratadas. El resto de las anotaciones de este día son ilegibles.

32) En cuanto a la anotación del día 16 de julio de 2017 se aprecian algunas anotaciones legibles. Una de ellas indica que la paciente refiere dificultad respiratoria, sin tos, sin expectoración, con una referencia a Terapia IV Nutrición Parental.

Por otra parte, también figura una anotación de kinesiólogo en similares términos de las sintetizadas en los números precedente, quien da cuenta de una presión arterial 160/82 y mucosas hidratadas de la paciente.

33) El día 17 de julio de 2017 se aprecia una anotación legible de kinesiólogo que señala una presión arterial de 144/71 de la paciente, además de referir que ésta presentó un episodio de disnea.

Luego, el mismo día, se indica que la paciente se encuentra en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, afebril, con una presión arterial 137/69, reiterándose el episodio de disnea de la paciente, solicitándose Angiotac. En lo restante, dada la caligrafía, solo se puede distinguir, mucosas hidratadas y planes oncológicos, endocrinos y de nutrición, con una serie de indicaciones.

34) El día 18 de julio de 2017 se refiere una paciente hemodinámicamente estable, afebril, con requerimiento de oxígeno, con mucosas rosadas, bien hidratadas, con planes de radiografía de tórax, endocrino metabólico, nutrición, oncológico e infeccioso.

35) Posteriormente, día 19 de julio de 2017 se aprecia otra anotación de kinesiólogo parcialmente legible, que indica que la paciente se encuentra cooperadora, estado de ánimo regular, con una presión arterial de 129/71,



aunque posteriormente, también en anotación de kinesiólogo, la presión arterial anotada fue de 125/54.

36) El día 20 de julio de 2017 consta otra anotación de kinesiólogo en la cual solo puede distinguirse una presión arterial de 161/61, con una paciente cooperadora y ánimo regular.

Seguidamente, se distingue otra anotación que señala que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin apremio ventilatorio, con planes de tórax, nutrición, oncológico e infeccioso, así como una serie de indicaciones.

37) El día 21 de julio de 2017, la ficha clínica vuelve a presentar constantes episodios ilegibles por la caligrafía empleada.

Al respecto, puede apreciarse una anotación que señala, paciente en el día 21 del post operado, estable en su condición, sin vómitos, sin nauseas, sin fiebre, sin afectación hemodinámica, sin mayor apremio respiratorio, con diversas indicaciones.

El mismo día, el kinesiólogo da cuenta de una paciente de buen ánimo y cooperadora, con presión arterial 172/76.

38) El día 23 de julio de 2017 se encuentra una anotación ilegible.

39) El día 24 de julio de 2017 la mayoría de las anotaciones persisten ilegibles. De hecho, no puede distinguirse con claridad el primer guarismo de la presión arterial, siendo el segundo 65, pudiendo leerse que la paciente se encontraba estable, bien hidratada y bien perfundida. Además, en el plan respiratorio se aprecia que existe una radiografía de tórax de control.

En la anotación del kinesiólogo de este día se refiere una paciente de ánimo regular, cooperadora, crépitos bilaterales, tos no productiva y presión arterial 157/80.

40) El día 25 de julio de 2017 la mayoría de las anotaciones siguen siendo ilegibles. No obstante, se puede leer que la paciente se encontraba estable, afebril, hemodinámicamente estable, ventilando, persiste dolor en costado, bien hidratada y perfundida, con una presión arterial 139/82.

Por su parte, el mismo día figura una anotación de psiquiatra ilegible.



En la anotación del kinesiólogo de este día se refiere una paciente de buen ánimo, cooperadora, créptos bilaterales, tos no productiva y presión arterial 171/75.

41) El día 26 de julio de 2017 se anota en la ficha clínica un evento de epistaxis importante, agregando “está hipertensa”.

Seguidamente se aprecia “I/C otorrinolaringóloga”, especialista que señala: El día de hoy hace una crisis de hipertensión y epistaxis anterior. Paciente refiere sangramiento abundante por boca y nariz. Luego agrega: NARIZ, tapón nasal anterior derecho que se retira, se evidencia sangrado en cabeza de cornete inferior derecho y supratum nasal. Se realiza coagulación con nitrato de plata y se deja taponamiento nasal anterior Merocal y subgalato de bismuto. Se sugiere 1) bajar cifras de presión arterial, 2) retiro de taponamiento nasal anterior el día lunes 31 de julio de 2017 en horas de la mañana, nueva interconsulta llevar a poli de otorrino. Firma la doctora Gabriela Siso, otorrinolaringóloga.

Luego, el mismo día, se lee que: “Paciente 23 días post op. Hoy a las 03:00 am inicia epistaxis derecha posterior, elimina coagulo por la boca, sin ser precedida por tos. A las 4 am cambia drenaje izq y se vuelve hemático. A las 7:00 am (...) y sangrado no impresiona origen pulmonar (...) no refiere dolor ni molestias solo preocupada por su sangramiento (...) hemodinamia estable, PA 172/102 (...) sin fiebre, apoyada c/O2 bajo flujo, sin mayor apremio respiratorio. A las 8:30 se retira torula de fosa nasal y se retira taponaje ant. Misma hora cambia Dje derecho a hemático (...) sin mayor quiebre en (...) epistaxis contenida por taponaje ant.

Posteriormente, el mismo día, se lee “a las 9:15 llega OTL realiza nuevo taponaje post revisión, le impresiona epistaxis Ant-post en contexto de hipertensión”, agregando “Epistaxis mantener taponaje, retiro 31/07/17. Hay que realizar nueva IC según Dra. Siso.

Finalmente, el kinesiólogo anota una presión arterial de 159/60.

42) El día 27 de julio de 2017 se anota en la ficha clínica que la paciente se encuentra estable, indicando que con la epistaxis salió contenido hemático por ambos drenajes abdominales, lo que pudiera sugerir que se mantiene aún fistula, añadiendo en los planes que retirará Sep y luego se tramitará Tac.



Por otra parte, también se encuentra una anotación que señala que la paciente se encuentra en mejores condiciones generales, sin dolor y sin necesidad de O₂, sin nuevo episodio de epistaxis, con mucosas hidratadas, agregando el kinesiólogo una presión arterial de 162/75.

43) El día 28 de julio de 2017 se aprecia en la ficha una paciente estable en su condición, sin fiebre ni dolor, con retiro de Sep sin complicaciones,

El día 29 de julio de 2017 no se aprecia anotaciones en la ficha.

44) En cuanto al día 30 de julio de 2017 el kinesiólogo anota que la paciente se encuentra vigil, cooperadora, mucosas bien hidratadas, PA 159/77, lo que se repite en entrada del día 31 de julio del mismo año, en esa ocasión con una presión arterial de 176/83.

45) El día 31 de julio de 2017 se señala en la ficha que la paciente se encuentra en similares condiciones, persistiendo la hipertensión (176/89), afebril, bien hidratada y perfundida. En los planes se menciona que ese día se efectuaría un Tac Pap para posterior evaluación de doctor Gamarra y definición de conducta a seguir. Dentro de los medicamentos prescritos se encuentra el Captopril.

46) El 01 de agosto de 2017, en anotación de Kinesiólogo, la paciente se encuentra cooperadora y de buen ánimo, con una presión arterial de 102/84.

Seguidamente, el mismo día, se aprecia otra anotación que da cuenta de una paciente afebril, bien hidratada y perfundida, con una presión arterial de 102/84, agregándose “No se ha retirado taponaje nasal D° (falta de coordinación con OTL)”. Además, en el rubro relativo a los planes se señala “mañana retiro taponaje”.

47) El día 02 de agosto de 2017 se aprecia lo siguiente: se efectúa nueva interconsulta a Otorrinolaringología la que es realizada por la Dra. GABRIELA SISO GARCÍA, quien constata lo siguiente: “QUE SE RETIRA TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR DERECHO, NO SE EVIDENCIA SANGRADO NASAL, SE EVALÚA QUE LA PACIENTE PERSISTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS 169/100, POR LO CUAL DEBE DERIVARSE CON UN INTERNO PARA QUE MANEJE LAS CIFRAS DE PRESIÓN O PASE INTERCONSULTA A CARDIOLOGÍA O MEDICINA INTERNA PARA EVALUAR MANEJO DE DICHO PACIENTE, YA QUE



SI PERSISTE CON CIFRAS ELEVADAS PUEDE VOLVER A PRESENTAR EPISTAXIS”. Y la misma médico, registra que se agrega a tratamiento Nifedipino SL, y Captopril SOS.

Posteriormente, en anotación del kinesiólogo del día en glosa, se señala que la paciente se encuentra cooperadora, sin manifestar disnea y con una presión 192/80.

Finalmente, también se aprecia otra anotación donde se señala que la paciente se halla afebril, sin dolor, “hoy se retiró taponaje anterior D°”, con una presión arterial 169/80. Además, se exponen los resultados del Tac Pap, indicándose un discreto engrosamiento, un derrame pleural moderado bilateral, leve cantidad de líquido libre a nivel subfrénico V° y líquido libre interasas. En las indicaciones se encuentra el Nifedipino y Captopril, nuevamente este último SOS, además del medicamento Clexane.

48) El día 03 de agosto de 2017, el kinesiólogo señaló que la paciente se encontraba cooperadora y con una presión arterial de 162/76.

Seguidamente, en anotación de “cirugía”, se señaló que la paciente estaba estable, afebril, sin apremio ventilatorio, presentando nauseas en la noche, agregando que fueron revisados los resultados del Tac y Rx, donde impresiona persistencia de fístula de anastomosis, de menor calibre, y líquido libre intra-abdominal y subfrénico, posiblemente ascitis. Además, en cuanto a los planes, se descarta drenaje de líquido intra-abdominal, decidiéndose manejo conservador, aportando albúmina para manejo de ascitis, insistiéndose en las indicaciones con Nifedipino y Captopril, nuevamente este último SOS, además del medicamento Clexane.

49) El día 04 de agosto de 2017, el kinesiólogo señaló que la paciente se encontraba cooperadora y con una presión arterial de 170/76.

Seguidamente, en anotación de “cirugía, se registra una presión arterial de 184/93, y se indica que la paciente se encontraba afebril, persistiendo con hipertensión (no ha recibido Nifedipino aun), sin dolor abdominal ni nauseas, manteniéndose en las indicaciones el Nifedipino y Captopril, este último SOS, además del medicamento Clexane.

El mismo día, a las 17:15 pm, se da cuenta de una presión arterial de 180/90, y se señala, paciente con epistaxis, manejado con taponaje anterior,



con una sigla que dice “IC OTL” y Captopril tachado, anotación efectuada por el médico cirujano Ricardo Hernandez Escobar.

50) La siguiente anotación en la ficha clínica data del día 07 de agosto de 2017. En esta oportunidad y en “cirugía”, se da cuenta que la paciente se halla afebril, hemodinámicamente estable, agregando que el día sábado presentó epistaxis con manejo de taponamiento nasal anterior D°. La presión arterial que consta ese día es 154/115.

En el rubro de los planes, se lee que se realizará prueba de azul de metileno, eventual inicio de antihipertensivo vía oral según resultado. En las indicaciones se mantiene Nifedipino y Captopril, este último SOS, sin mención a Clexane, añadiendo “prueba de azul metileno hoy”.

Luego, el mismo día, el kinesiólogo da cuenta de una paciente cooperadora y con una presión arterial de 158/70.

Finalmente, se encuentra una anotación que señala que se realizó la prueba de azul metileno y se inició terapia de Nifedipino oral para bajar PA, Furosemida, y Captopril SOS, sin mención de Clexane.

51) El día 08 de agosto de 2017, en anotaciones de “cirugía”, se indica que la paciente se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, normotensa, refiere leve molestia abdominal, náuseas y vómitos, con una presión arterial de 124/68.

Luego, en el apartado de los planes, se reitera que el día anterior se efectuó la prueba de azul metileno, comenzando la terapia “AntiHTA” vía oral, con buena respuesta, agregando que se realizaría “Rx EED P informe eventual inicio régimen oral”. Además, en las indicaciones se aprecia el medicamento Nifedipino, mas no el Captopril, pero sí Clexane.

Finalmente, el kinesiólogo señala que la paciente se encuentra cooperadora y con una presión arterial de 183/75.

52) El día 09 de agosto de 2017, en anotaciones de “cirugía”, se indica que la paciente se encuentra afebril, con náuseas y con una presión arterial 150/83.

Luego, en el apartado de los planes se indica “Rx EDD hoy”, agregando “ajuste terapia AntiHTA”. Además, en las indicaciones se aprecia el



medicamento Nifedipino, mas no el Captopril, pero sí Clexane, añadiéndose el medicamento Losartán.

Finalmente, el kinesiólogo señala que la paciente se encuentra cooperadora y con una presión arterial de 157/70.

53) El día 10 de agosto de 2017, en anotaciones de “cirugía”, se indica que la paciente se encuentra estable, afebril, sin náuseas y con una presión arterial 139/92.

Luego, en el rubro de los planes se señala “controlar con nueva Rx EDD lunes y Exs. de control” Además, en las indicaciones no se aprecia referencia al medicamento Nifedipino, Captopril, Clexane y Losartán, no obstante que en número 8 de las indicaciones se indica “resto se mantiene”.

Finalmente, el kinesiólogo señala que la paciente se encuentra cooperadora y con una presión arterial de 141/71.

54) El día 11 de agosto de 2017, en anotaciones de “cirugía”, se indica que la paciente se encuentra en buenas condiciones, hemodinámicamente estable, hipertensa, “ayer se suspendió Nifedipino”, con una presión arterial 156/120.

Luego, en el apartado de los planes, se señala “Rx EDD hoy”, agregando “ajuste terapia AntiHTA”. Además, por una parte, se aprecia la anotación “Nifedipino se administrará molido vía oral con poca agua” y, por otra, en las indicaciones aparece el Nifedipino y Clexane, no apreciándose Captopril ni Losartán.

Posteriormente, en la ficha clínica el kinesiólogo señala que la paciente se encuentra cooperadora y con una presión arterial de 155/62.

Finalmente, se encuentra otra anotación en la ficha al siguiente tenor: “Se habla con la Dra. Walker y Dr. Gamarra y se concluye mantener terapia antihipertensiva oral con agua solo para ingesta de fármacos, suspender ATB”, reiterándose luego la suspensión de ATB, refiriéndose, además, al Nifedipino y al Losartán, y suspensión de Quetapina.

55) El día 12 de agosto de 2017 el kinesiólogo anota en la ficha clínica que la paciente se encuentra cooperadora, vigil, conectada con el entorno, con una presión arterial de 166/72.



56) El día 13 de agosto de 2017 existen dos anotaciones en la ficha clínica. La primera, de difícil legibilidad, señala: “Paciente presenta epistaxis profunda y continúa, que no cede con la compresión externa. Se controla P/A alta 195/67 por lo que se indica Captopril, y se realiza taponamiento anterior”, resto de la cita ilegible. Quien suscribe la anotación antes indicada es el médico cirujano Francisco Parada Díaz.

La segunda entrada en la ficha reza de este modo: “Hoy con epistaxis de difícil control que se maneja con taponamiento anterior con Merocel. Hoy cae en PCR a las 7:48, se inician compresiones en ciclos, luego se comprueba AESP, se continuó con compresiones sin lograr salir PCR. Paciente fallece a las 7:48. Se realiza certificado de defunción”.

57) Posteriormente, se encuentra un documento denominado Epicrisis que conviene transcribir íntegramente: “PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DM2 IR, HTA, PTI. EN ESTUDIO DE ANEMIA SE DIAGNOSTICA CÁNCER GÁSTRICO POR EDA EN MARZO 2017 BIOPSIA INFORMA ADENOCARCINOMA TUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO. EL DIA 03/07/17 SE REALIZA GASTRECTOMIA TOTAL +ESOFAGO YEYEUNO ANASTOMOSIS TT + DISECCION GANGLIONAR. SE DESCRIBE EN EL INTRAOPERATORIO LESION TIPO BORMANN II A NIVEL DE ANGULO APROX 4M MUCOSA PERIFÉRICA DE ASPECTO INFILTRATIVO GLANGIOS DE ASPECTO TUMORAL EN GRUPO 12. TUMOR ADHERIDO A SEGMENTO III DEL HIGADO SE CLASIFICA COMO T4N2MX. INGRESA A UTI EL DIA 3 PARA MANEJO POST OPERATORIO EGRESA EL 7/7/17 POR BUENA CONDICION GENERAL TRASLADO A SALA CON INDICACION DE NUTRICIÓN ENTERAL X SNG, ANTIBIOTICOTERAPIA EMPIRICA, CUIDADOS (CICATRIZ DRENAJES Y SONDA) Y MANEJO GENERAL DE PATOLOGIAS BASE. SIN EMBARGO, DURANTE EPISODIO DE AGITACION Y COMPROMISO DE CONCIENCIA SE AUTORETIRA SONDA POR LO QUE ES NECESARIO INICIAR NUTRICION PARENTERAL TOTAL. DURANTE SU INICIO EN ESTADIA EN SALA.

SEMANA 10/7/17 SE REALIZA TC POR CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SE CONSTATA DERRAME PELURAL



BILATERAL QUE SE PUNCIONA Y SE ESTUDIA CON CIRUGIA DE TORAX COMPATIBLE EXUDADO PREDOMINIO MONONUCLEAR. SE REALIZA TRANSITO QUE INFORMA FISTULAS AUN ACTIVAS CON DEBITO. DM-2 DE DIFICIL MANEJO POR LO QUE ENDOCRINOLOGIA APOYA EN TRATAMIENTO. SE DECIDE ESCALAR EN ATB POR MALA EVOLUCIÓN DE PACIENTE A VANCO+ PIP/TAZO.

SEMANA DEL 17/7/17 SE INSTALA SEP A IZQUIERDA CONTENIDO HEMÁTICO CON MEJORIA DE CLINICA RESPIRATORIA SE DESCARTA TEP X TC. CONTROL CON IMÁGENES SEP IN SITU SIN COMPLICACIONES PACIENTE ESTABLE EN LO CLINICO CON PCR CERCANO A 30, DRENAJES BAJO DEBITO AUN PURULENTOS SE EVALOA CON DR GAMARRA-ESCURIAZA-AVILA SIN INDICACION QUIRURGICA EN ESE MOMENTO. CONTINÚA MANEJO MULTIDICIPLINARIO.

SEMANA 24/7/17 SE SOLICITA APOYO PSIQUIÁTRICO POR SOSPECHA TNO DEL ANIMO, SE TRATA DE RELIZAR VIDEOTORACOSCOPIA PARA RESOLUCION DE DERARAMES PERO SIN CAMA RECEPTORA EN UTI SE DECIDE MANEJO CONSERVADOR. ES EVALUADA POR OIL.

SEMANA DEL 07/8/17 SE REALIZA PRUEBA DE AZUL DE METILENO QUE NO ARROJA COLORACION HASTA 36HRS POST, NUEVO TRANSITO POSITIVO A DERECHA FISTULA DE BAJO DEBITO DRENAJES PURULENTOS AUNQUE MANCHADOS CON TINTE HEMÁTICO SECUNDARIO A EPISTAXIS (CONFIRMADO). SE DECIDE MANEJO ANTIHIPERTENSIVO APOYO ORAL POR DIFICIL MANEJO. ESTABILIDAD EN LABORATORIO, MEJORIA CLINICA SE DECIDE SUSPENSION DE TERAPIA ATB, NUTRICION CONTINUA CON APOYO LEVE AUMENTO DE ALBUMINA POSIBILIDAD DE NUTRICION ENTERAL PROXIMA YA QUE FISTULA PERSISTE DE MUY BAJO DEBITO

EL DIA 12/8/17 PACIENTE PRESENTA NUEVO EPISODIO DE EPISTAXIS SIN COMPORMISO HEMODINÁMICO EVALUA TURNO



REALIZA NUEVO TAPONAJE ANTERIOR. EL DIA 13/8/17 DURANTE MADRUGADA SE LLAMA A RESIDENTES DE TURNO YA QUE PACIENTE CAE EN PARO CARDIO RESPIRATORIO SE INICIA REANIMACION Y MONITORIAZACION CONJUNTA SE CONFIRMA ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO SIN MEJORIA POST A 10MINUTOS DE REANIMACION. SE CONSTATA FALLECIMIENTO DE PACIENTE A LAS 07:48AM”.

58) Finalmente, en la ficha se aprecia una serie de informes denominados RCE, que dan cuenta de diversas anamnesis efectuadas a la paciente en distintas fechas (año 2016 en adelante).

En el marco temporal que se relaciona con autos, se puede apreciar que el día 10 de mayo de 2017 la paciente presentaba una presión arterial de 111/53 con edema discreto no atribuido de causa cardiogénica, con otra anotación, de la misma fecha, que señala “ECG con ritmo sinusal y BCRD”. Además, el mismo día aparece “Dado los factores de riesgo cardiovasculares, se solicita una ecocardiografía de estrés con Dobutamina ejercicio.

Luego, el 17 de mayo de 2017 se señala, entre otros, espirometría normal y “sin contraindicaciones para cirugía del punto de vista broncopulmonar”.

Posteriormente, el día 31 de mayo de 2017 la paciente fue sometida a un ecocardiograma de estrés, el que fue negativo de isquemia, por lo cual tenía un bajo riesgo vascular perioperatorio. El mismo día se aprecia: “Se certifica que tiene bajo riesgo vascular perioperatorio por lo que se indica nuevamente consultar con su cirujano para planificación de cirugía de CA gástrico”.

Finalmente, el 07 de junio de 2017 existen diversas anotaciones, destacando una presión arterial de la paciente de 116/64.

II) Testimonial de los siguientes comparecientes:

a) Doña **Luz Del Rosario Gaete Rodríguez**, quien señaló que conoce a la familia demandante, la cual está compuesta por el esposo de la señora (sic), no recuerda sus nombres ni apellidos, ya que se trataban de hermanos al pertenecer a la misma Iglesia Comunidad Bautista de la comuna de Hualpén, añadiendo que también conoce a Eliana, Janet y a otro hermano, que también



asiste a la iglesia y una hermana delgadita (sic), que es a quien ubica menos, todos de apellidos Guajardo.

Indicó que sabe y le consta que a la señora fallecida, doña Mirta, se le indicó un remedio que se llama mifedypimeo subyácela (sic), que se pone debajo de la lengua, y tenía que ser sólo ese remedio, porque estaba operada del estómago, añadiendo que las hijas fueron a buscar ese medicamento, pero no estaba en ninguna parte ni en el Hospital (en ninguna de las tres farmacias que están dentro del mismo), por lo cual ellas tuvieron que ir a buscarlo a otro lugar, comunicándose con el Hospital Naval y se lo llevaron, porque ahí lo encontraron, adicionando que estaba discontinuado y que no era fácil encontrarlo.

Seguidamente, aseveró que efectivamente existió falta de servicio. Justificó lo anterior porque al ser de la misma congregación, la madre de la testigo estaba hospitalizada al lado de la señora Mirta, oportunidad en la cual veía la negligencia por parte del personal, agregando que la occisa de autos se sentía acalorada y las hijas le compraron un ventilador manual pequeño, pues siempre estaba con la presión alta; ellas pedían auxilio, pero no iban asistirle.

Repreguntada, expresó que cuando le dieron la receta salieron a buscar el remedio de inmediato, consiguiéndolo el mismo día; que la paciente en su estadía en el hospital curso tres episodios de sangramientos nasal, oportunidad en la cual llamaban al otorrino, la Doctora Soza (sic), quien en una ocasión hizo un taponaje y nada más; que no recuerda exactamente la fecha de fallecimiento de la paciente, pero sabe que fue el año 2017; que a la mamá de la testigo la dieron el alta y como a los dos días falleció la señora Mirta, lo que supo a través de las hijas, enterándose que la causa de la muerte había sido un sangramiento nasal o algo así; que en sus visitas al hospital notó que siempre llamaban a la enfermera y no iban e inclusive tuvieron que pedir un pase psiquiátrico para quedarse día y noche, agregando que el galeno que la operó, Doctor Oscar Gamarra, le señaló a la señora Mirta que debía operarla de nuevo, lo que no sucedió, quedando luego a cargo de un becado.

Contrainterrogada, indicó que el nombre de su madre es Clemilda Rosa Rodríguez Villivar; que no tuvo acceso a la ficha clínica de la Sra. Mirta; que la deponente no posee algún título profesional u otro relacionado con el área



de la salud; que los episodios de sangramiento detuvieron momentáneamente, agregando que a veces tenían que sacárselos a los dos días, pero que se los retiraban a los 5 y estaban de mal olor; que sabe que a la señora Mirta una vez le pusieron en la nariz algo que no sabe cómo se llama, de forma de una manguerita (sic), lo que a la paciente le molestaba, porque le costaba respirar.

En relación al cuarto punto de prueba, señaló que es efectivo que se le causaron perjuicios a la familia demandante, pues el esposo (sic) no es el mismo de antes, ya que no ha podido superar la muerte de su esposa (sic), porque eran muy unidos e iban a las reuniones juntos, pero ahora no quiere ir, indicando que no tiene ganas, encontrándose con una depresión terrible. En cuanto a los hijos, la situación es la misma, en especial la hija menor, quien también sufrió una depresión y está con medicamentos, asistida con psiquiatras y psicólogos.

Seguidamente, la testigo explicó que el médico de urgencia de la noche del fallecimiento de la señora Mirta, les indicó unos procedimientos a las enfermeras que estaban de turno, pero no llegaron nunca, desaparecieron todas (sic). Luego, aproximadamente a las 7 de la mañana le vino un paro cardíaco a la paciente (sic), la sacaron de la sala, pero fue muy tarde cuando quisieron prestarle atención, y la hija se sentía culpable porque no sabía qué hacer, solo llorar y llorar (sic).

b) Doña **Sandra Magaly Salazar Medel**, quien respecto del cuarto punto de prueba indicó que conoce a las partes en este juico: a la familia demandante, por un espacio de 5 años a la fecha, por motivos de la Iglesia y en especial a una de las hijas que se llama Eliana Rosas; a la demandada como Hospital Higuera.

Expresó que sabe y le consta, por lo hablado en la Iglesia, que la familia quedó mal por el fallecimiento de la doña Mirta. El viudo retrocedió (sic), empezó a perder la memoria y se bloqueaba (sic); antes era más despierto, una persona normal, pero después se bloquea (sic) y se arrancaba del departamento, porque no podía asimilar el fallecimiento de su señora.

En cuanto a las hijas, explicó que una de ellas hacía turnos en el Hospital para cuidar a su madre, dos se quedaban en el día y dos en la noche,



agregando que la más afectada fue la que se quedó con el turno de la noche y que la familia aún está mal.

Repreguntada, indicó que el estado psicológico del cónyuge es muy malo, ya que se viste mal y se arranca del departamento, comportándose como un niño chico; anda ido (sic), tiene hora para ser atendido con un psiquiatra, no controla esfínter y se hace en la ropa, lo que a la testigo le consta porque cuando se reunieron para ir al culto, tuvieron que llamar a una de sus hijas para que lo fueran a socorrer y a cambiarlo, pues sufre del estómago.

Contrainterrogada, en cuanto a la periodicidad del contacto que tiene con cada uno de los demandantes, señaló que en la Iglesia se ve a lo lejos con la hermana Eliana, porque no pueden ir todos los domingos, por protocolo, teniendo contacto online con otra hermana de pelo cano y alta, de quien no recuerda bien su nombre, porque las confunde, pero vive en Chiguayante, cuando se ven en la feria, los días martes o días sábado; que la señora Mirta fue hospitalizada porque le encontraron un cáncer gástrico.

c) Doña **Julia Del Pilar Vidal Duran**, quien señaló que conoce a las partes de este juicio: a los demandantes, familia Rosas-Guajardo, esto por un espacio de 12 años, porque participan en la misma Iglesia; a la demandada como el Hospital Higuera.

Afirmó que es efectivo y le consta que se ocasionaron perjuicios a la familia, por la partida inesperada de la hermana (sic) Mirta, que falleció en el mes de agosto de 2017. Desde su óbito, continúa, su viudo retrocedió en cuanto a su salud, en su estado emocional y salud física, encontrándose muy descompensado, lo que sabe porque lo ha visto cuando se congregan, oportunidad en que la testigo pregunta por él y los hermanos le responden que no está bien, agregando que antes del fallecimiento de su cónyuge él estaba muy bien de salud, pero que actualmente se encuentra mal emocionalmente, pensando la testigo que debe estar con algún especialista en salud mental.

Respecto de sus hijos, manifestó que han estado muy afectados, porque ellos cuidaron a su madre cuando estuvo hospitalizada y nunca la dejaron sola. Luego, indicó que la señora Mirta fue sometida a una operación muy grande de estómago, encontrándose en recuperación, por lo que no se esperaba que falleciera, adicionando que posteriormente tuvo una hemorragia nasal, lo que



le consta porque su hija Ximena se lo comentaba, y fue ella quien estaba cuando esa mañana falleció la señora Mirta.

Aseveró que no sabe la edad exacta de la Sra. Mirta, pero se veía una mujer joven, con vida (sic). Por su parte, Ximena estuvo con psicólogo y psiquiatra, lo que le consta porque ella se lo dijo.

Contrainterrogada, indicó que el cónyuge de la Sra. Mirta tiene más de 80 años; que, a causa de la pandemia, es variable la periodicidad con la cual tiene contacto con los demandantes, el viudo y los hijos, siendo aproximadamente cada dos meses, pues la deponente vive en Chiguayante y el viudo de la señora Mirta vive el Hualpén.

NOVENO: Que, la parte demandada la siguiente prueba:

I) Documental, sin impugnación ni objeción, consistente en:

a) Documento emanado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, escuela de medicina-otorrinolaringología, denominado “Epistaxis”, elaborado por el Dr. Claudio Callejas Canepa y Dra. Gabriel Faba Camilo, el cual de manera sintética aborda el síndrome denominado Epistaxis, ocupándose de, entre otros aspectos, sus causas y tratamiento. Así en forma sintética reseña que el análisis clínico de la epistaxis debe ser como un síntoma, por ende, se debe buscar su causa o factor desencadenante; junto a esto, indica que la evaluación del paciente debe ser completa tanto para tratar adecuadamente el sangrado local como tratar la etiología.

Indica que, es frecuente encontrar pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante debido a patología cardiovascular, entre otras causas. Esto, obviamente dificulta el tratamiento del sangrado, el cual se hace de mayor cuantía y más difícil de detener.

En el mismo sentido indica que la historia clínica no debe ser omitida por la premura de cortar el sangrado. Además, se debe realizar una historia clara y breve, dirigiendo la anamnesis hacia reconocer si es una epistaxis anterior o posterior, aislada en el tiempo o recurrente, y si existe algún factor desencadenante local o sistémico.

Prosigue indicando que, durante el examen clínico, lo que es todo un continuo entre anamnesis, examen físico y tratamiento, se debe evaluar el estado hemodinámico del paciente y realizar un examen físico completo, con



énfasis en nariz y rinofaringe. El examen nasal realizarlo con anestesia tópica y, de no estar contraindicado, con vasoconstrictor locales. El manejo por especialidad permite el uso de endoscopía rígida o nasofaringoscopia flexible que da mayor información y es fácil de realizar. Puede ser necesario, según la sospecha clínica, análisis de laboratorio para detectar una coagulopatía. Una vez solucionado el sangrado se podrán solicitar los exámenes necesarios para llegar al diagnóstico etiológico definitivo, según sea la sospecha.

Destaca la idea que es importante insistir en la continuidad desde la anamnesis hasta el tratamiento (la evaluación y tratamiento están superpuestos.) y que cuando corresponda es necesario indicar tratamiento para la causa de base o apoyo médico para disminuir el sangrado (como el uso de plasma, plaquetas, factores de coagulación, crioprecipitado, etc).

b) Artículo de actualización denominado “Epistaxis, sobre consideraciones generales y manejo clínico”, emanado de Marcela Hernández V, Carlos Hernández A, Juan Pedro Bergeret V.

Este artículo presenta clasificación de la epistaxis, explicando algunos procedimientos para solucionar el problema, destacando la idea de que se trata de un signo y no de una enfermedad, de manera tal, que obliga siempre a investigar la enfermedad o causa que la produce. Agrega que en la mayoría de los casos es en escasa cuantía y de resolución espontánea, pero en ocasiones, estos episodios pueden alcanzar mayor gravedad poniendo en riesgo la vida del paciente.

c) Documento denominado “Protocolo diagnóstico y terapéutico de la epistaxis”, emanado de F.J. Gamboa, C. Charles y T. Rivera, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Este documento se centra en el tipo anterior y posterior de la Epistaxis, así como de su tratamiento extra e intrahospitalario y, en este último caso, señalando un flujo procedimental según diversos parámetros.

d) Documento denominado “Procedimiento de referencia y contrareferencia en otorrinolaringología protocolo: epistaxis” del Servicio de Salud Araucanía Sur.



En resumen, este documento señala una serie de actuaciones médicas ante el suceso de una Epistaxis, indicando cómo llevar a cabo el taponamiento (tanto anterior como posterior), así como los criterios de derivación a urgencia o al especialista otorrinolaringólogo, finalizando con un flujo de actuación respecto de esta condición.

Resalta como idea central que, para hacer un diagnóstico es fundamental la anamnesis, vale decir, tener en cuenta antecedente de otras patologías, como Hipertensión Arterial, Patologías de la Coagulación, antecedente de traumatismos recientes, uso de medicamentos, con efecto anticoagulante. Es importante determinar la cuantía del sangrado, y la repercusión de éste en el estado general del paciente. Agrega que, a veces es muy difícil determinar el punto sangrante, si bien el 90% de las Epistaxis se originan en la llamada área de Kiesselbach, que es el tercio anteroinferior del Septum nasal, aquellas que proceden de la porción posterior y de la superior de las fosas nasales son por regla general graves

En lo referente al Diagnóstico Diferencial, indica que se deben considerar hemorragias que no se originan en las fosas nasales, pero que se exteriorizan a través de ellas, como tumores rinofaríngeos, laríngeos, hemorragias pulmonares, varices esofágicas sangrantes, lesiones vasculares en la región cerebral.

Asimismo, hace alusión al manejo de una epistaxis, e indica:

1. Anamnesis completa.

- 2.- Examen físico integral que incorpore examen general, y segmentario con énfasis en la zona de la nariz, y cavidad oral, donde se observará una hemorragia proveniente de una o ambas fosas nasales y/o una hemorragia retronasal que se puede observar a través de la cavidad oral. Valorar la importancia de la hemorragia, evaluando el estado general del paciente (pulso, presión arterial coloración de piel y mucosas). Considerar como Epistaxis Masiva a aquella con compromiso hemodinámico, la que requiere derivación inmediata a Urgencia Hospitalaria.

3. Se debe realizar una rinoscopía anterior para intentar observar el origen de la hemorragia que en la mayoría de los casos es anterior y es posible ver el punto sangrante.



4. Aproximar una hipótesis respecto del tipo de epistaxis, clasificándola en anterior o posterior.

5. En caso de epistaxis activa, detener la hemorragia mediante un taponamiento nasal, aunque no quede claro el origen. Se debe realizar un taponamiento nasal anterior. Si con esto no cede la hemorragia se debe realizar taponamiento posterior.

6. Siempre se deben controlar otros factores como patología concomitante: crisis hipertensiva, trastornos de la coagulación sanguínea, y suspender medicamentos prohemorrágicos (aspirina, anticoagulante oral, heparinicos, antiinflamatorios, corticoides, inhaladores nasales, etc).

7. Realizar exámenes de laboratorio (hemograma, pruebas de coagulación, tiempo de sangría, bioquímico, pruebas hepáticas). Siempre tratar sus patologías asociadas

A folio 60 acompañó ficha médica N°99-132 en formato digital, mediante Oficio N°6017, el que da cuenta de las atenciones percibidas por doña Mirta Guajardo desde el año 1999 al 13 de agosto de 2017. En lo atinente a este fallo se estará al desglose y referencia de la ficha clínica realizado en el considerando octavo.

Conjuntamente, con el documento aludido, se acompaña registro cronológico de las atenciones de la paciente desde septiembre del año 2011 al 10 de agosto de 2017, documento que en lo principal reviste información sintética que clasifica la atención en ambulatoria, urgencia y hospitalización, unidad local, especialidad y profesional.

II) Testimonial de los siguientes comparecientes:

a) Don **Oscar César Gamarra Chamorro**, quien señaló que, en su calidad de médico del Hospital La Higuera, le tocó participar en la atención de la señora Mirta Guajardo Cárdenas en parte de la patología por la que estaba hospitalizada, añadiendo que la paciente era portadora de un cáncer gástrico avanzado, con hemorragia que le provocaba anemia severa, por lo que al deponente le correspondió operarla.

En cuanto al primer punto de prueba, señaló que la señora Mirta fue hospitalizada a principios de junio de 2017 para ser operada de un cáncer gástrico complicado, agregando, por una parte, que la paciente era portadora



de varias comorbilidades, entre ellas diabetes, hipertensión y arterial avanzada, 75 años y, por otra, que el 03 de julio de 2017 fue sometida a una extirpación completa del estómago, con un segmento de hígado, y extirpación de los ganglios linfáticos tumorales o eventualmente tumorales.

Seguidamente, indicó que al comienzo la paciente evolucionó en buenas condiciones generales, presentando el día 9 o 10 problemas propios de esta patología, que fueron tratados en forma conservadora y médica.

Luego, prosigue, la paciente, desde el punto de vista de su cirugía gástrica, evolucionó bien, presentando a fines del mes de julio, durante su hospitalización, sangrado nasal, cuyo manejo fue realizado por otorrino y médico de la sala de la paciente, adicionando que los primeros días la señora Mirta fue atendida en unidades de cuidado intermedio y después en sala de atención preferencial en el servicio de cirugía, a cargo de médicos especialistas.

Repreguntado, respondió que la paciente presentaba los síntomas propios de un cáncer gástrico avanzado, siendo importante el hecho de que tenía el antecedente de haber padecido hemorragia digestiva alta a comienzo del año 2017, secundario al cáncer gástrico que le aquejaba.

Ahondando sobre la hemorragia digestiva alta, explicó que los cánceres gástricos tienden a sangrar por necrosis o muerte del tejido tumoral, lo que provoca sangrado propiamente tal, tanto del tumor como de los vasos que irrigan al mismo, pero, además, los tumores, en general, favorecen por distintos mecanismos el alterar la cascada de la coagulación, ya sea trombosis o hemorragia o sangrado, añadiendo que dentro de las complicaciones de los cánceres gástricos se encuentra la hemorragia, la obstrucción o la perforación, siendo más corriente la primera de las mencionadas, ya sea aguda o crónica.

Seguidamente, contestó que recuerda que la paciente presentaba el antecedente de hipertensión arterial, diabetes y anemia en tratamiento; que cualquier paciente con los antecedentes mencionados aumenta las probabilidades de complicaciones postoperatorias, tanto quirúrgicas como médicas, tales como el aumento de posibilidades de trombosis, dificultades respiratorias, anemia o insuficiencia renal; que, no siendo su especialidad la hematología, sí puede decir que la hipertensión y la diabetes de la paciente



pueden alterar los vasos sanguíneos, provocando trastornos que pueden favorecer la mantención de un sangrado o, por el contrario, favorecer la trombosis, aunque en sí el cáncer es un factor que altera los trastornos de coagulación.

Respecto del cáncer de la paciente, señaló que lamentablemente era avanzado y comprometía toda la pared gástrica, con compromiso de los tejidos vecinos y presentaba, además, metástasis tumorales en una cantidad de los ganglios resecados, indicando que la cosecha ganglionar de la paciente fue más que suficiente para afirmar lo anterior, según consta en el resultado de la biopsia de la pieza operatoria.

Luego, respondió que, en términos generales, los cánceres pueden favorecer la trombosis o la formación de coágulos y, por otro lado, paradójicamente, también pueden favorecer hemorragias por la producción de sustancias que alteran la cascada de la coagulación, agregando que entiende que la paciente fue politransfundida, situación que sí puede tener impacto en la coagulación.

Ulteriormente, contestó que recuerda que la paciente presentó sangrado nasal, que fue manejado por los médicos de la sala a cargo de la señora Mirta con interconsulta, además de atención por el especialista otorrino, con taponamiento nasal y manejo médico de sus alzas tensionales, lo que sabe por dichos de los médicos de sala; que, sin ser especialista en el tema, en el manejo de la epistaxis anterior lo principal es realizar un taponaje comprensivo de la fosa nasal sangrante y tratar las patologías que se puedan asociar a ese sangrado y que puedan favorecerlo; que, sin estar en el manejo directo de la paciente (por encontrarse en una sala preferencial en aquella época), afirma que todos los médicos clínicos deben estar preparados para un taponamiento nasal anterior, que es diferente a uno posterior, con los medios que tengan a mano, insistiendo en que le tocó estar en el sangrado nasal de la paciente.

Contrainterrogado, indicó que si bien es cierto que no estuvo en la atención final de la señora Mirta, desconoce lo que se mencionó como causa de muerte en el certificado de defunción, pero según lo que aparece en la ficha clínica, aparentemente se trató de una hemorragia nasal; que dado que no



estaba en el tratamiento directo de la paciente por estar ella en una sala preferencial a cargo de otros colegas, puede mencionar que por lo menos tres episodios de sangrado nasal afectaron a la señora Mirta, lo que no es una cifra cierta.

En cuanto a los factores médicos concomitantes que implican la necesidad de aumentar las precauciones o de abordarlas en forma meramente conservadoras, señaló que en el caso de los pacientes de la gravedad de la señora Mirta, lo que se hace es un control estricto con exámenes casi a diario que tabulan hemograma, factores de coagulación, recuento de plaquetas, recuento de glóbulos rojos, función renal y, en virtud de esos hallazgos, se hacen las correcciones, agregando que, en general, en un paciente sin patología o en un paciente sin una cirugía tan extensa como la de la señora Guajardo, no se realizan estas mediciones en forma tan habitual, pero sí en el caso de la paciente de autos, lo que se puede certificar con el control de los exámenes realizados a la paciente en el Hospital Las Higueras.

Ulteriormente, respecto de los medios de control de la epistaxis de la señora Mirta Guajardo, respondió que, en términos generales, ya que el testigo estaba en sala preferencial a cargo de otros colegas, la paciente estaba con taponamiento nasal, control por otorrino y manejo de las cifras tensionales por medicamentos para ella; que desconoce el número exacto de controles o consultas realizadas directamente por el otorrino; que desconoce si ordenaron interconsultas al Servicio de Cardiología del Hospital las Higueras y si estas fueron cumplidas o no; y que, dada su especialidad, desconoce los otros medios de tratamiento del sangrado nasal.

En el resto de los puntos de prueba se remitió a lo ya declarado.

b) Don **Álvaro Fernando Valenzuela Guajardo**, quien indicó que no participó personalmente en la atención de la paciente Mirta Guajardo, no obstante haber leído la ficha médica completa y tener conocimiento del caso, solicitud que se le hizo en su calidad de especialista en otorrinolaringología con 22 años de experiencia en Chile y en extranjero.

En cuanto al primer punto de prueba, señaló que dado los antecedentes que tuvo en su poder (un resumen de los hechos y la conversación con la doctora Siso, quien sí participó en el evento), no le parece que exista un ilícito,



pues lo que hubo fue una paciente conocida por ellos, que tenía una salud frágil, una adulta mayor con muchas patologías, que con cualquiera de sus enfermedades o cualquiera otra que se le sume puede desencadenar un resultado grave o muy grave o incluso fatal, agregando, por una parte, que ante cualquier evento estos pacientes frágiles tienden a complicaciones inesperadas y, por otra, que la señora Guajardo portaba una enfermedad conocida como púrpura idiositopénico idiopático, que es una condición de la sangre con las plaquetas disminuidas en número y función, condición que por sí sola hace mucho más grave el sangramiento.

Ahondando en su relato, explicó que la paciente fue sometida a una cirugía mayor, siendo la complicación más común el tromboembolismo pulmonar, condición extremadamente grave, donde la mayor parte de las veces es mortal en pacientes como la de autos, por lo cual debe recibir tratamiento anticoagulante preventivo, agregando que aquello no es una opción, pues tiene que hacerse.

Dado lo anterior, prosigue, se encuentra en la paciente la tormenta perfecta (sic), ya que ella es adulto mayor y portadora de múltiples patologías, todas las cuales producen daño en las arterias y venas, más un daño hepático crónico, que disminuye los factores de coagulación, sumado a una condición propia de sus células que coagulan plaquetas, más un tratamiento anticoagulante, lo que hace que las probabilidades de tener sangramiento en cualquier lugar sea mayor y la cuantía de la hemorragia sea severa e incluso mortal, por lo que se haya hecho lo que se haya hecho probablemente se tendría el mismo desenlace.

Repreguntado, respondió que la paciente, al momento de su internación en el Hospital Las Higueras, ingresó por un sangrado digestivo, cuyo diagnóstico final fue un cáncer gástrico, lo que no puede ser intervenido o solucionado de inmediato, porque debe ser compensada de sus patologías crónicas previas para que soporte la cirugía.

Respecto de este cáncer, prosigue, indicó que tiene efecto en la coagulación y por varios factores. Primero, todos los cánceres producen muchas sustancias que afectan otros sistemas y otros órganos (los que conocemos como síndromes paraneoplásicos y que ocasionalmente pueden ser



la única manifestación del cáncer, siendo uno de ellos los síndromes hemorragíparos). Segundo, la paciente ingresa por un cáncer gástrico que está sangrando, por lo que ya tiene una importante pérdida base de sangre y de los elementos de coagulación en la sangre.

En cuanto a las medidas adoptadas por establecimiento ante el cuadro de sangramiento y el equilibrio hipovolémico, señaló que lo que se hizo y se hace en todas partes, es que se transfundió a la paciente, lo se efectuó en varias oportunidades durante su estadía en el establecimiento, agregando que no se puede llegar y transfundir, pues aquel procedimiento se usa como recurso de último nivel, ya que conlleva riesgos y, por tanto, se realiza hasta que la paciente consigue un nivel de hemoglobina en sangre que se considere seguro, no normal, poco más de la mitad nada más, insistiendo en que la señora Guajardo era frágil y todo lo que se hace en esos casos debe ser muy seguro, muy bien pensado, porque las transfusiones son procedimientos de alto riesgo.

Luego, afirmó que la paciente sufrió tres episodios de epistaxis. El primero fue visto por especialista otorrinolaringólogo y, por la descripción que se le hace (sic) y el lugar de las lesiones, el testigo la define como una epistaxis anterior, mismo parecer que tuvo la tratante, aplicándose el tratamiento adecuado, o sea, un taponaje anterior con un producto de última tecnología que otorga buen control del sangrado, añadiendo comodidad y seguridad para la paciente, siendo prueba de lo anterior que una vez puesto el taponaje, la señora Guajardo deja de sangrar, lo que descarta cualquier otro origen de la epistaxis, adicionando que si se hubiese tratado de una epistaxis posterior, el taponaje no habría servido para detener el sangrado y éste habría persistido.

Seguidamente, señaló que por la patología previa de la paciente, su hipertensión, y por el estrés que genera la hemorragia, puede sufrir, y así ocurrió, una alza de su presión arterial, por lo que en ese momento recibió tratamiento antihipertensivo con un vasodilatador y un diurético, además de un Captopril, un medicamento para bajar la presión, con buena respuesta; que el medicamento Nifedipino y Furosemida son usados para el control de la presión arterial, son antihipertensivos; que dichos medicamentos le fueron



suministrados a la paciente y fueron indicados dado que las cifras tensionales, presión arterial de la paciente, estaban ligeramente altas.

En relación con esto último, esto es, si una presión arterial alta puede tener relación con una epistaxis, respondió que eso una de esas cosas que en medicina quedan de años y es como de sabiduría popular, pero la ciencia médica actualmente no ha logrado establecer una relación directa entre las cifras de presión arterial y la epistaxis. Lo que sí está claro, continúa, es que sufrir una hipertensión arterial daña de manera irreversible el sistema circulatorio de la persona que la padece, y que es ese el factor que asocia la hipertensión arterial con la epistaxis, esto es, hay daño en la pared de la arteria que ha tenido que soportar la presión alta por mucho tiempo y eso es lo que la rompe.

Ahondando en lo anterior, señaló que aquello ocurre ocasionalmente en la nariz, dado que las arterias y las venas son superficiales y expuestas al medio externo como ninguna otra. Así, teniendo en cuenta que la crisis hipertensiva produjera per se epistaxis, y considerando que en Chile el 25% de la población es hipertensa, la cantidad de pacientes que sangrarían por la nariz es enorme, lo que no ocurre. Es más, en Chile, la gente no quiere que se les cautericen o taponee la fosa nasal sangrante por un segundo mito, que consiste en que si se cierra la epistaxis, cierra la válvula de escape y luego van a sangrar por el cerebro.

En lo que guarda relación con la función que cumple el nitrato de plata, la prueba de azul de etileno, Merocel y subgalato de bismuto, señaló que en el momento que se evalúa a un paciente con epistaxis, si se tiene la posibilidad de encontrar el lugar de dónde sangra, que no siempre es así, se puede cauterizar el vaso sangrante y eso se hace con el producto químico que se llama nitrato de plata, que produce una fibrosis del vaso y evita que siga sangrando. En cuanto al Merocel, respondió que es un producto que vino a reemplazar los tapones que hacían antiguamente con gasa y algodón, que detenían el sangramiento, pero eran extremadamente molestos para el paciente y podían generar otras heridas en la nariz, por lo que ha sido hace un tiempo reemplazado por este taponaje anterior que viene prefabricado, y que consiste en una lámina delgada que al contacto con el suero, el agua o la misma sangre



del paciente, expande su tamaño varias veces dentro de la fosa nasal, lo que hace que sea mucho más fácil y de menor riesgo introducirlo y que cumpla de manera eficiente la detención del sangrado. En cuanto al subgalato de bismuto, manifestó que es un metal pesado que se pone por afuera al Merocel, y que tiene por objetivo estimular los factores de la coagulación para ayudar a detener la hemorragia y, además, evita la colonización bacteriana para que el taponaje no se infecte, medicamentos y procedimientos que fueron aplicados a doña Mirta en cada uno de los eventos de la paciente, añadiendo que el taponamiento con Merocel puede ser practicado por un médico cirujano sin ninguna especialidad y que, en su opinión, el tratamiento y los medicamentos aplicado a doña Mirta fueron los apropiados para tratar una epistaxis como la que ella presentaba.

Contrainterrogado, contestó que la paciente fue evaluada por especialistas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Las Higueras en cuatro oportunidades, dos veces para poner el taponaje y dos veces para retirar el taponaje; que el día 26 de junio de 2017 la paciente presentó un evento de epistaxis, catalogado por la doctora que lo vio como una epistaxis anterior, quien aplicó el tratamiento de rigor, taponaje anterior con Merocel, con lo que la hemorragia se detuvo.

Ahondando en lo anterior, afirmó que a la doctora Siso, dado el antecedente de la hipertensión de la paciente, le pareció que la paciente tenía las cifras tensionales un poco más elevadas de lo normal, sugiriendo un control de aquello, cuestión que se hizo, dejando tratamiento y medicamento de rescate en caso de crisis, con los que se controló, adicionando que por la edad de la paciente y la hipertensión previa, no es aconsejable bajar de manera muy brusca o a cifras tensionales muy bajas, dado el compromiso del flujo sanguíneo en otros órganos sensibles de la anatomía humana, en especial, el sistema nervioso central y el cerebro, que puede verse severamente afectado, además del cuidado que merecen los riñones, dado que la paciente ya había presentado una insuficiencia renal de la que había salido (sic).

Seguidamente, expuso que la impresión diagnóstica de la doctora Siso en la atención del 02 de agosto del año 2017 fue la misma, dado que volvió a realizar un taponaje, nuevamente con buen resultado. Este segundo episodio



de epistaxis prosigue, pone de manifiesto el primer concepto del testigo, esto es, que se está en presencia de una paciente frágil y que el control de su sangrado y sus patologías de base se hace más complejo.

En cuanto a la impresión que constató la doctora Siso el 02 de agosto de 2017 con respecto al control del cuadro hipertensivo de la paciente, el testigo señaló que, tal cual como en la evolución anterior, hizo notar su preocupación por las cifras de presión arterial de la paciente que, aunque estando un poco más altas de lo normal, en ningún caso son la causa de la epistaxis, pues en esta segunda oportunidad a la paciente se le agrega para el control de su hipertensión un medicamento endovenosos llamado Furosemida, manteniéndose el indicado anteriormente, así como el Captopril en caso de crisis de mayor cuantía.

Luego, expresó que lo que hizo doctora Siso el 02 de agosto de 2017 fue una sugerencia de evaluación de medicina interna o cardiología, dado que la paciente está hospitalizada en un servicio clínico donde todos los médicos tienen la formación y capacidad para manejar una hipertensión arterial, dado que es una patología muy frecuente y con conductas que están claras y establecidas, agregando que no le parece que la doctora Siso haya la interconsulta (sic), pues, de ser así, tendría que haber hecho una interconsulta formal, insistiendo en que más bien parece una sugerencia de manejo, no un imperativo.

Ulteriormente, señaló se administró Nifedipino a la paciente, primero molido por sonda desde su primera epistaxis, y luego oral durante todo el resto de su estadía; que la expresión de la ficha clínica del 04 de agosto “no ha recibido nifenidino aún”, puede deberse a un retraso del despacho en farmacia o alguna otra de estas situaciones que suelen producirse, de las que el testigo no tiene certeza, aunque son medicamentos de acción prolongada que dan una flexibilidad de horario.

Luego, respondió que el día 04 de agosto ocurrió el segundo episodio de epistaxis y tiene entendido que sí se solicitó y si se llevó a cabo, porque se le puso otro taponaje que fue nuevamente muy efectivo.

En cuanto al caso de falla de un taponaje anterior efectuado con Merocel, y si existen otras técnicas médicas que permitan el control de una



epistaxis, respondió que en el último episodio lamentablemente el resultado fue fatal para la paciente. Dado que los dos episodios previos habían tenido una buena respuesta con taponaje anterior, prosigue, se insistió con aquel procedimiento, como corresponde, agregando la indicación de un medicamento procoagulante llamado Espercil, indicando que, en la mayoría de estos casos, cuando los eventos son severos como este último episodio, ayuda a detener la hemorragia, como ocurrió. De tal manera que, hasta ese momento, no era necesario plantear ninguna otra acción terapéutica. Lamentablemente, a las pocas horas de este evento, la paciente realizó un paro cardiorrespiratorio que, a pesar de las maniobras de resucitación cardiopulmonar, no fue posible revertir, resultando fallecido, señalando que en este caso cualquier otra medida terapéutica adicional habría sido temeraria y no basada en el cuadro clínico de ese momento.

En cuanto al tercer punto de prueba, respondió que, según su opinión técnica, no le parece que la muerte de la señora Guajardo sea imputable a la demandada. A su turno, respecto del cuarto punto de prueba, manifestó no hubo falta de servicio, según su parecer técnico. Finalmente, en el caso del quinto punto de prueba, se remitió a lo declarado,

c) Doña **Gabriela Siso**, quién respecto del primer punto de prueba, señaló que conoce a ambas partes de este juicio, ya que su calidad de médico otorrinolaringóloga tiene conocimiento del resumen de la fecha clínica que le fue presentada por el caso de la señora Mirta Guajardo, una paciente de la tercera edad, 72 años (sic).

Al respecto, indicó que, si mal no recuerda, la paciente ingresó en el mes marzo de 2017 al Hospital las Higueras, con un cuadro de hemorragia gástrica. Posteriormente, este episodio fue controlado por los servicios pertinentes, siéndole diagnosticado a la paciente un cáncer gástrico, ordenándose su estabilización de sus patologías crónicas o mejorar su calidad, para llevarla en las mejores condiciones clínicas a la cirugía que le realizaron ulteriormente.

Expuso que posterior a la cirugía, la testigo efectuó una atención o prestación como interconsultante por el servicio de otorrinolaringología, debido a un cuadro de epistaxis nasal anterior, donde el procedimiento que



realizó a la paciente consistió en verificar, según lo que está escrito en la ficha, el sitio del sangrado nasal anterior, a nivel de la cabeza del cornete inferior derecho y septum nasal, ante lo cual la deponente procedió a cauterizar con una sustancia química llamada nitrato de plata, colocando un taponamiento nasal anterior con Merocel y subgalato de bismuto.

Luego de esa atención, prosigue, la paciente cedió ante el cuadro de epistaxis de forma inmediata, siendo citada a la semana subsiguiente para el retiro del taponamiento, oportunidad en que la paciente es evaluada y se le retira el mismo, no evidenciando signos de epistaxis, añadiendo que tiene conocimiento que la paciente había presentado algunas cifras de tensión arterial elevada, por lo cual hizo la sugerencia al servicio tratante de manejo de las mismas, bien sea por el propio servicio o a través de una interconsulta del servicio de medicina interna o cardiología.

Expresó que la señora Guajardo, según la ficha clínica, evolucionó de forma que no era la más adecuada, pues tenía diabetes, trastornos de coagulación y daño hepático, por lo que era una paciente frágil, debido a sus múltiples patologías, lo cual es asociado a una cirugía de alta complejidad como la gastrectomía, adicionando que también tenía compromiso pulmonar derivado de su mismo cuadro.

Seguidamente, la testigo expresó que entiende que la paciente posteriormente presentó un nuevo cuadro de epistaxis anterior, el cual fue manejado por el servicio tratante, con taponamiento nasal anterior y colocación de agentes hemostáticos como Espercil, agregando que también sabe que se manejaron las cifras tensionales o de presión arterial de forma segura con medicamento y, posterior a esto, horas después, la paciente hizo un paro cardiorrespiratorio, donde se efectúan maniobras de reanimación que no llevaron a buen término, falleciendo después de ese evento.

Repreguntada, contestó que sabe las implicancias del cáncer que sufría la paciente en los procesos de coagulación, donde existen varios factores que se pueden reproducir ante un cáncer, ya que se generan sustancias químicas que pueden afectar directamente la coagulación, provocando hemorragias de distintos tipos y en distintos órganos, así como daños a las paredes de los vasos sanguíneos.



En cuanto al sangramiento de la paciente, la testigo afirmó que se trató de un sangramiento nasal anterior, porque el sangrado lo logró visualizar, pudiendo cauterizarlo, colocando un taponamiento anterior con el cual cedió la epistaxis, agregando que el servicio tratante administró los medicamentos, no la testigo personalmente, siendo dichas drogas antihipertensivos para el manejo de la hipertensión arterial, indicando que el Espercil es un medicamento que se usa como procoagulante ante las hemorragias, y que el Nifedipino es un medicamento antihipertensivo ampliamente conocido para el manejo de la hipertensión arterial y para bajar las cifras tensionales elevadas.

Seguidamente, expuso que el Merocel es un elemento fabricado que se utiliza para colocarlos en las fosas nasales, como un agente para hacer hemostasia local por compresión, ya que, al estar en contacto con suero fisiológico, fluidos o sangre, aumenta su tamaño varias veces, presentando ventaja por encima de los tapones de algodón utilizados como antiguamente, ya que éstos causaban micro traumas a la fosa nasal en el momento de su colocación o extracción.

En cuanto a la indicación de la testigo de fecha 2 de agosto de 2017, cuando examina a la paciente, respondió que si bien es cierto que la crisis hipertensiva no tiene relación directa con la epistaxis, la patología de la hipertensión arterial crónica conlleva a un daño del endotelio vascular, volviendo la paredes de los vasos rígidos más frágiles, con mayor capacidad de volverse vulnerables o romperse, por lo que se hace la sugerencia de manejo de las cifras elevadas tensionales por el propio servicio tratante o, en su defecto, por los servicios antes mencionados, medicina interna o cardiología, agregando que es una sugerencia no una imposición y, por otra parte, que cuando leyó la ficha notó que se agregaron medicamentos antihipertensivos adicionales para el manejo de la hipertensión arterial, controlando de manera efectivas estas cifras.

Luego, en cuanto a la epistaxis del 13 de agosto de 2017 que sufre doña Mirta, señaló que, según leyó en la ficha clínica, se hizo un control efectivo de la misma, adicionando que todos los médicos pueden aplicar un taponamiento con Merocel, y que la paciente tenía una de edad avanzada, con patologías crónicas como diabetes, hipertensión, dislipidemia, daño hepático crónico,



cáncer gástrico, complicaciones pulmonares, la cual la hace una paciente frágil, falleciendo por un paro cardiorespiratorio.

Contrainterrogada, respondió que desconoce la causa del fallo cardiorespiratorio que causó el fallecimiento de la paciente, ya que no estuvo en forma directa en la atención de la misma, añadiendo, por una parte, que un shock hipovolémico consiste en una pérdida aguda de los elementos formes de la sangre, por distintas causas y, por otra, que no tiene conocimiento que en el caso de la paciente haya ocurrido el referido shock, pues, según lo que aparece en la ficha clínica, lo que ocurrió fue una epistaxis nasal anterior, controlada en su momento, indicando que si se acude a la literatura mundial, obviamente si a un paciente no se le controla un cuadro de epistaxis puede derivar en un shock hipovolémico, aunque si se refiere a la pérdida aguda de sangre que no haya sido manejada, en el caso de la señora Mirta Gajardo, entiende que se hizo el manejo adecuado para el sangrado en ese momento.

Posteriormente, afirmó que existen métodos para controlar un shock hipovolémico, como son las sustancias expansoras de volumen, como soluciones coloides, reposición de los distintos elementos formes de la sangre y sus hemoderivados, adicionando que la testigo, directamente, no hizo la indicación de medicamentos antihipertensivos, sino una sugerencia del medicamento al servicio tratante, en su calidad de interconsultante durante su atención médica, no recordando fecha exacta del retiro del taponamiento, pero sabiendo que se colocaron tres medicamentos antihipertensivos, el Nifedipino, la Furosemida y Captopril.

En cuanto a la anotación de fecha 4 de agosto del año 2017, donde se señala que la paciente no ha recibido Nifedipino aún, la testigo señala que ella no hizo ese comentario, agregando que, si un medicamento no ha sido recibido en un momento, puede deberse a un retraso en la entrega, pero en el hospital se cumple rigurosamente el tratamiento de los pacientes.

Ulteriormente, señaló desconocer si el paro cardiorespiratorio fue de aquellos denominados por actividad eléctrica sin pulso; que el manejo de la epistaxis nasal anterior es primero con compresión local y, posteriormente, el taponamiento nasal anterior o sustancias químicas como nitrato de plata y subgalato de bismuto, añadiendo que si se habla en relación a la literatura



mundial, que no es el caso de la paciente de autos, sí existen otras técnicas en el caso de falla de un taponamiento posterior, las que requieren mayor complejidad, de manos experimentadas que la apliquen y que son de alto riesgo para el paciente que lo necesite, insistiendo en que si se hace referencia a la señora Mirta, tenía una epistaxis nasal anterior que controló la hemorragia con un taponamiento.

Finalmente, a los puntos dos, tres y cinco se remitió a lo señalado en el punto primero.

d) Don **Hernán Eugenio Díaz Bugueño**, quien señaló que no participó personalmente en la atención de la paciente Mirta Guajardo, pero que como jefe de la Unidad de Calidad del Hospital, tomó conocimiento de varios aspectos, entre otros, del análisis de causas judicializadas.

Respecto del primer punto de prueba, señaló que en su calidad de técnico no reconoce un ilícito en autos, pues se trata de una atención prolongada a una paciente altamente compleja, de 76 años (sic), que ingresó por un cáncer de estómago avanzado y sangrante, que requirió poco tiempo después cirugía para su extirpación total, agregando que la paciente era portadora de varias otras patologías como hipertensión, diabetes, daño en el hígado y una enfermedad de la coagulación.

Indicó que el cáncer que se intervino a la paciente se encontraba en un estado avanzado, por lo que se requirió una gran cirugía, enfrentando la paciente un postoperatorio complejo, manifestando complicaciones y, tras varios días de evolución, tuvo un sangramiento nasal en un contexto extremadamente difícil, dado que la paciente presentó una fistula en el área intervenida, lo cual significó un gran gasto energético e inmunológico.

Todo esto motivó, prosigue, una enorme preocupación y cuidado de todo el personal de las áreas quirúrgicas del paciente crítico, tratando de entregar todos los esfuerzos necesarios para sacarla adelante, lo cual desafortunadamente no ocurrió, falleciendo la paciente de una falla multiorgánica derivada de lo que enfrentó.

Repreguntado, respondió que no le constan las fechas de las atenciones con exactitud, agregando que entiende que la primera hospitalización fue en



marzo de 2017, siendo intervenida en julio, falleciendo los primeros días de agosto del mismo año.

Respecto de la epistaxis, aseveró que la paciente presentó episodios de dicha condición, al parecer (sic) a contar del 25 de julio en adelante y en 3 oportunidades, correspondiendo a epistaxis anteriores, lo que fue diagnosticado por el médico otorrino y médicos de turno, realizando lo que se llama taponaje anterior para limitar el sangramiento, adicionando que la paciente fue vista por dos otorrinos, el doctor Hormazábal en una oportunidad, y la doctora Siso en otras dos, coincidiendo ambos en que era epistaxis anterior y en la misma terapia, el taponaje anterior.

Luego, relató que la paciente ingresó primariamente con una hemorragia disruptiva alta, es decir, vómitos con sangre, lo cual se debía a un crecimiento de un tumor en el estómago, por lo que requirió, posteriormente, la extirpación del mismo y todo el estómago, señalando que la paciente era portadora también de una patología de la coagulación y de un daño hepático, los cuales pudieron haber contribuido a esta hemorragia digestiva.

Luego, manifestó que la epistaxis anterior afecta a vasos pequeños, arteriolas ubicadas en el tabique nasal o en los cornetes y, como vasos pequeños, pueden ser afectados por múltiples patologías, las que portaba la paciente, indicando que los problemas de coagulación, al hígado, el cáncer, la condición postoperatoria e inmunológica, la edad, la condición diabética e hipertensión, fueron factores que contribuyeron a esta lesión en las arteriolas de la nariz.

Contrainterrogado, afirmó que en el caso de la paciente no hubo necropsia, por lo que la causa exacta y precisa de la muerte no es posible de indicar.

En el certificado de defunción, prosigue, se señaló como causa de la muerte una falla multiorgánica, agregándose infarto al miocardio, siendo opinión del testigo, con altísima probabilidad, que la causa del deceso fue la falla multiorgánica, dado que la paciente presentó un paro cardiorespiratorio súbito la madrugada del 13 de agosto, luego de estar afectada por una serie de complicaciones, una de las cuales fue la epistaxis, explicando que la falla



multiorgánica significa que probablemente pudo haber existido al mismo momento falla cardíaca, pulmonar y renal, producto de todo lo que le afectaba.

Seguidamente, respondió que la anotación de ficha clínica de 13 de agosto que señala que la paciente entró en un paro cardiorespiratorio AESP, significa actividad eléctrica sin pulso, es decir, hay cierto estímulo para la función cardíaca, pero éste no responde con contracciones, paro cardiorespiratorio que puede acontecer por múltiples causas, siendo una de ellas es la hipoglemia, pero no es la única.

Ulteriormente, expuso que de lo que el deponente revisó de ficha clínica, la paciente presentó un cuadro de epistaxis la madrugada del día 13 a las 01:00 aproximadamente, siendo atendida por el cirujano de turno, Dr. Francisco Parada, quien refiere el evento como importante, pero que logra controlar con las medidas aplicadas, esto es, revisión, taponamiento y fármacos, con lo cual controló el sangramiento. El paro cardiorespiratorio, continúa, aconteció horas después, a las 07:20 horas aproximadamente, por tanto, no fue producto de un sangramiento activo, sino de una suma de factores, agregando que el médico de turno logró cohibir la hemorragia y, por tanto, no se trató de una hemorragia incoercible, sino un evento controlado en la madrugada del 13 de agosto.

En cuanto a si se instruyó sumario administrativo frente a estos hechos, indicó que aquellos procesos se determinan cuando existen probables fallas administrativas o técnicas, que no es el caso, ya que las condiciones de la paciente daban clara respuesta a lo acontecido.

Posteriormente, señaló que se trataba de una paciente crónicamente hipertensa, que estaba previamente en tratamiento y, por tanto, durante toda su hospitalización se estuvo atento al curso de aquella hipertensión, presentando un decurso muy inestable, con periodos de baja y alta presión, añadiendo que en los días de agosto tuvo cifras elevadas, pero también bajas, lo cual significó un manejo complejo.

Profundizando en sus dichos, relató que es difícil controlar la hipertensión en este contexto, pues significaría mantener su presión arterial en un nivel adecuado a sus condiciones. En una paciente en recuperación de un tremendo quirúrgico (sic), afectada por un sin número de patologías activas en



ese momento, lograr controlar la presión arterial es muy complejo e incluso podría ser dañino, dado que valores mayores de presión arterial incluso son un mecanismo de defensa frente a la situación que afecta en ese momento a la paciente, adicionando que ella estaba siendo objeto de drenajes en el tórax, con problemas en su alimentación, dolores postquirúrgicos, entre otras cosas, todo lo cual provoca que se eleve sus cifras de presión arterial, indicando que la presión arterial de la paciente del día 13 de agosto, 195 sobre 67, es un valor elevado, pero no extremo dada la edad de la misma, recordando que, según la ficha clínica, la paciente requirió un comprimido de Captopril para lograr controlar o bajar ese valor de presión arterial.

Respecto del segundo punto de prueba, respondió que él no reconoce ningún ilícito, responsabilidad o negligencia en los antecedentes, pues no aprecia que haya nada que imputar al Servicio de Salud Talcahuano, remitiéndose a lo ya declarado al respecto y también en cuanto al punto de prueba número tres.

En relación al punto de prueba número cinco, indicó en las distintas atenciones a la señora Mirta, tanto en la cirugía gástrica como en las complicaciones observadas posteriormente, el actuar del Servicio estuvo absolutamente ajustado a la *lex artis*.

DÉCIMO: Que, a folio 80 se decretó la medida para mejor resolver del artículo 159 número 1 del Código de Procedimiento Civil, consistente en la certificación, por medio del ministro de fe del tribunal, de que los actores (cónyuge e hijos de doña Mirta Fabiola Guajardo Contreras) tenían tal estado civil, según la base de datos del Servicio de Registro Civil y, además, se incorporaran en el Sitci los certificados de nacimiento y matrimonio, en su caso, lo cual se cumplió a folio 81 y 82, respectivamente.

DÉCIMO PRIMERO: Que, pese a que las partes tienen claras desavenencias, también presentan acuerdos en lo relativo a la sucesión de los hechos. A saber:

a).- Las partes están de acuerdo que en el Hospital Higuera fue atendida la señora Mirta Guajardo Cárdenas, desde el 26 de marzo del año 2017 hasta el día de su fallecimiento, el día 13 de agosto de 2017.



b).- Que, asimismo es un hecho no controvertido entre los litigantes, que doña Mirta Guajardo Cárdenas, es una paciente sin alergias, sin antecedentes de tabaquismo o alcohólicos, colecistectomizada (La colecistectomía es la intervención quirúrgica consistente en la extracción de la vesícula), operada por miomatosis uterina, con antecedentes de DM2IR (Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirente) hace 20 años, HTA (hipertensión arterial) hace 5 años.

c).- No existe controversia respecto a la medicación previa, a la hospitalización e intervención quirúrgica, utilizada por doña Mirta Guajardo Cárdenas, a saber; Losartán, INPH20/16, sulfato ferroso hace 6 meses por anemia ferropénica, y en forma posterior a la cirugía, se indicaron, entre otros, y los que interesan al caso de marras, nifedipino, furosemida y captopril, éste último en calidad de SOS.

d).- Que, los litigantes están contestes, que con fecha 27 de marzo de 2017, se confirmó que la paciente era portadora de un Adenocarcinoma Neoplasico Bormann III, confirmándose, a través de biopsia, diagnóstico de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, infiltrante en mucosa gástrica, con fecha 06 de abril de 2017.

e).- Demandantes y demandado no presentan controversia que se determinó por resolución quirúrgica, una gastrectomía total y una entero-enteroanastomosis, operación que fuese realizada con fecha 03 de julio de 2017, por el Dr. Oscar Gamarra Chamorro siendo el segundo cirujano el Dr. Eduardo Rivas Gutiérrez.

f).- Existe concordancia también respecto de que doña Mirta Guajardo Cárdenas, fue ingresada a la Unidad de Tratamientos Intermedios, con fecha 03 de julio de 2017.

g).- Resulta como hecho no controvertido, la circunstancia de haber sido diagnosticada, la señora Guajardo Cárdenas, con fecha 16 de julio de 2017, con un derrame pleural bilateral.

h).- Las partes tampoco tienen divergencia respecto a que con fecha 26 de julio de 2017, doña Mirta Guajardo, presentó sangramiento abundante por boca y nariz constatándose al examen un sangramiento nasal anterior derecho y del septum nasal, motivo por el cual se efectúa interconsulta al servicio de



otorrinolaringología del Hospital Higuera, siendo tratada por la doctora Gabriela Siso García, procediendo a efectuar coagulación de la epistaxis con nitrato de plata dejando a la paciente un taponamiento nasal anterior con merocril y subgalato de bismuto.

En la misma fecha referida, la profesional señala como observación bajar las cifras de hipertensión arterial hasta la normotensión a fin de evitar nuevos episodios, hecho que tampoco resulta controvertido.

i).- Que existe plena concordancia entre las partes, que con fecha 02 de agosto de 2017, la doctora Gabriela Siso García, indica, con motivo de retiro de taponamiento nasal, efectuado con anterioridad, y ante la persistencia de cifras tensionales elevadas, (169/100), realizar, y así consta en la ficha clínica, control interno para que se manejen las cifras de presión o pase interconsulta a cardiología o medicina interna para evaluar manejo derechamente ya que si persiste con cifras elevadas entonces puede volver a presentar epistaxis.

j).- Las partes están de acuerdo en que con fecha 04 de agosto de 2017, doña Mirta Guajardo, sufre nueva epistaxis, realizándose taponaje anterior derecho, constatándose presión arterial de 180/90. Se dispone interconsulta a otorrinolaringología (IC OTL).

k).- Finalmente, no está sometido a refutación que la paciente, con fecha 13 de agosto de 2017, presenta epistaxis profusa y continua que no cede con compresión externa, constatando y controlando presión arterial alta de 195/67, indicándose captopril, en dos oportunidades, obteniendo presión de 149/73, realizando taponamiento anterior con merocril deteniendo el sangrado.

DÉCIMO SEGUNDO: Que la acción de autos se ha sustentado en la eventual falta de servicio en la que habría incurrido la parte demandada. Esta institución jurídica ha sido estudiada por reconocida doctrina nacional (entre otros, Corral Talciani, Hernán, Lecciones de Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 2003; Barros Bourie, Enrique, Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 2006; Rodríguez Grez, Pablo, Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 1999; Alessandri Rodríguez, Arturo, De la Responsabilidad Civil Extracontractual en el Derecho Civil Chileno, Imprenta Universitaria, año 1943; Ramos Pazos, René, De la Responsabilidad Extracontractual, Editorial



Legalpublishing, año 2007), quienes, en general, han señalado que para que proceda deben cumplirse una serie de requisitos. A saber: a) Falta de servicio (factor de imputación); b) Daños; c) Relación de causalidad entre la falta de servicio y los perjuicios sufridos, todos los cuales deben concurrir de forma copulativa, pues la ausencia de uno de ellos implicará que la institución no nazca a la vida jurídica.

Por otra parte, la prueba de los requisitos antes indicados corresponde al demandante por aplicación de las normas que regulan la prueba en nuestro país, especialmente el artículo 1.698 del Código Civil que prescribe en lo pertinente “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”.

DÉCIMO TERCERO: Que, la falta de servicio no se encuentra conceptualizada en nuestra legislación. Pese a ello, existe consenso en doctrina en el sentido que la responsabilidad del Estado se configura principalmente a base de ese factor de imputación. Así, desde el punto de vista normativo, la falta de servicio es referida en el artículo 38 de Constitución Política en los siguientes términos: “Cualquier persona que sea lesionada en sus derechos por la Administración del Estado, de sus organismos o de las municipalidades, podrá reclamar ante los tribunales que determine la ley, sin perjuicio de la responsabilidad que pudiere afectar al funcionario que hubiere causado el daño”. De forma más explícita el artículo 44 de la Ley Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado señala: “Los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio”. Finalmente, más atinente y específico a la situación de autos, aparece lo regulado en la ley N° 19.966 que prescribe en su artículo 38 lo siguiente: “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio. El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio”.

En el plano doctrinal, este tribunal comparte lo expuesto por el profesor Barros Bourie en el sentido de que, “La responsabilidad por falta de servicio exige calificar de defectuoso el funcionamiento del servicio público. Y esa calificación supone comparar el servicio efectivamente prestado con el que se



debió efectuar (...) En consecuencia, la responsabilidad por falta de servicio no es estricta u objetiva (...) sino supone un juicio de valor acerca del nivel y calidad del servicio que era exigible (...). Por otro lado, la responsabilidad por falta de servicio no es subjetiva, como tampoco lo es el juicio civil de culpa por negligencia. Ante todo, porque para acreditarla no es necesario que el juez formule un juicio de reproche a la persona o al órgano de la Administración que realizó la acción u omisión, sino que le basta comparar el servicio que se debió prestar con el efectivamente ejecutado (...) Atendida esta calificación, no existe una diferencia cualitativa entre la falta de servicio y la manera en que se construye la culpa de cualquiera empresa u organización. Por lo mismo, el concepto más feliz parece ser el que ha dado la jurisprudencia: la falta de servicio no es otra cosa que una culpa en el servicio” (Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Editorial Jurídica, año 2006, pág. 485 y 486).

Seguidamente, si bien lo antes anotado entrega una claridad en el aspecto sustancial de la falta de servicio, lo cierto es que no ocurre necesariamente lo mismo a la hora de saber cuál es el servicio que debe prestarse (que, al fin, será el contrastado con el efectivamente realizado), sea porque derechamente no se señala específicamente por parte del legislador, sea porque se menciona, pero en términos generales.

Es este punto donde se abre otra interrogante, esto es, quién determina el servicio que debió prestar la administración, a lo cual el profesor citado señala que, no existiendo especial diferencia con el régimen general de culpa, puede ser realizado por el propio legislador, imponiendo específicamente ciertos deberes de actuación (en cuyo caso su omisión implicará una falta de servicio infraccional) y, en el caso de no estar previamente determinados, debe ser el juez el que determine el estándar de servicio y lo compare con el que se llevó a cabo.

DÉCIMO CUARTO: Que, la *lex artis* médica, en general, encuentra, en nuestro país, diversos protocolos basados en información técnica que proviene de diversos y sucesivos estudios lo que, sumado a la práctica médica, entregan directrices respecto de cómo proceder ante tales o cuales condiciones de salud.



En el particular, en el caso de marras, y por resultar relevantes para este proceso, se analizarán los documentos y protocolos aportados por la parte demandada, los cuales se encuentran referenciados y resumidos en el considerando noveno.

El primero de ellos, denominado “Consideraciones generales y manejo clínico”, se refiere de manera sintética a la clasificación de la epistaxis y explicación de algunos de sus procedimientos, siendo sin lugar a dudas, la parte más relevante para el caso en análisis, la que destaca que la epistaxis se trata de un signo clínico y no como diagnóstico, de manera tal, que obliga siempre a investigar la enfermedad o causa que la produce.

Agrega que en la mayoría de los casos se presenta en escasa cuantía y de resolución espontánea, pero en ocasiones, estos episodios pueden alcanzar mayor gravedad poniendo en riesgo la vida del paciente.

En este punto, se logra visualizar que la demandada en su actuar no se ajustó a las indicaciones precedentemente expuestas, ya que, en primer término, obvia, respecto de los episodios de epistaxis, que estos sean manifestación de un signo clínico, tratándolos como hechos aislados, y por otra parte omite la búsqueda o causal de la misma, configurándose una manifiesta falta de servicio.

En lo referente al documento emanado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, escuela de medicina-otorrinolaringología, denominado “Epistaxis”, elaborado por el Dr. Claudio Callejas Canepa y Dra. Gabriel Faba Camilo, éste resulta concordante con el anterior, en el sentido que indica que se debe buscar su causa o factor desencadenante. Además, resulta de importancia destacar lo respectivo al uso de anticoagulantes o antiagregante debido a patología cardiovascular, entre otras causas, lo cual dificulta el tratamiento del sangrado, el cual se hace de mayor cuantía y más difícil de detener, y para revertir estos efectos se requiere autorización del cardiólogo de la paciente, pues las consecuencias pueden ser catastróficas.

El mismo estudio en comento destaca que el manejo por especialidad permite el uso de endoscopía rígida o nasofaringoscopia flexible que da mayor información y es fácil de realizar. Prosigue, señalando que puede ser necesario, según la sospecha clínica, análisis de laboratorio para detectar una



coagulopatía, asimismo, una vez solucionado el sangrado se podrán solicitar los exámenes necesarios para llegar al diagnóstico etiológico definitivo, según sea la sospecha. Además, que es importante insistir en la continuidad desde la anamnesis hasta el tratamiento (la evaluación y tratamiento están superpuestos.), al igual que hacer un buen diagnóstico y manejo hemodinámico del paciente. Agrega, que, cuando corresponda es necesario indicar tratamiento para la causa de base o apoyo médico para disminuir el sangrado (como el uso de plasma, plaquetas, factores de coagulación, crioprecipitado, etc).

Al respecto, conviene precisar que en virtud de lo señalado precedentemente, la postura de la demandada resulta del todo contradictoria con el estudio en cuestión, ya que como se ha hecho referencia, la demandada no buscó la causa o factor desencadenante de los episodios de epistaxis en la paciente, lo cual hizo que el tratamiento empleado fuese deficiente y poco apropiado para sus patologías previas, más aun teniendo en consideración que la señora Mirta, era usuaria de anticoagulantes y sufría de hipertensión arterial, lo cual la convertía en la candidata perfecta a sufrir los cuadros de sangrado, los cuales por sus comorbilidades se hacen más difícil de detener, es por ello que la intervención en forma oportuna de un especialista se hacía cada vez más necesaria y pertinente en el caso de marras, quien eventualmente pudo haber aplicado un tratamiento distinto o realizar exámenes con la finalidad de llegar al diagnóstico etiológico definitivo. Lo anterior es una manifestación clara y concreta, que la demandada no prestó el mayor cuidado al que se encontraba obligada, evidenciándose de esta forma una falta de servicio grave en la atención, prevención y cuidados oportunos de la paciente, omisiones que sin duda conllevaron al desenlace fatal.

En lo relativo al Documento denominado “Procedimiento de referencia y contrareferencia en otorrinolaringología protocolo: epistaxis” del Servicio de Salud Araucanía Sur, este documento al igual que los anteriores recalca que, para hacer un diagnóstico es fundamental la anamnesis, tener en cuenta antecedente de otras patologías, como Hipertensión Arterial, Patologías de la Coagulación, antecedente de traumatismos recientes, uso de medicamentos con efecto anticoagulante. Es importante determinar la cuantía del sangrado, y



la repercusión de éste en el estado general del paciente, lo cual, como se ha referido previamente, no se hizo por parte de la demandada, omitiéndose anotaciones como “impresiona epistaxis” o “epistaxis importante”, las cuales constan en la ficha clínica, lo cual conllevó a un deterioro progresivo de su estado de salud. Por lo demás, la no determinación de su causa basal, hizo imposible determinar a ciencia cierta, de qué clase de epistaxis se trataba, o si efectivamente se trataba de una epistaxis, ya que al no haber un diagnóstico diferencial, el cual hace que eventualmente se puedan considerar hemorragias que no se originan en las fosas nasales, pero que se exteriorizan a través de ellas, como tumores rinofaríngeos, laríngeos, hemorragias pulmonares, varices esofágicas sangrantes, lesiones vasculares en la región cerebral, todo lo cual no fue posible constatar, ya que no hubo exámenes de laboratorio que así lo concluyeran, tal y como lo señala el documento en comento, evidenciándose, al igual que en los análisis precedentes, una falta de servicio de parte de la demandada de emplear el mayor cuidado y elementos técnico y humanos disponibles para propender a la recuperación optima y oportuna de la paciente.

Y por último, el Documento denominado “Protocolo diagnóstico y terapéutico de la epistaxis”, se centra en el tipo anterior y posterior de la Epistaxis, así como de su tratamiento extra e intrahospitalario y, en este último caso, señalando un flujo procedimental según diversos parámetros, los que debió tener en consideración la demandada, llevándola en definitiva a aumentar la diligencia en sus prestaciones médicas ante la específica situación de la paciente, y no obviándolos como lo sostiene la demandante.

DÉCIMO QUINTO: Que, dicho lo anterior, este tribunal debe detenerse en la calificación del estado de salud de la paciente, tanto previo como durante las interacciones médicas con la parte demandada.

Como se indicó en el considerando décimo primero, las partes están de acuerdo en que la paciente, de 76 años de edad a la fecha de los hechos de autos, tenía una serie de comorbilidades, especialmente colecistectomizada, operada por miomatosis uterina, con antecedentes de DM2IR hace 20 años,



HTA hace 5 años, anemia ferropénica y diagnóstico de cáncer gástrico (Bormann III).

Ante este contexto de salud de la paciente, y siguiendo los protocolos y documentos de instrucción médicos indicados en el considerando precedente, se entiende que las prestaciones médicas que se deben realizar en este caso colocan a los médicos y al equipo de salud tratante en un estado de mayor alerta y con un deber de servicio mayor, exigiendo más acuciosidad, mayor previsión, menor espera en la evolución de síntomas, etc. Y ello sustentado en los respectivos razonamientos que se desarrollaran en lo sucesivo.

En efecto, la responsabilidad civil ha evolucionado con el transcurso del tiempo. En un comienzo derivaba de las sanciones penales de la Lex Aquilia, pero luego fue adoptando una fisonomía propia, mas no pudo desmarcarse de ser, en esencia, un juicio de reproche con estándares civiles y sanciones de la misma naturaleza.

Con el devenir, la doctrina comenzó a tratar la materia de otra manera, en gran medida porque centrar el instituto únicamente desde la perspectiva del reproche dejaba de lado no solo a las víctimas, sino también la función preventiva propia de esta institución, es decir, que, en la medida de lo posible, no ocurran hechos dañosos y que el cuidado y diligencia sea compatible con la actuación.

Lo anterior es lo que más modernamente se denomina derecho de daños. Es decir, una disciplina que tiene en su centro un perjuicio que reparar en lugar de una conducta que sancionar. Esto no quiere decir que sea irrelevante el cómo y bajo qué contexto ha obrado el presunto autor, sino que, dada especialmente la complejidad técnica de ciertas relaciones entre las personas, donde la asimetría en la posesión de la información y los conocimientos es patente, deben seguirse ciertas directrices interpretativas que guíen al juez para determinar el servicio que debe prestarse, sobre todo cuando la lex artis de tal o cual disciplina no se encuentra regulada de forma clara o categórica o presenta situaciones que pueden distorsionarla en conjunto con otras circunstancias.



En vista de lo anterior, a mayor susceptibilidad de una paciente por sus comorbilidades, mayor deber de servicio debe prestar quien tiene en sus manos la salud y vida de la misma.

Esta premisa orientadora resulta especialmente útil en este proceso, pues la paciente presentaba una edad avanzada y una serie de circunstancias de salud que hacían que los prestadores médicos debiesen ser rigurosos y/o al menos estar alerta en la regulación, control y medición oportuna, respecto de las alzas de tensiones arteriales de la paciente, en especial con los episodios de epistaxis sufridos, pues no resulta extravagante que una persona con las comorbilidades que presentaba la paciente fuese más susceptible de sufrir los sangrados nasales, acaecidos en las distintas oportunidades, más aún, si la otorrinolaringóloga, ha indicado específicamente, derivar a especialista cardiólogo o internista a fin de controlar las alzas de tensión a fin de evitar futuras epistaxis, las que finalmente no se cumplieron.

Por otra parte, el orden y control del medicamento, en forma constante y oportuna, era esperable en la situación de la paciente, más aún, tratándose de una paciente con diversas patologías, ente las cuales se encontraba la hipertensión.

En resumen, el actual derecho de daños, buscando ubicar a la víctima en el centro de los razonamientos que se efectúen respecto de los perjuicios que sufra, contiene ciertos principios orientadores cuando el legislador o la práctica de alguna ciencia o arte no exponen con claridad las etapas, modos, operaciones y actuaciones técnicas, así como la duración de las mismas, resultando útiles para la judicatura en pos de la indagación de cómo debieron suceder los hechos si se hubiese obrado según el servicio que debía prestarse.

DÉCIMO SEXTO: Que, indicado el principio orientador que seguirá este tribunal en la presente causa, corresponde ingresar en el análisis detallado de la falta de servicio, en relación con la situación de autos.

Al respecto, si bien los demandantes efectúan dos imputaciones a la demandada, cuales son: 1).- En la atención de la paciente los funcionarios y personal médico del Hospital Las Higueras no dieron cumplimiento de las solicitudes de interconsulta planteadas por el servicio de otorrinolaringología, que tenían por objeto controlar las crisis hipertensivas, a fin de prevenir



nuevos cuadros de epistaxis nasales.- 2).- La paciente falleció por un cuadro de epistaxis (sangramiento nasal) que no fue oportuna ni eficazmente controlado, por el personal médico, lo que provocó un shock hipovolémico que causó un paro cardiorespiratorio por actividad eléctrica sin pulso.

Atendido lo anterior, se comenzará por la etapa en la cual la paciente ingresa al hospital, hasta el día 13 de agosto de 2017, donde finalmente fallece en el nosocomio.

Esta etapa comienza el 26 de marzo del año 2017, época en la cual la paciente ingresa al Hospital Las Higueras, fecha en que ya eran conocidas por la demandada, las diversas enfermedades que padecía la paciente, entre ellas, colecistectomizada, anemia ferropénica, operada anteriormente de miomatosis uterina, diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial; y medicamentos de uso habitual de la misma, como sulfato ferroso debido a la anemia, y Losartán para control de la hipertensión arterial, pues el historial presentaba una data anterior a esa fecha, lo que el Servicio de Salud demandado reconoce en el libelo y, además, en las primeras páginas de la ficha clínica se constata un registro de todas estas patologías que la paciente presentaba.

Posteriormente, el día 03 de abril de 2013 fue ingresada a pabellón para ser sometida a una operación de gastrectomía total y una enteroenteroanastomosis, en virtud de haber sido diagnosticada, previamente, de ser portadora de Adenocarcinoma Neoplásico Bormann III (cáncer gástrico).

Más tarde, con fecha 16 de abril de 2017, y como consta en la ficha clínica, se constata en la paciente un derrame pleural bilateral (acumulación de líquido en la pleura, membrana que recubre los pulmones), efectuándose en la paciente una toracocentesis, (punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural).

Posteriormente, con fecha 26 de julio de 2017, la paciente sufrió un profuso sangrado en la cabeza del cornete inferior derecho y del septum nasal, por lo cual se efectuó interconsulta con el servicio de otorrinolaringología del Hospital Higueras, siendo atendida por la doctora Gabriela Siso García, la cual constató el hecho, procediendo a efectuar coagulación de la epistaxis con nitrato de plata dejando a la paciente un taponamiento nasal anterior con



merocril y subgalato de bismuto. Realizando, asimismo, como observación bajar las cifras de hipertensión arterial hasta la normotensión a fin de evitar nuevos episodios.

Más tarde, con fecha 02 de agosto de 2017, se retira, por parte de la doctora Siso García el taponamiento efectuado anteriormente, en la cual se constata que no existe evidencia de sangrado, sin embargo, se evalúa que la paciente persiste con cifras tensionales elevadas (169/100), por lo cual es necesario control interno para que maneje las cifras de presión o pase interconsulta a cardiología o medicina interna para evaluar manejo derechamente, ya que si persiste con cifras elevadas entonces puede volver a presentar epistaxis.

Luego, con fecha 04 de agosto de 2017, se constata en la ficha clínica que la paciente persiste con hipertensión (184/93), además de corroborarse que, en la misma, existe anotación de “no ha recibido nifedipino SL aún”. Se receta entre otros nifedipino 10mg c/84 SL y captopril 12,5-9 SOS SL. Más tarde, ese mismo día, a las 17:15 hrs, presenta nueva epistaxis, figurando, según ficha clínica con presión arterial de 180/90, recetándose furosemida, 1 comprimido c/12 hrs, y disponiéndose interconsulta a otorrinolaringología, lo cual se aprecia en la ficha clínica con las siglas IC OTL, todo lo cual se encuentra diagnosticado por el doctor Ricardo Hernández Escobar, constando firma y timbre.

Finalmente, con fecha 13 de agosto de 2017, consta en la ficha clínica, que la paciente presenta epistaxis profusa y continua que no cede con compresión externa, se controla presión arterial alta 195/67 por lo que se indica captopril, se calcula se obtiene una presión arterial de 149/73 hg se indica un segundo captopril y se realiza taponamiento anterior con merocril deteniendo el sangrado.

Acto seguido, en la misma ficha se constata una segunda anotación: paciente hoy con epistaxis de difícil control que se maneja con taponamiento anterior con merocril. Hoy cae en PCR (paro cardiorrespiratorio) a las 7:38 se inician compresiones luego se comprueba AESP (actividad eléctrica sin pulso). se continua con compresiones sin lograr salir de PCR (paro cardio respiratorio) paciente fallece a las 7:48 horas.



DÉCIMO SÉPTIMO: Por otro lado, existen tres hechos no controvertidos por las partes, y de principal relevancia para el caso de autos, los cuales dicen relación con los episodios de epistaxis sufridos por la paciente doña Mirta Guajardo, a saber:

El primero de ellos, es el acontecido que el día 26 de julio de 2017, en el cual la paciente sufre el primer episodio de epistaxis, el cual fue tratado por la otorrinolaringóloga Gabriela Siso, quien observa “bajar las cifras de hipertensión arterial hasta la normotensión a fin de evitar nuevos episodios”, anotación que se reitera por la profesional referida, con fecha 02 de agosto de 2017, ya que la señora Guajardo, persiste con cifras tensionales elevadas (169/100), indicando que es necesario control interno para que maneje las cifras de presión o pase interconsulta a cardiología o medicina interna para evaluar manejo derechamente ya que si persiste con cifras elevadas entonces puede volver a presentar epistaxis.

El segundo episodio se produce, con fecha 04 de agosto de 2017, el cual es atendido por personal médico de turno, doctor Ricardo Fernández Escobar, que la paciente persiste con hipertensión (184/93) y que aún no ha recibido nifedipino SL, sufriendo una segunda epistaxis (presión arterial 190/90), disponiéndose interconsulta a otorrinolaringóloga.

Finalmente, la última y tercera epistaxis, acontece con fecha 13 de agosto de 2013, asociada también una alta tensión arterial de 195/67, fecha en la cual fallece la paciente.

Al efecto, y encontrándose conteste las partes respecto a las fechas en que acontecieron los episodios de epistaxis, y en virtud del mérito de los antecedentes que figuran en la ficha clínica, y siendo este un aspecto de relevancia para resolver el asunto sometido a conocimiento del tribunal, esta sentenciadora partirá de la premisa señalada para determinar si la demandada incurrió o no en falta de servicio en la atención de doña Mirta Guajardo, considerando que los actores vincularon la misma, con una mala praxis médica, la que finalmente conllevó al fallecimiento de la paciente. Lo anterior, debe relacionarse conjuntamente con las comorbilidades preexistentes, medicación suministrada, existencia o no de tratamientos



preventivos derivación a especialistas, entre otros aspectos, los cuales serán analizados en los considerandos siguientes.

DÉCIMO OCTAVO: De lo reseñado hasta este punto, es necesario precisar, que, si bien, en el caso de marras, el diagnóstico inicial del centro hospitalario fue acertado (cáncer gástrico), sin embargo, y de conformidad a la prueba rendida en autos, especialmente la ficha clínica del paciente, se logra advertir que se incurrió, por los agentes del Servicio de Salud demandado, en graves y determinantes omisiones, consistente en la ausencia de un seguimiento post operatorio acorde con la gravedad del cuadro presentado por la señora Guajardo, más aun teniendo en consideración las comorbilidades de la paciente, principalmente en lo que dice relación con el control de las altas tensionales y los cuadros de epistaxis sufridos, más aún cuando constaba en la respectiva ficha médica, que la paciente sufría de hipertensión arterial.

En este punto cabe preguntarse ¿el servicio se prestó de forma adecuada, teniendo en consideración todas las enfermedades que padecía la afectada al ingresar al nosocomio?, ¿La medicamentación prescrita fue suministrada en forma regular?, ¿Se controló adecuadamente por el personal médico las altas tensionales?, ¿se pudieron evitar los cuadros de epistaxis?, y ¿por qué no se realizaron las interconsultas indicadas?

DÉCIMO NOVENO: Que, precisado lo anterior, debe hacerse cargo este tribunal de tres aspectos importantes: 1) la ausencia de control, seguimiento y derivación de interconsulta respecto de las altas tensionales; 2) el no existir constancia en la ficha de que los medicamentos prescritos se hayan administrado a la paciente en forma continua y regular, y 3) Falta de cronología en registro de ficha médica.

En cuanto al primer punto, vale decir, la ausencia de control, seguimiento y derivación de interconsulta respecto de las altas tensionales, al respecto, cabe tener presente lo señalado por la demandada en su defensa, en primer lugar, esgrime que *“la epistaxis constituye un proceso banal, de fácil resolución por el facultativo de asistencia en la Atención Primaria de Salud, pero en ocasiones el sangrado es de gran intensidad, lo que requiere de la atención especializada porque puede llegar a comprometer la vida del enfermo”*, y en relación a lo señalado, continúa, *“..doña Mirta, tenía per se*



factores tanto intrínsecos y extrínsecos que facilitarían una epistaxis: era Diabética con enfermedad cardiovascular, hipertensa, dislipidémica, lo cual agrava el daño vascular y endotelial, presentaba además enfermedad hematología (Purpura Trombocitopénico), presentaba un daño hepático crónico que por sí genera déficit de factores de coagulación y albumina, proteína importante en la cicatrización y reparación de tejidos, además por su cirugía compleja a la que fue sometido por el grave cáncer gástrico se encontraba en tratamiento de prevención de tromboembolismo pulmonar mediante la administración de anticoagulantes (heparina-clexane).

En fin, existían factores múltiples capaces de generar una epistaxis, que son producto sola y exclusivamente de factores propios de la paciente.”

De lo expuesto, se puede concluir, sin lugar a dudas, que la demandada, tenía pleno y total conocimiento de las comorbilidades propias y específicas de la paciente, que la hacían mayormente vulnerable y de alto riesgo a sufrir los cuadros de epistaxis, que no se presentaron en forma aislada, sino mas bien continua, de tal manera que no era suficiente tratar aquellos sangramientos con un taponaje, sino darle la importancia y la debida atención a aquello, tal como lo sugirió la otorrinolaringóloga, dra. Siso, ante el primer evento de epistaxis, el 26 de julio de 2017, pues está registrado en la ficha clínica que la referida médico indicó: 1) bajar cifras de presión arterial, y 2) retiro de taponamiento nasal anterior el día lunes 31 de julio de 2017 en horas de la mañana, y nueva interconsulta, añadiendo el dr. Hernández en su registro: “a las 9:15 llega Otorrinolaringóloga y realiza nuevo taponaje posterior revisión, le impresiona epistaxis Ant-post en contexto de hipertensión”; y luego el 2 de agosto, la misma facultativa, dra. Siso, indica en el registro clínico: “que se evalúa que la paciente persiste con cifras tensionales elevadas 169/100, por lo cual es necesario control interno para que maneje las cifras de presión o pase interconsulta a cardiología o medicina interna para evaluar manejo de dicho paciente, ya que si persiste con cifras elevadas puede volver a presentar epistaxis.”

De lo anterior es claro concluir que la demandada estando en conocimiento del peligro que implicaban estos sangramientos nasales, y teniendo las indicaciones específicas de la galena Siso, no desplegó la



actividad necesaria y oportuna, incurriendo con ello en una falta de servicio, por cuanto existiendo el deber de actuar del Estado prestador de salud, no lo hizo, o bien lo realizó en forma deficiente, incrementando el riesgo que la actora presentaba al no explorar en ella, un cuadro hipertensivo.

Que, aun dándole crédito a las circunstancias descritas por la demandada, igualmente, lo señalado no es excusa para exonerar al hospital en su responsabilidad en la falta de atención oportuna a la paciente, ya que si fuera como lo expone en su contestación, con mayor razón deberían haber procurado la más alta y mejor atención a la paciente, pues se trataba de una persona con una serie de patologías que la vuelven más lábil y vulnerable a cualquier factor.

En estrecha relación con lo anterior, la demandada en su contestación alega que, “...bien pudo haberse originado finalmente una epistaxis posterior esta fue imposible de contener lo que no se traduce en una negligencia médica, sino que un devenir abrupto e imprevisible, que dada la rapidez en que se produce, inhabilita la realización de un taponaje y manejo de un paro cardiorrespiratorio en formas simultánea”. Efectivamente, tiene razón, pero sólo en cuanto a la imposibilidad de anticipar el momento de la aparición o manifestación del cuadro hipertensivo, pero yerra cuando señala que la epistaxis, que llevó en definitiva a la señora Mirta a un PCR, fue difícil de contener por lo “abrupto e imprevisible”, ello por cuanto los sangramientos de la señora Mirta, venían desde el 26 de julio presentándose, sin que se hubiera efectuado el respectivo diagnóstico, tratamiento y monitoreo de las mismas, haciendo caso omiso de las indicaciones efectuadas ese mismo 26 de julio que luego el 2 de agosto la facultativa Siso volvió a sugerir. De tal suerte que lo más probable es que la situación hubiera sido muy diferente si a esta paciente se le hubiera dado la oportunidad de contar con un equipo especializado que tratara estos episodios de epistaxis en su íntima y ligada relación con sus altas cifras de presión arterial.

La demandada, en su argumentación, lo que intenta es justificar su falta de diligencia y atención a la afectada, diciendo que las complicaciones de la demandante fueron atendidas y por ello se utilizaron todos los medios y recursos que su condición ameritaba, cuando resulta más que evidente que se



ignoraron las indicaciones de la otorrinolaringóloga, en cuanto a derivación de interconsulta de especialista para controlar los cuadros de hipertensión, más aún, cuando consta que la demandada cuenta con el personal y medios tecnológicos para descartar el síndrome hipertensivo y su correcto y continuo tratamiento.

Así, a la misma conclusión anterior se arriba, cuando la demandada señala que “cuando se produce una hemorragia posterior en forma abrupta e incoercible, como ocurrió con Doña Mirta, las posibilidades de sobrevivir son casi nulas, aun en manos expertas”; pero la negligencia o falta de servicio no se produce al tiempo de la última epistaxis, o de sacarla o no del paro cardiorrespiratorio, sino en haber efectuado en forma oportuna las maniobras, cuidados, monitoreo y la atención de un especialista al tiempo que lo sugirió el médico otorrino, esto es, con fecha 02 de agosto de 2017.

En el mismo sentido, resultan contradictorias las argumentaciones esgrimidas como defensas, por parte de la demandada, ya que señala, *“En un estudio realizado de revisión sistemática y metaanálisis en que busca asociación entre hipertensión y epistaxis, se logra demostrar que la hipertensión era significativamente asociada con el riesgo de epistaxis. Sin embargo, esta asociación no apoya una relación causal entre hipertensión y epistaxis”*, para luego continuar *“La hipertensión de larga data puede aumentar el riesgo de epistaxis debido a los efectos vasculopáticos como aterosclerosis, disfunción endotelial y rupturas”*, lo que clarifica más aún la falta de servicio alegada por los demandantes, ya que por parte del Hospital, tal como lo expone en su libelo, se reconoce expresamente la relación existente entre la hipertensión y la epistaxis y las patologías sufridas por la paciente, o como arguye la demandada, la realidad de la paciente, lo cual evidentemente, la hacía más vulnerable, sin que por su parte se tomaran los resguardos previos y oportunos para evitar los cuadros de sangrado que finalmente ocasionaron la muerte de doña Mirta Guajardo.

En relación hasta lo aquí expresado, cabe hacer mención a lo referido por la demandada, en relación al procedimiento empleado para detener los sangrados (taponamientos), y la eventualidad que se requiriese un procedimiento de mayor complejidad, traspassando a la paciente la carga de



contar, en ese momento, con los recursos físicos y humanos disponibles (pabellón, material quirúrgico, especialista otorrino con experiencia), lo que importa un nivel de atención condicionado a la realidad de los recursos con que se cuenta, no constituyendo una excepción de responsabilidad del Hospital, por cuanto de ser ello aceptado haría inoperante al centro hospitalario demandado ante cualquier eventualidad que no pudiese ser atendida por el personal de turno.

VIGÉSIMO: Por lo demás, debe considerarse que el correcto y conveniente servicio que debe entregar un hospital en la atención a los pacientes, debe incluir la utilización de cuantos remedios y medios técnicos conozca la ciencia médica y estén a disposición del servicio en el lugar en que se produce la atención, de manera que la actuación del médico o los profesionales de la salud que intervienen se rijan por “lex artis”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle, teniendo en cuenta las especiales características del autor del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica o norma requerida, pero, en cualquier caso, debiendo hacerse patente que, dada la vital trascendencia que, en muchas ocasiones reviste para el enfermo la intervención médica, debe ser exigida, al menos en estos supuestos, las diligencias que el derecho califica como propias de las obligaciones de mayor esfuerzo.

De este modo, al incurrir los funcionarios de la demandada en un conjunto de deficiencias asistenciales que impidieron enfrentar de forma oportuna y eficaz la patología del paciente Mirta Guajardo Contreras, determina un deficiente servicio en la prestación médica otorgada por el Hospital Higuera, causando un resultado dañoso que bien se pudo impedir o, a lo menos, proporcionar una chance de oportuna mejoría, y no como ocurrió en la especie incrementando el riesgo que la paciente ya presentaba.

Así, ante lo señalado en el registro clínico, es evidente la falta de servicio que ha presentado la demandada, ya que se logra constatar, no solamente la omisión a lo sugerido por la otorrino dra. Siso, quien ha sido



enfática en dos oportunidades; sino que también hace caso omiso a las constantes altas de presión de la paciente y de los continuos sangramientos que estaba presentando. Según lo expuesto en la ficha clínica, desde el 26 de julio al 4 de agosto de 2017, la demandada nada hace para atender las elevadas cifras de presión arterial de la afectada, y no se logra entender la franca omisión a realizar la interconsulta que sugirió la Otorrinolaringóloga, ya sea un cardiólogo o bien un médico internista, quienes, en su especialidad, podrían haberle dado la oportunidad a la señora Mirta de sobreponerse a sus sangramientos, y normalizar su presión arterial.

De esta manera, al constatar sólo estas dos omisiones del hospital La Higueras en este caso, siendo evidente la necesidad de atención que requería la paciente, y no se le proporciona, la demandada ya está incurriendo en una falta de servicio, puesto que con estas desatenciones, simplemente, se le negó sin justificación alguna la posibilidad de haberle otorgado a lo mejor un nuevo tratamiento, un mejor monitoreo de sus sangramientos, un mejor seguimiento de los medicamentos que se le recetaban, o bien exámenes que guiaran a los especialistas en la causa de estas elevadas cifras de presión arterial y sangrados por boca y nariz, en definitiva, se le negó a la paciente la posibilidad de que un especialista se hiciera cargo de su afección y con ello un chance de estar más tiempo con sus seres queridos. Por lo demás, correspondía a la demandada acreditar en el proceso que prestó el servicio adecuado, lo que sin embargo no aconteció.

VIGÉSIMO PRIMERO: En cuanto al suministro de los medicamentos en forma continua y regular, al respecto, primeramente cabe precisar que la ficha clínica, da cuenta que doña Mirta Guajardo, es usuaria de Losartán (medicamento para control hipertensión), del cual sólo hay registro de habersele suministrado a la paciente con fecha 28 de marzo, 50 mg cada 12 horas hasta el 3 de abril de 2017, posteriormente en ficha de ingreso a UTI, esto es con fecha 03 de julio del año citado, no hay registro en las indicaciones de medicamentos para control de las tensiones arteriales sino hasta el 26 de julio del 2017, fecha en la cual la paciente sufre el primer cuadro de epistaxis a las 03 am, en la cual se indica captopril 1 comprimido S.L, indicándose una presión arterial de 180/110, posteriormente con fecha 28 de julio se reduce la



dosis indicada de captopril a ½ comprimido SL, seguidamente con fecha 31 de julio, se señala que la paciente persiste hipertensa y se indica captopril 12,5 mg cada 12 horas SL, con fecha 02 de agosto se le receta nifedipino 10mg cada 12 horas SL y captopril 12,5 mg SOS SL, con la indicación respecto de este último PAS 200 –PAD 110, asimismo, consta en la ficha clínica que con fecha 04 de agosto la paciente no ha recibido nifedipino SL aún, pese a persistir con hipertensión (184/93), con fecha 07 de agosto de 2017, hay nueva constancia en la ficha clínica respecto del medicamento nifedipino “no lo han despachado”, esto pese haber sufrido nuevo episodio de epistaxis con fecha 04 de agosto, en cuanto al captopril sigue con la indicación de ser un medicamento de SOS, si PAS 200 – PAD 110, y en el mismo día 07 de agosto se indica que inicia terapia con nifedipino, furosemida y captopril SOS, de este último ya no hay indicación con fecha 08 de agosto, indicándose, con fecha 09 de agosto, Losartán 50 mg diarios, nifedipino y furosemida, finalmente con fecha 11 de agosto consta de la ficha médica que se suspende Losartán, y nifedipino.

De lo reseñado, si bien es posible constatar en el registro clínico de la paciente, que se prescribieron distintos tipos de medicamentos a fin de controlar las altas de tensión de la paciente, como nifedipino, furosemida, Losartán, captopril, este último como SOS, sólo en caso de PAS 200 – PAD 110, pero no es posible apreciar que haya existido una administración constante, prolongada y ordenada en el tiempo, por el contrario, las diversas anotaciones en la ficha clínica, especialmente lo indicado con fechas 04 de agosto y 07 de agosto, dan cuenta de un suministro irregular y discontinuo de los mismos e incluso suspensión del tratamiento, como consta con fecha 04 de agosto.

La paciente de autos ingresó a este nosocomio con un cuadro de hipertensión que estaba siendo tratado con losartan, tal cual lo expresa su ficha médica con fecha 26 de marzo de 2017, y con fecha 28 de marzo, se registra entre los fármacos suministrados, 50 mg de losartan cada 12 horas hasta el 3 de abril de 2017, y posterior a esa fecha ya no hay registro de algún medicamento para el control de las tensiones arteriales, y ante el primer episodio de epistaxis, se le receta captopril 1 comprimido S.L. Tal omisión es



determinante a la hora de verificar la debida o descuidada atención que tuvo el personal médico con la paciente en relación a sus patologías que ya tenía al momento de ingresar a este recinto hospitalario, pues según lo expuesto no se respetó su tratamiento que llevaba para controlar los niveles de presión arterial, se ignoró continuar con tratar paralelamente su hipertensión, ya sea con el mismo losartan que la paciente ya tomaba, o bien con algún otro fármaco que fuese para el mismo fin, y sólo a raíz de la epistaxis que sufrió el 26 de julio, se le suministra un medicamento para controlar los niveles de presión arterial; con ello se detecta, precisamente, una desatención y descuido en el historial médico que traía la aquejada, pues ante una paciente hipertensa, la cual estaba bajo tratamiento farmacológico para aquella dolencia, ¿por qué no se siguió paralelamente a su afección gástrica con su habitual control y vigilancia de su hipertensión?

Igualmente en este punto es menester señalar que, los centros hospitalarios tienen un deber de cuidado que nace de la naturaleza del servicio mismo dedicado a la asistencia de pacientes hospitalarios y a su recuperación, en consecuencia, resulta ineludible la obligación de cuidar que el servicio tiene, pues de lo contrario la gestión efectiva del servicio dentro de un estándar legal y razonable de cumplimiento de su función pública de restablecimiento de las personas afectadas en su salud, no se cumple, o bien se cumple tardía o imperfectamente, y ello constituye en sí mismo la falta de servicio, lo cual acontece en el caso de marras, al no haber continuado en forma ordenada el tratamiento que ya tenía la paciente de su hipertensión al ingresar a este servicio de salud, y al no haberse realizado la interconsulta ordenada a fin de controlar las alzas tensionales, más aun teniendo presente sus afecciones comórbidas. Y en este último punto, el registro clínico de la paciente es concluyente en cuanto a que se omitió la sugerencia de la médico otorrino, y no fue derivada a las interconsultas indicadas, a fin de evaluar las tensiones arteriales y su relación con los cuadros de epistaxis, desestimando las indicaciones de la especialista tratante en uno de los cuadros de sangrados nasales, quien evidenció su estrecha relación con las alzas de presión.

Así entonces, al no haberse tratado por médico especialista, el cuadro de hipertensión, sino por el contrario, se consideró de forma aislada y solo



cuando éste se evidenciaba con las elevadas cifras tensionales, no se puede concluir que los medicamentos prescritos hayan sido los que correspondían, y por el periodo correcto, ya que no existe constancia y/o justificación alguna del porqué continuamente se prescribían y cambiaban los distintos medicamentos para el control de las presiones arteriales.

Además, tampoco aparece como comprensible que, dada la edad de la paciente y sus comorbilidades, sumado a una evolución decreciente de su vitalidad, no se haya apersonado un especialista para tratarla, pese a que la doctora Siso fue enfática en que se debían controlar las alzas de tensiones y controlar con especialista, quien bien pudo revisar dichos antecedentes de salud y/o intensificar el tratamiento o variarlo o cambiarlo por uno más idóneo, perdiéndose el valioso tiempo de merma de salud de la paciente, y así evitar futuras epistaxis, ya que el análisis clínico de la misma debe ser como un síntoma, por ende se debe buscar su causa o factor desencadenante; junto a esto la evaluación de la enferma debe ser completa tanto para tratar adecuadamente el sangrado local como tratar la etiología o dar un soporte hemodinámico adecuado a la paciente.

Por ende, tampoco resulta extravagante, dada la situación concreta de autos, que fuese un especialista ya fuese cardiólogo o un médico internista, quien prescribiese los medicamentos más idóneos para tratar a la paciente, así como que este especialista, día a día, revisase si las dosis eran las adecuadas y, en fin, si transcurrido cierto tiempo debía mantenerse el tratamiento u optar por otros.

Así, entonces, esta presunción tiene, a juicio del tribunal, caracteres de gravedad y precisión suficiente para formar convencimiento, acerca del actuar negligente del personal del Servicio demandado, como quiera que, de haber empleado una diligencia ordinaria y normal conforme a la *lex artis*, hubiesen pesquisado y tratado oportunamente la patología que afectaba a la paciente, más aún si conocía el riesgo y las comorbilidades de la misma.

VIGÉSIMO SEGUNDO: En cuanto a la cronología de la ficha clínica, en este punto conviene detenerse, ya que el Decreto 41 del Ministerio De Salud, Subsecretaría De Redes Asistenciales, que aprueba el Reglamento Sobre Fichas Clínicas, prescribe en su artículo 5 que: “La ficha clínica,



cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborada en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial”. Seguidamente, el artículo 6 señala en lo pertinente: “Toda ficha clínica deberá contener los siguientes antecedentes, a lo menos: c) Registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica. Si se agregan documentos, en forma escrita o electrónica, cada uno de ellos deberá llevar el número de la ficha. d) Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informados, rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso”.

Ahora bien, en relación a los antecedentes que debe contener una ficha clínica, se encuentra un registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud. Sin embargo, según se constata de la ficha clínica de la paciente Guajardo, no existen registros de los días 29 de julio, 5 y 6 de agosto de 2017, lo que permite colegir que ningún médico controló el suministro de los medicamentos que se le había prescrito a la paciente, así como tampoco las altas tensionales o, a lo menos, se puede colegir que ninguno de ellos evaluó la progresión o involución en el tratamiento ordenado. Este hecho cobra gran relevancia, ya que el último registro cronológico de la ficha clínica es en primer lugar hasta el 28 de julio para luego continuar registro consecutivo el día 30 de julio, posteriormente, se produce otra anomalía en el registro, figurando continuo hasta el 04 de agosto (viernes), donde hay anotación que a las 17:15 horas sufrió epistaxis, registrando la paciente una tensión arterial de 180/90, luego de eso, continúa el registro con el día 07 de agosto (lunes), vale decir, no existen anotaciones respecto de los días sábado 05 y domingo 06 del mes indicado. Esta ausencia de control respecto de la paciente, durante los días referidos, es una evidente falta de servicio, ya que se desconoce si la paciente recibió sus medicamentos, se controló su estado de salud y presiones arteriales, teniendo en consideración que el día 07 existe observación de:



“sábado con epistaxis, se realiza taponaje nasal”, sin embargo, no hay antecedentes que den cuenta de su condición de salud durante esos días y menos aún registro de su tensión, durante el episodio de sangrado sufrido.

Por otra parte, el mismo decreto en glosa señala, en su artículo quinto, que la ficha clínica debe conservar una estructura ordenada y secuencial, pero el informe clínico de la señora Mirta Guajardo no contiene en el particular información consecutiva ni cronológica, que diera cuenta día a día de los avances o retrocesos en el tratamiento que se le otorgó para su afección de tensiones arteriales, asimismo no hay constancia de que haya sido evaluada.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, corresponde en este punto y de inmediato hacerse cargo de la prueba testimonial de la parte demandada que, según lo razonado precedentemente, vendría a rechazar lo ya expuesto.

En cuanto a la testimonial de la demandada, en general, el conocimiento que tienen de los hechos que relatan es indirecto, es decir, tomaron contacto con los mismos al revisar la ficha clínica de la paciente. E incluso aquellos que afirman conocer del caso de la paciente por haberla atendido, según lo estampado en la ficha clínica, no intervinieron en todas las prestaciones médicas. De hecho, solo actuaron en algunas, muy puntuales (como fue el caso de la testigo Siso que la atendió sólo en dos cuadros de epistaxis, y el doctor Oscar Gamarra que la atendió en la primera etapa de diagnóstico del cáncer gástrico).

Así, en el caso del deponente Oscar Gamarra Chamorro, quien conoce el caso de la paciente, por haberla atendido en la etapa de cáncer gástrico, más no en los cuadros de epistaxis, tal como lo manifiesta, ya que la señora Mirta, se encontraba en sala preferencial a cargo de otros colegas, por lo que el conocimiento adquirido en el caso se debe a lo señalado por los colegas y por lo indicado en la ficha médica. En otras palabras, nada aporta en lo atinente al proceso, al menos en lo que se ha revisado en esta etapa del fallo.

Luego, el testigo Álvaro Fernando Valenzuela Guajardo, quien reconoce que no participó directamente en la atención de la paciente, pero admitió tener conocimiento del caso en razón de haber leído un resumen de los hechos, sumado a lo conversado con la doctora Siso, todo lo anterior, a



solicitud de la Dirección del Hospital, en su calidad de especialista otorrino, vale decir tuvo un conocimiento indirecto del caso.

Obviando lo anterior, los dichos del galeno se refieren a las condiciones de salud y patología de la paciente, exponiendo, de manera sintética, que no existiría un ilícito, ya que se trataba de una paciente frágil, adulta mayor que con cualquiera de sus patologías o cualquiera otra que se le sumara podía desencadenar un resultado grave o muy grave o incluso fatal, agregando que debido a la cirugía mayor a la que fue sometida, debía someterse a tratamiento preventivo de anticoagulantes, lo cual la hacía muy hábil al sangramiento, señalando que independientemente de lo que se haya hecho, probablemente, el desenlace sería el mismo.

Prosigue, refiriéndose a los tres episodios de epistaxis sufridos por la paciente, indicando que el primero de ellos atendido por la otorrino Siso, quien lo calificó de epistaxis anterior, aplicando el tratamiento de taponaje anterior con producto de última tecnología.

Indica que en su opinión los medicamentos aplicados a la paciente fueron los indicados, además de habersele suministrado en todos los eventos mientras estuvo hospitalizada.

Señala que la paciente fue vista cuatro veces por especialista, dos para taponaje y dos para retiro del mismo. En cuanto a las indicaciones de la otorrino Siso respecto a bajar y controlar las tensiones arteriales y sus observaciones de derivar a interconsulta, refiere en forma vaga e imprecisa, casi obviando las preguntas sobre el tema, indicando que se le recetó medicamento endovenoso llamado furosemida y captopril para crisis de mayor cuantía. Posteriormente agrega que tiene entendido que si se realizó la interconsulta indicada.

En cuanto a los medicamentos, esgrime que estos fueron suministrados, desconociendo las anotaciones respecto de que aún no ha recibido nifedipino, señalando que, si figura la palabra aún, puede deberse a un retraso en el despacho de farmacia, agregando que los medicamentos son de acción prolongada y dan una flexibilidad al respecto.

Nuevamente, al igual que en el caso anterior, estamos frente a un testigo indirecto, cuyos dichos se presentan dubitativos y en algunos casos



contradictorios a lo reseñado en la ficha médica, lo cual se debe a su nulo conocimiento, en la práctica, del caso de marras, no así, en cuanto a sus conocimiento sobre la materia, en razón de su calidad de otorrino, sin embargo, y haciendo alusión a lo señalado por la demandada, los conocimientos de la lex artis no son una receta de cocina, sino que se debe atender a las patologías propias de la paciente, las que en este caso, son del todo desconocidas por el testigo y obedecen al estudio de un resumen de la ficha médica más conversaciones con la doctora Siso, razón por la cual sus declaraciones no alcanzan para exculpar al Servicio de la responsabilidad que le cabe en esta falta de prestaciones médicas a que se encontraba obligada; más aún cuando se evidencia contradicción respecto a lo señalado en la ficha clínica en cuanto al suministro de los medicamentos en forma continua, permanente y regular, y lo señalado por el testigo, quien asevera que se le suministraron en todo momento, desconociendo que en la propia ficha clínica existe un vacío respecto del suministro oportuno de los mismos, especialmente del nifedipino entre el 04 y 07 de agosto, y el día 10 de agosto, en el que no se aprecia referencia al medicamento Nifedipino, Captopril, Clexane ni Losartán, no obstante que el día anterior se le había prescrito Nifedipino y Losartan.

Por lo demás, su imprecisión y vaga respuesta respecto a las interconsultas observadas por su colega, también otorrina, y el hecho de no haberse concretado, y las fatales consecuencias de su omisión, hacen que finalmente sus declaraciones carezcan de sustento y tengan el efecto de crear en esta sentenciadora una convicción distinta a la del testigo, según lo ya razonado hasta este punto.

Seguidamente, la testigo Gabriela Siso, indica conocer el caso en su calidad de médico otorrino, en virtud del resumen de la ficha médica que le fue presentado, luego de relatar el ingreso y diagnóstico de la paciente, indica que tiene conocimiento del caso porque le realizó a doña Mirta una atención y/o interconsulta, ante un cuadro de epistaxis nasal anterior nivel de la cabeza del cornete inferior derecho, y septum nasal, el cual procedió a cauterizar con una sustancia química que es nitrato de plata y colocación de taponamiento nasal anterior con merocel, y subgalato de dismuta, posterior a esta atención la



paciente cede a este cuadro de epistaxis de forma inmediata, dejándola citada para dentro de una semana para realizar retiro del taponaje.

Agrega, que tuvo conocimiento que la paciente había presentado algunas cifras de tensión arterial elevada, por lo cual hizo la sugerencia, al servicio tratante, de manejo de las cifras tensionales elevadas, bien sea por el propio servicio, o a través de una interconsulta del servicio de medicina interna o cardiología. Indica que debido a la patología de la señora Mirta, no evolucionó de la mejor forma, y que posteriormente realizó un nuevo cuadro de epistaxis anterior, el cual fue manejado por el servicio tratante, con taponamiento nasal anterior, colocación de agentes hemostáticos como espersil, también sé que se manejaron las cifras tensionales o de presión arterial, de forma segura con medicamento, y posterior a esto según el manejo de epistaxis, vio el resumen que la paciente horas después hace un paro cardiorrespiratorio, donde le hacen las maniobras de reanimación las cuales no llevaron a buen término y la paciente falleció después de ese evento.

En cuanto al sagrado de la paciente, indicó que se trataba de uno nasal anterior, según lo que logró visualizar, el cual cauterizó y puso taponamiento; contrainterroga respecto a los medicamentos, indica que estos fueron suministrados por el servicio tratante y que corresponden a antihioerpresivos, agrega que el espercil se usa como procoagulante ante las hemorragias. Respecto del nifedipino, indica que es un medicamento ampliamente conocido para el manejo de la hipertensión arterial y para bajar las cifras tensionales levadas, asimismo explica uso y aplicación del merocel.

Expresa que, la crisis hipertensiva no tiene relación directa con la epistaxis, la patología de la hipertensión arterial crónica, la cual conlleva a un daño del endotelio vascular volviendo las paredes de los vasos rígidos más frágiles, y con mayor capacidad de volverse vulnerables o romperse, por lo que las sugerencias de manejo de las cifras elevadas terminales por el propio servicio tratante, o en su defecto, por los servicios antes mencionados medicina interna o cardiología, es una sugerencia no una imposición.

En lo referente a las cifras tensionales posteriores, a la atención realizada a la paciente, indica que leyó que se agregaron medicamentos antihipertensivos adicionales, de manera de controlarlas.



Agrega, en su declaración, en lo relativo a la epistaxis del 13 de agosto que sufre la paciente, que, según lo leído de la ficha clínica, se realizó un control efectivo de la misma, que todos los médicos están capacitados para su manejo.

En lo relativo a la causa de fallecimiento de la paciente, señala que según leyó en la ficha fue por un paro cardiorrespiratorio, ya que la paciente era de edad avanzada y padecía diferentes patologías que la hacían frágil. Sin embargo, manifiesta que no estuvo en forma directa de la atención de la paciente, y que el paro cardio respiratorio, habría ocurrido en forma posterior al cuadro de epistaxis que había sido controlado.

Asimismo, contrainterrogada, indica que no hizo indicación de medicamento, sino que fue una sugerencia de medicamento al médico tratante, la fecha exacta no la recuerda, en cuanto al cumplimiento de lo sugerido, manifiesta que leyó que se colocaron tres medicamentos (nifedipino, furosemida y captopril).

En cuanto al no suministro aun del medicamento nifedipino, agrega que ella no hizo tal anotación, que puede haber habido un retraso en la entrega, y que el hospital cumple rigurosamente los tratamientos.

Posteriormente, refiere a los procedimientos en caso de que el taponamiento anterior no detenga el sangrado, los cuales son de alto riesgo para el paciente, más complejo y que requiere de especialistas, y que en el caso de la paciente se controló la hemorragia con un taponamiento anterior.

Que, según lo expuesto por la declarante, cuando se refiere a que “las sugerencias de manejo de las cifras elevadas por los servicios antes mencionados, medicina interna o cardiología, es una sugerencia no una imposición”, es propio señalar que tal propuesta, sin embargo, podría haber cambiado radicalmente el escenario y el futuro de la paciente. Ya que, al acogerse dicha sugerencia, y se le hubiere derivado efectivamente con un especialista y se le hubiera suministrado tales medicamentos, no hubiera resultado para nada algo exagerado o una prestación imposible de realizar para el hospital, toda vez que estaban en presencia de un mujer de avanzada edad, con una serie de enfermedades de alto riesgo, que más encima estaba recuperándose de una intervención quirúrgica para extraer un cáncer gástrico,



lo cual daba claros indicios que la sugerencia de la dra. Siso, sin importar si fue o no una imposición, aquello hubiese sido una chance para la afectada de tener un diagnóstico más certero y un tratamiento adecuado, vigilado y continuo en el tiempo.

Ahora, en cuanto a sus dichos que dicen relación con el primer episodio de epistaxis ocurrido con fecha 26 de julio de 2017, conviene precisar ciertas contradicciones en que incurre la deponente, al revisar las anotaciones en la ficha clínica de la afectada.

En primer término, consta en la ficha médica en la fecha referida, que la doctora Siso precisa que la paciente tiene crisis de hipertensión y epistaxis posterior anterior. Posteriormente, consta anotación que paciente refiere sangrado abundante por nariz y boca. Acto seguido sugiere bajar las cifras arteriales hasta la normotensión. De lo anterior es posible colegir, que, en el caso de autos, la primera impresión de la doctora Siso es la relación existente entre la crisis de hipertensión y la epistaxis sufrida, de ahí su sugerencia de bajar las cifras tensionales, hecho que fue obviado por el hospital, más aún, ignora la relación existente entre ambos cuadros (hipertensión y epistaxis), lo cual se desprende de las propias alegaciones de la demandada en su contestación. Por lo demás existe constancia clara que el sangrado reviste la calidad de abundante por boca y nariz, hecho que de igual forma se ignora o al menos no se le presta la atención debida, considerando las patologías previas de la paciente, en especial la hipertensión, su estado de salud actual y su evolución ante semejantes episodios. Asimismo consta la citación a una nueva interconsulta con otorrino, esta vez se realiza con fecha 02 de agosto, siendo nuevamente atendida por la doctora Siso, quien nuevamente refiere que la paciente persiste con cifras tensionales elevadas, constando expresamente esta vez, que se “debe derivar con internos para que maneje las cifras de presión o pase a interconsulta con cardiología o medicina interna para evaluar manejo de la paciente ya que persiste hipertensa con cifras elevadas puede volver a presentar epistaxis”. Nuevamente, se manifiesta por la profesional la estrecha relación entre las elevadas cifras arteriales y la epistaxis.



Así las cosas, es evidente para esta sentenciadora, el vínculo, al menos en esta paciente, entre las alzas de tensión y las epistaxis, y la preocupación de la profesional Siso al respecto, quien ya en dos oportunidades manifestó aquello (26 de julio y 2 de agosto 2017), sugiriendo, por tanto, la derivación a un especialista, lo que fue ignorado por parte del hospital, el cual se limitó simplemente a recetar nifedipino y captopril solo SOS.

En este sentido, resulta de suma importancia destacar lo enfática y reiterativa que fue la doctora Siso en el hecho de controlar la hipertensión de la paciente a fin de evitar futuras epistaxis y el vínculo existente entre ambos cuadros, así como la derivación a un especialista, lo cual no se condice con el tenor de su declaración, la cual se manifiesta en forma más que evidente que trata de exculpar la responsabilidad del hospital, lo que dado los antecedentes del caso no se ha logrado.

Finalmente, el testigo Hernán Díaz Bugueño, quien señala que no participó directamente en la atención de la paciente y que tomó conocimiento de los hechos en su calidad de jefe de la Unidad de Calidad del Hospital.

Manifiesta que en su calidad de técnico no reconoce un ilícito, sino que se trata de una atención prolongada a una paciente compleja de 76 años que ingresó por un cáncer gástrico, el cual requirió una gran cirugía, además era portadora de otras patologías.

En lo referente al post operatorio, indica que fue complejo, lo cual significó un gran gasto energético e inmunológico a la paciente, lo cual motivó una enorme preocupación y cuidado de todo el personal de las diferentes áreas.

En cuanto al fallecimiento señala que este fue a consecuencia de una falla multiorgánica derivada de toda esta patología compleja que enfrentó.

En lo relativo a las epistaxis, indica que la paciente sufrió tres episodios, las cuales correspondían a epistaxis anteriores, según lo diagnosticado por el médico otorrino y médicos de turno, las cuales se controlaron con taponaje anterior. Indica que fue vista en dos oportunidades por la otorrino Siso y en otra ocasión por el otorrino Hormazabal.



Respecto a la causal de las epistaxis, refiere que las patologías de la paciente, los problemas de coagulación, la edad, hipertensión contribuyeron a esta lesión en las arteriolas de la nariz.

Expresa que la causa del fallecimiento no se puede precisar, ya que no hubo necropsia, sin embargo, en el certificado de defunción se agregó falla multiorganica e infarto al miocardio. En su opinión estima una alta posibilidad de falla multiorgánica.

Manifiesta que el paro cardiorrespiratorio aconteció a las 7:20 horas por lo que no es producto de un sangramiento activo, sino de una suma de factores.

En cuanto a los problemas de hipertensión, señala que se estaba frente a una paciente crónica, la cual se encontraba en tratamiento durante toda su hospitalización, presentando un curso inestable de las cifras arteriales con periodos de altas y bajas lo cual significó un manejo complejo, ya que con las patologías que le afectaban y encontrándose en recuperación quirúrgica, controlar las presiones arteriales es muy complejo y dañino dado que valores mayores de presión arterial incluso son un mecanismo de defensa frente a la que afecta en ese momento a la paciente.

Referente al alza de presión del día 13 de agosto, indica que es un valor elevado, pero no extremo, dada la edad de la paciente, y que recuerda de la ficha clínica esa noche requirió un comprimido de captopril para controlar ese valor arterial.

Agrega que no reconoce ningún ilícito o negligencia que imputar al Servicio de Salud Talcahuano.

Respecto a la testimonial de la demandada, cabe precisar que salvo la doctora Siso, los demás no intervinieron en forma presencial en la atención de la paciente ni tampoco son testigos de oídas, ya que solo tomaron conocimiento de los hechos a través del estudio de la ficha médica, por lo que como bien lo señala la demandante pudiesen ser catalogados como testigos de lectura, los cuales no se encuentran permitidos ni regulados en nuestra legislación. Por lo demás sus declaraciones reiteran los hitos más relevantes de la ficha clínica antes resumida, pero ponen énfasis en que, la intervención a la



que se sometió la paciente no estaba exenta de riesgos debido a las patologías preexistente de doña Mirta.

En definitiva, ni documental ni testigos de la demandada, logran desvirtuar lo ya razonado por este tribunal. En cuanto, no consta en la práctica un control y monitoreo temporal y oportuno de las alzas tensionales, así como tampoco una medicación prolongada, constante y permanente, ni tampoco se logra justificar la no realización de las interconsultas a especialista, decretadas por la otorrino Siso, a fin de controlar las alzas de presión, y buscar el origen de la misma y su causalidad en las epistaxis sufridas por la paciente.

VIGÉSIMO CUARTO: En este punto, el tribunal no puede dejar pasar la oportunidad de aclarar que los testigos que son presentados como prueba ante estrados, deben declarar respecto de los hechos de la causa, dando razón de sus dichos, esto es, que deben dar testimonio de lo que saben porque lo escucharon directa o indirectamente del afectado- testigos de oída- o bien porque presenciaron los hechos que narran – testigos presenciales.

Sin embargo, las declaraciones de los testigos de la demandada, atendido su testimonio, y conjeturas, más bien parecen presentarse como peritos que analizan el caso de autos, con la ilustración técnica que poseen, pero desconociendo que no están compareciendo al juicio en tal calidad, sino como prueba testimonial, es decir, que al tenor de los puntos de prueba deben exponer los hechos que saben o conocen, y no calificarlos según su expertiz.

Y, por lo demás, aun suprimiendo el razonamiento anterior, este tribunal esperaría que si los testigos analizan los hechos como “peritos-testigos”, al menos hubiesen comparecido aquellos facultativos que prestaron personalmente prestaciones médicas a doña Mirta Guajardo, y no, como acontece en el caso en análisis, aquellos que hicieron un estudio del resumen la ficha médica. Si bien, el doctor Gamarra, atendió a la paciente, lo hizo en la etapa previa de diagnóstico del cáncer gástrico, mas no en los cuadros de epistaxis. En el mismo sentido, el doctor Valenzuela, comparece en su calidad de especialista otorrino, sin perjuicio, no participa en la atención médica de la señora Mirta, por lo que su conocimiento del caso se debe a un estudio de la evolución clínica de la misma, no constándole, de forma presencial, el verdadero estado de salud de la paciente, lo mismo en el caso del doctor Díaz



Bugueño. Caso distinto, es el de la doctora Siso, ya que ella participó, directamente, en el primer episodio de epistaxis, de la paciente, más no, en los ocurridos con posterioridad, pero su declaración está basada en el conocimiento de la causa misma, y en su calidad de especialista otorrino, lo cual hace que logre identificar y relacionar las altas tensionales con los sangrados nasales acontecidos, resaltando en forma enfática la necesidad de su control y regulación por parte de especialistas en el área, lo cual consta de manera expresa en la ficha clínica, pudiendo colegirse, claramente, y dando una señal evidente, que los episodios de epistaxis, se producen debido a la hipertensión arterial que padecía la paciente y que no se trató en forma oportuna, previa y adecuada.

En definitiva, los argumentos de la demandada para descartar la íntima relación y causa entre las altas cifras tensionales y los episodios de epistaxis sufridos por la paciente y su fatal desenlace, resultan incongruentes con los antecedentes que se encuentran en la ficha clínica y, por otra parte, con la prueba que allegó al proceso, en ningún caso logró acreditar su postura de los hechos.

Ahora en relación a la actividad desplegada por el servicio, ante los síntomas de la afectada que presentó en su estadía en la UTI, y siguiendo los principios orientadores del derecho de daños, en especial la premisa de que entre mayor labilidad de un paciente mayor acuciosidad y deber de servicio debe desplegar la administración, era esperable, que el hospital desarrollara las prestaciones atinentes a los síntomas de la paciente, siguiendo las sugerencias de la Otorrino, y a su vez desplegar una actividad concordante con los protocolos y reglamentos existente al efecto (Documento emanado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, escuela de medicina-otorrinolaringología, denominado “Epistaxis”, elaborado por el Dr. Claudio Callejas Canepa y Dra. Gabriel Faba Camilo; Procedimiento de referencia y contrareferencia en otorrinolaringología protocolo: epistaxis, del Servicio de Salud Araucanía Sur; Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico, Marcela Hernández V, Carlos Hernández A, Juan Pedro Bergeret V.; y Decreto 41 del Ministerio De Salud, Subsecretaría De Redes Asistenciales, que aprueba el Reglamento Sobre Fichas Clínicas).



En efecto, según se indicó en este fallo, la señora Mirta Fabiola Guajardo Cárdenas, padecía una serie de comorbilidades que la hacían especialmente susceptible de sufrir enfermedades relacionadas con su condición, lo que implicaba desplegar conductas médicas que suprimiesen o atenuasen los riesgos.

En el caso de autos, la paciente, no obstante, sus antecedentes mórbidos anteriores, que no eran menores y, además, que algunas de sus patologías tenían directa relación con la posibilidad cierta de sufrir episodios de epistaxis, hacía imperativo que ante cualquier síntoma de alza en las cifras tensionales asociado a un sangrado nasal, debía prescribírselo un tratamiento de antihipertensivo constante, oportuno y prolongado, junto a una derivación y control a un especialista en la materia, en conjunto con una orden para realizarle un monitoreo continuo y de vigilancia constante de las cifras tensionales, para detectar los avances y/o retrocesos en su estado de salud, para ir tomando las decisiones y prescripciones médicas concordantes a la situación monitoreada. Sin embargo, todo aquello no consta que se haya realizado, según la prueba allegada al proceso.

VIGÉSIMO QUINTO: Que, ahora bien, teniendo en consideración que la paciente padecía un cáncer gástrico, además de ser hipertensa, sufrir una anemia ferrosa, tomar anticoagulantes, factores que la hacían especialmente vulnerable, requiriendo de un cuidado especial y precoz para predecir su dirección; además, por su edad y condiciones comórbidas, no resultaba desproporcionado desplegar mayores medidas de cuidado; la situación que orbita a la situación que sufrió la paciente, es la falta del acucioso y minucioso cuidado por parte del Hospital Las Higueras, lo que se expresa en la total ausencia de la continuidad de un tratamiento farmacológico y de un médico especialista, que pudiese ocuparse plenamente de una paciente que presentaba una condición de salud que calificaba perfectamente para que fuese atendida con las más alta rigurosidad y diligencia, contado el Servicio médico demandado con todos los medio técnicos y profesionales para asistir los requerimientos de esta paciente.



VIGÉSIMO SEXTO: Que, la síntesis de la ficha clínica de la paciente y de su evolución desde el 26 de julio de 2017 en adelante (fecha de la primera epistaxis), así como las declaraciones de los testigos, demuestra que, si bien la demandada efectuó prestaciones médicas con el objetivo de restablecer la salud de la paciente Guajardo Cárdenas, existieron algunas claramente tardías y otras que, inclusive, no llegaron a efectuarse, pese a lo relevante que resultaban, y que finalmente hicieron el efecto contrario, vale decir la paciente fue involucionado en su estado de salud.

En efecto, de los antecedentes que obran en el proceso, especialmente los registros de la ficha clínica de la enferma, se logra visualizar una falta de monitoreo, medicación, y control permanente y continuo de las cifras tensionales; y de la declaración de los testigos, se logra concluir que el demandado observó en forma errática los episodios de epistaxis que presentaba la paciente, atribuyéndole a aquellos el carácter de hechos aislados y ocasionales, lo que conjugado con otros factores, como las patologías que sufría, la volvieron más vulnerable a los episodios de sangrado, que finalmente conllevaron a su muerte.

Ahora, en cuanto a la imputación que la parte demandante efectúa en contra del Hospital Las Higueras, referente al no haberse llevado a cabo las interconsultas observadas por la especialista otorrino Siso, con el objeto de controlar las altas cifras de las presiones arteriales a fin de evitar futuras epistaxis, es acá donde el tribunal aprecia, la importancia de esta omisión por parte de la demandada.

Es del caso, que atendida la evolución del cuadro de la paciente, el que se alejaba evidentemente de la recuperación y, en el peor de los casos, de la estabilidad, no se ordenó la práctica de ninguna interconsulta a un especialista, ni ningún examen propio de la patología de hipertensión que padecía la paciente, que pudiese entregar información útil y oportuna de la situación de salud de doña Mirta. Es en este punto donde el tribunal aprecia una importante omisión por parte de la demandada, y donde discrepa con lo señalado en la contestación del libelo, donde se esgrime al respecto que “Esto no fue necesario, insistimos porque la paciente estaba en manos de médicos con capacidades y conocimientos para efectuar manejo de hipertensión arterial y



así se hizo, indicando fármacos antihipertensivos, Nifedipino, furosemida y Captopril”. Sin embargo, a juicio del Tribunal, la omisión a esta sugerencia, y un oportuno control, observación, examen y medicación, por parte de un especialista, pudo haber cambiado el desenlace falta del caso de autos, pudiéndose evitar los cuadros de epistaxis, controlar las altas tensionales en forma efectiva y prolongada en el tiempo, y no sobre la marcha, teniendo en cuenta la sintomatología y patologías de doña Mirta, por lo que no era nada extravagante haber tomado los resguardos propios de una paciencia con sus comorbilidades, más aún si se considera que su evolución de condición de salud no eran las óptimas, por lo que esta situación es francamente inaceptables y difícilmente conciliables con una buena *lex artis*.

En el mismo sentido, la respuesta de la demandada, al menos respecto del origen de los sangrados, los cuales atribuye a cuadros de estrés y ansiedad producto de los cuadros de epistaxis, resultan carente de toda lógica y fundamentos, ya que la propia demandada durante su presentación ratifica la idea que se deben considerar las patologías propias de la paciente, y según se ha analizado su registro clínico desde que ingresó a este nosocomio, esta paciente era la candidata más que perfecta a sufrir los sangramientos nasales, que efectivamente padeció, ello por cuanto desde un comienzo se tuvo conocimiento de las comorbilidades que le afectaban, y entre ellas una hipertensión la cual la paciente estaba tratando con Losartán, de tal suerte que las epistaxis que presentó la víctima estaban muy lejos de asociarse a cuadros de estrés y ansiedad; y aquello lo corroboran las anotaciones en la misma ficha, como, “paciente ingresa hipertensa”, “paciente persiste con hipertensión”, “paciente con cifras tensionales elevadas” “impresiona epistaxis ant-post en contexto de hipertensión”, “paciente persiste con cifras tensionales elevadas”, o “ya que si persiste con cifras elevadas puede volver a presentar epistaxis”, por lo que hacer pretender a este Tribunal, que las alzas de cifras tensionales obedecen a parámetros distintos a los ya señalados, carece de sustento.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: De este modo, atendido lo señalado en los acápites precedente, este tribunal estimará que la demandada faltó al servicio que le era exigible, al no proporcionar a la señora Guajardo Cárdenas las



prestaciones médicas idóneas y oportunas relacionadas con su estado de salud, especialmente exámenes y/o procedimientos anticipatorios al agravamiento de su condición, los que, en caso alguno, resultaban extravagantes de llevar a cabo o se alejaban de la normalidad.

En vista de lo anterior, teniendo en cuenta que es la propia demandada la que con su omisión posibilitó una cadena de hechos, que culminaron con la muerte de la paciente, restándole la posibilidad de una mejoría, es que esta juez no dará crédito a la postura de la reclamada, teniendo en consideración, la indicada máxima de, a mayor labilidad, mayor cuidado.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que, también indicó la demandada, y sus testigos reafirmaron, que una vez que la paciente sufrió el primer episodio de epistaxis, se dispusieron todos los medios para tratar su salud, efectuando una serie de procedimientos, entre ellos taponamiento nasal anterior, medicamentos para controlar las alzas de tensión, pero pese a aquello, la paciente falleció.

Tales argumentos, ciertos o no, resultan para lo debatido en el proceso, para el marco temporal donde se ubican las faltas de servicio de la demandada, impertinentes.

Ello por cuanto a que a la demandada se le imputa, por una parte, una falta de servicio en la atención a la señora Guajardo Cárdenas, para prevenir las reiteradas epistaxis que padeció, en el entendido que el personal médico estaba en conocimiento de su hipertensión que traía y del medicamento con que se estaba tratando aquella, lográndose acreditar con la prueba rendida, una total ausencia de un control preventivo de las cifras tensionales; y por otro lado, los actores reclaman de la demandada, la omisión en procurar un especialista para la atención de la señora Mirta, ante las sugerencias de la profesional Siso, y ante los cuadros de sangramiento que se prolongaban en el tiempo, y prohibiéndole además, una medicación oportuna, continua y prolongada durante su estadía en ese establecimiento hospitalario, y posterior seguimiento de la evolución del estado de salud de la paciente.

De este modo, las medidas y tratamientos que la demandada afirma haber adoptado para tratar la condición de salud de doña Mirta Guajardo



Cárdenas, son posteriores a las faltas de servicio cometidas, y muchas de esas medidas que alega la reclamada, simplemente no se proporcionaron.

Por tanto, se tendrá por demostrada la falta de servicio imputada a la parte demandada.

VIGÉSIMO NOVENO: Que, en lo que respecta al daño, los actores afirmaron haber sufrido uno de naturaleza moral y, además, en calidad de víctimas por repercusión, debido, en resumen, al sorpresivo deceso de su madre y cónyuge a causa de la falta de servicio de la parte demandada.

TRIGÉSIMO: El daño moral se ha definido como “...el dolor, pesar o molestia que sufre una persona en su sensibilidad física, en sus sentimientos o afectos o en su calidad de vida y cuya indemnización se identifica en general con la expresión latina *pretium doloris* o “precio del dolor”, y haciendo una clasificación elemental de los tipos de intereses susceptibles de perjuicio moral comprende tanto los atributos de la personalidad, tales como el honor o la honra, la intimidad o la propia imagen, cuya lesión involucra generalmente aspectos patrimoniales y extrapatrimoniales, tales como el dolor corporal, los perjuicios estéticos o de agrado; o cualquier deterioro del normal desarrollo de la vida familiar, afectiva o sexual; los daños en la autoestima a consecuencia de lesiones o pérdida de miembros; y los llamados perjuicios de afección, ocasionados por el sufrimiento o muerte de un ser querido e intereses relacionados con la calidad de vida en general, constituidos por las molestias ocasionadas en razón de la vecindad, tales como ruidos molestos, humos y malos olores; intereses relacionados con la integridad física y psíquica afectan, asimismo, la calidad de vida de la víctima” (Rol 5857-06, 3582-2012 ambos de la Excma. Corte Suprema).

Se ha sostenido, además, que las indemnizaciones que se entreguen por tal concepto no tienen como finalidad reparar, sino compensar los daños sufridos, entregar una suma de bienestar a quien lo ha padecido. Por su parte, dada su naturaleza profundamente subjetiva, y si bien debe de demostrarse, el sentenciador goza de mayor libertad en su apreciación, pudiendo emplear las presunciones judiciales para colegir hechos no demostrados, sobre la base de los que sí se han comprobado.



Todo lo antes referido debe entenderse en concordancia con las oportunas palabras del profesor Fernando Fueyo Laneri (Gaceta Jurídica, N° 123, Santiago, Chile, año 1990, pág. 14), quien escribió: “El juez, en esta materia del daño moral, escudriñará sobre la agresión de que ha sido objeto un derecho extrapatrimonial (o bienes y derechos de la personalidad) y, probados que sean los hechos que acreditan las bases materiales o fácticas necesarias, discurrirá prolijamente con su saber jurídico, su conciencia, su discrecionalidad, su prudencia, su afán por hacer justicia, etc., sobre el modo de reparar el daño causado, con especial aplicación de la equidad que autoriza expresamente el N° 5 del art. 170 del Código de Procedimiento Civil. La condena, en su caso, será de naturaleza meramente satisfactiva y sancionatoria moralmente; jamás compensatoria, como sucede en el caso del daño patrimonial”. Además de lo enseñado por el profesor Fueyo, también resulta relevante lo señalado por don Enrique Barros Bourie (Po. Cit., págs. 332 y 333) quien ha expuesto que, “...el daño moral no puede ser objeto de una prueba directa, como el patrimonial, sino sólo puede ser inferido (...) el único medio de prueba disponible son las presunciones judiciales”. Y, acto seguido, el ejemplo propuesto por el autor es del todo gráfico: “...alguien sufre la pérdida de sus piernas o su honra es afectada por una difamación, no le será posible mostrar al tribunal la sensación que ha experimentado, pero el juez sabrá que de esos hechos típicamente se sigue dolor físico o moral y que, en distintos grados, se puede ver afectada la capacidad de la víctima para disfrutar la vida” (criterio recogido, además, por la Iltma. Corte de Apelaciones de Temuco, rol 993-2011).

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que, ahora bien, dado que los demandantes aseveran tener la calidad de víctimas por repercusión, debe analizarse el daño que provocó el fallecimiento de la señora Mirta Fabiola Guajardo Cárdenas en los demandantes, y su relación de parentesco con la occisa.

Que el deceso de doña Mirta Guajardo Cárdenas, consta en el certificado de defunción señalado en el considerando octavo, punto I), letra b), que da cuenta que su óbito ocurrió el 13 de agosto de 2017.

Respecto del parentesco de los actores con la demandada, por medio de la medida para mejor resolver decretada a folio 80, la certificación de folio 81



y los certificados de nacimiento agregados a folio 82, se da por demostrado que los actores tenían la calidad de hijos de doña Mirta Fabiola Guajardo Cárdenas y, en el caso de don José Orlando Rosas Miranda, su vínculo fue el de cónyuge, actual viudo, según consta de certificado de matrimonio rolante a folio 82.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que, en virtud de lo señalado en los párrafos anteriores, este tribunal concluye que resulta evidente, notorio y categórico que la salud y vida de la señora Guajardo Cárdenas se vio afectada producto de la falta de servicio de la demandada, falleciendo en definitiva; persona que representaba para los actores una figura en alta estima, con la cual tenía un lazo afectivo profundo, pues el curso normal de las cosas (a lo que debe estarse este tribunal, salvo prueba en contrario) dicta que los hijos y el cónyuge tienen estrechas relaciones de afectos con sus progenitores y esposa respectivamente, las que aumentan poderosamente cuando la madre y consorte, se ve involucrada en una estadía en el nosocomio, con síntomas de agravación progresiva de su estado de salud y, posteriormente, se ve afectada por una serie de procedimientos invasivos, así como su ulterior deceso, lo que evidentemente compunge y aflige a sus hijos y marido.

Así, de un hecho conocido (relaciones de parentesco), así como el contexto de las mismas, se puede colegir de forma natural y armoniosa que toda persona que se ve expuesta a la pérdida de una madre o un cónyuge (especialmente si aquella tiene una edad avanzada, lo que implica una relación aún más profunda y de alto apego), sufrirá un perjuicio en sus sentimientos y también su corporeidad (lo sensitivo trasunta hacia lo corporal y viceversa), lo que causará aflicción y sufrimiento, sobre todo si ello implica un cambio repentino de la rutina y del diario vivir .

En definitiva, este tribunal considerará por demostrado el daño moral sufrido por los actores, siendo para esta judicatura prudencial la determinación del monto indemnizatorio, dadas las peculiaridades del detrimento analizado, como se dirá en lo resolutivo.

Finalmente, en cuanto a la prueba testimonial de la parte demandante, si bien los deponentes refieren que los actores sufrieron perjuicios por el deceso de doña Mirta Fabiola Guajardo Cardenas, especialmente en su estado de



ánimo, sus relatos son de sumo genérico, imprecisos y de oídas o subjetivamente interpretados, lo que, sin embargo, no se opone a lo señalado en los párrafos anteriores, pues las presunciones analizadas son suficientes para que este tribunal de por probado el quebranto sufrido por los autores.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que, así las cosas, habiéndose determinado la falta de servicio imputada al Hospital Las Higueras, y el daño reclamado por los actores, es oportuno analizar la relación de causalidad que debe existir entre la falta de servicio y el daño respectivo.

Esta materia ha sido tratada extensamente en jurisprudencia y en doctrina, pese a los lacónicos términos que usa el Código Civil para referirse a ella. En general, se ha indicado que se compone de un elemento material y de uno jurídico (causalidad material y causalidad jurídica), donde la primera busca demostrar que, desde un punto de vista fáctico, el daño es una consecuencia necesaria del o los hechos negligentes. La segunda, en cambio, busca un nexo entre las normativas aplicables al caso sub judice y los daños generados, esto es, que dichas normas busquen que los perjuicios no se susciten (Barros Bourie, Enrique, op. Cit., pág. 376 y siguientes).

En lo tocante a la causalidad material, en nuestra jurisprudencia y doctrina se ha estimado que la denominada teoría de la equivalencia de condiciones es una herramienta útil que permite un ejercicio mental idóneo para dilucidar la causalidad. En virtud de esta teoría, todas las circunstancias que intervienen en un hecho dañoso deben considerarse equivalentes si, suprimidas mentalmente, el daño no se hubiese suscitado. Por el contrario, si se elimina una circunstancia y el daño igualmente se hubiere generado, no se estará en presencia de una “condición”, sino de un “factor” que no se encuentra en equivalencia a los otros concomitantes, por lo que debe ser desechado.

Finalmente, dentro de lo conceptual, y como acertadamente el profesor Barros lo hace saber (Op. Cit, pág. 378 y 379), el análisis de la causalidad es esencialmente un juicio probabilístico, pues resulta evidente que el juzgador se encuentra ex post de la ocurrencia de los hechos y debe razonar ex ante respecto de ellos, asignando a cada circunstancia una entidad probabilística. Así, resulta imposible, por las limitaciones de la ciencia jurídica, una exactitud



total en la reconstrucción de un hecho que sucedió en el pasado, bastando un análisis de probabilidad, situación que debe evaluar el juzgador, evitando, ciertamente, la sucesión de hechos extravagantes o desvinculados.

TRIGÉSIMO CUARTO: Que, en la situación particular de autos, este tribunal aprecia un nexo causal entre la falta de servicio en la cual incurrió la parte demandada y el daño que se les infirió a los actores. En efecto, teniendo en consideración que la relación causal implica un nexo probabilístico, los antecedentes que obran en el proceso permiten establecer que, suprimida mentalmente la mala praxis de la demandada, esto es, si el Hospital Higuera, por medio de su personal sanitario, hubiese adoptado las medidas preventivas y de acuciosidad médica que exigía la especial y específica condición de salud de la paciente, y si desde su ingreso al nosocomio o, en el peor de los casos, desde el inicio de los cuadros de epistaxis sufridos, hubiese prestado el servicio de un especialista, quien, a su vez, hubiese analizado detenida y metódicamente el estado de salud de doña Mirta Guajardo Cárdenas, supervisando los medicamentos administrados, y en general, se hubiese proporcionado a la paciente un cuidado acorde con sus comorbilidades y edad, existe una razonable probabilidad que las altas cifras tensionales pudieron haberse controlado y no evolucionar a un cuadro de epistaxis de difícil manejo que no cedió antes las compresiones, y que culminó con el deceso de la paciente.

En otras palabras, este tribunal estima que la infracción a la *lex artis* de la demandada, es una condición sin la cual no se hubiese generado el decurso de los acontecimientos, pues su presencia en el encadenamiento de los hechos aportó una alta probabilidad de ocurrencia de éstos, probabilidad que debe tenerse como determinante en el acontecer causal de los sucesos.

En el plano de la causalidad normativa, el estándar de diligencia que construyó este tribunal en los considerandos que se ocuparon de la falta de servicio, naturalmente tiene por objeto que se evite la causación de daños, esto es, fija un parámetro de previsibilidad que busca que un perjuicio no se suscite y, más específicamente, tiene como objetivo que una persona que presenta una serie de comorbilidades (especialmente una paciente que padece de hipertensión) y, además, una edad avanzada, como fue el caso de la afectada



de autos, no evolucione a condiciones de salud más desfavorables, que la lleven a exponerse a situaciones de sufrimiento y aumento de los riesgos que ya presentaba la paciente al tiempo de su ingreso al nosocomio, como fue el caso de marras en que la paciente, después de su cirugía de cáncer gástrico, presentó un derrame pleural, sangrados nasales en reiteradas oportunidades en corto periodo de tiempo, alzas de presión arterial, medicación poco constante y oportuna y, ciertamente, su ulterior óbito.

En el caso sublite, nada nos asegura que la intervención oportuna de un especialista, un control de alzas de tensión y medicación constante, sumados a todos los demás procedimientos que faltaron, evitarían la muerte de doña Mirta Fabiola, pero sí habrían otorgado a la paciente una posibilidad clara de sobrevivida.

Luego, los demandantes de autos, en sus calidades de hijas, hijos, y cónyuge, demandan por el daño sufrido, ante la pérdida temprana e irrecuperable de doña Mirta Fabiola Guajardo Cárdenas, daño que sólo puede vincularse a una oportunidad de contar con su pariente por un tiempo mayor.

Así, lo relevante es que la falta de servicio, esto es, el mal funcionamiento del Servicio de Salud de Talcahuano-Hospital Las Higueras-, privó, tanto a la paciente como a los actores, de la posibilidad de un tratamiento oportuno que hubiera eventualmente impedido el deceso de doña Mirta Guajardo Cárdenas, siendo en definitiva éste el daño que se le puede atribuir a la demandada. Que no puede serles indemnizado el daño relacionado con la muerte de la paciente, porque respecto de aquello no es posible establecer el vínculo de causalidad.

En consecuencia, este tribunal estimará que entre la falta de servicio de autos y el daño sufrido por los demandantes, existió un razonable nexo de causalidad fáctica y jurídica.

TRIGÉSIMO QUINTO: Asentado lo anterior, en lo que concierne a la regulación del monto de la indemnización a cuyo pago serán condenados los demandados, cabe destacar que, como se ha dicho, la doctrina en este sentido es unánime, por cuanto, “La oportunidad es lo que se debe indemnizar, y no lo que estaba en juego. Si es que se debe reparar la pérdida de la oportunidad de sobrevivir,” “(...) el juez no puede condenar al médico a pagar una



indemnización igual a la que se debería si él hubiera realmente matado al enfermo”. “Por eso se ha dicho que la indemnización o el valor es parcial, pues nunca debe ser igual a la ventaja esperada o a la pérdida sufrida” (Ríos Erazo y Silva Goñi, op. cit. Pág. 268).

Que, atendido a lo reseñado precedentemente, en cuanto a que no pudo establecerse que la falta de servicio privara de la vida a la señora Guajardo Cárdenas, pero, sí se determinó que se le privó de la opción de tener un tratamiento que eventualmente le habría puesto en una posición de mayor ventajas para resistir y de luchar por su vida, oportunidad de la que también fueron privados sus familiares directos, actores de estos autos, quienes no pudieron contar por un tiempo mayor con la presencia de una madre y una cónyuge, con quien vivían y cuidaban cotidianamente, razones por las que se regulará el monto de la indemnización que los demandados deberá pagar, en una suma considerablemente inferior a la solicitada por aquéllos, pues se estima que no resulta posible avaluar el monto en relación a la pérdida por la muerte del paciente, sino sólo la pérdida de la posibilidad de haber obtenido una prestación de servicios médicos oportuna y eficaz, en los términos que han sido explicados.

TRIGÉSIMO SEXTO: Que, en consecuencia, y atendido lo expuesto se regulará el monto de la precitada indemnización por concepto de daño moral prudencialmente en la suma de \$40.000.000 en favor del cónyuge don José Orlando Rosas Miranda; y en \$30.000.000 en favor de cada uno de los hijos e hijas de la afectada.

TRIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, en cuanto a los intereses y reajuste solicitados, se han pedido en el libelo de un modo particularmente ligero, desconociendo lo álgido que es el debate doctrinario y jurisprudencial al respecto. Se ha fallado en esta materia por parte de la Excma. Corte Suprema que, “....resulta obvio que en tanto no exista sentencia ejecutoriada, no existe deuda alguna que satisfacer”, para luego reafirmar que la deuda “...surge una vez que la respectiva sentencia se encuentra ejecutoriada, porque antes de ello no existe la obligación de pagar y por lo tanto no hay capitales exigibles” (Revista de Derecho, N° 26, 2011. pp. 245 – 258, E. Corte Suprema rol 2073-2009,). Por ello, tratándose de obligaciones en dinero ilíquidas (el caso de



autos), sólo cuando la sentencia quede firme y ejecutoriada el monto respectivo pasa a ser parte del sistema de reajustabilidad y, respecto de los intereses, sólo cuando desde esa fecha el deudor no pague, pasará a estar en mora y adeudará el interés por el retardo.

TRIGÉSIMO OCTAVO: Que, en definitiva, se dará lugar a la demanda de indemnización de perjuicios de autos, en las condiciones que se señalarán en lo resolutivo de este fallo.

TRIGÉSIMO NOVENO: Que, el resto de la prueba rendida en el proceso no altera lo que se ha razonado previamente, especialmente la prueba testimonial de los demandantes, pues no aportan antecedentes relevantes que alteren la información suministrada por la prueba documental de autos. Y, en cuanto a la prueba testimonial de la demandada, ya fue analizada en lo que resultaba pertinente para estos autos.

Por estas consideraciones, visto lo dispuesto en el artículo 38 de la Constitución Política de la República; artículo 44 y siguientes de la Ley Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado; artículo 38 y siguientes de la ley N° 19.966; artículos 1.698 y siguientes, 2.314 y siguientes del Código Civil; artículo 254 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se resuelve:

I).- Que, **no ha lugar** a la tacha presentada en contra el deponente Hernán Eugenio Díaz Bugueño.

II).- Que, en cuanto a la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual por falta de servicio, interpuesta a folio 1 por parte de don Sebastián Alejandro Urrutia Mendoza, abogado, en representación convencional de don José Orlando Rosas Miranda; de doña Ximena Elizabeth Rosas Guajardo; de doña Jeanette Eugenia Rosas Guajardo; de doña Eliana Fabiola Rosas Guajardo; de don Alexis Orlando Rosas Guajardo; y don Jaime Marcelo Rosas Guajardo; en contra del Hospital Las Higueras, representado legalmente por su Directora doña Patricia Sánchez Krause y en contra del Servicio de Salud Talcahuano, representado para estos efectos por doña Patricia Sánchez Krause, **ha lugar, por lo que se condena** a las demandadas a pagar a los demandantes, a título de indemnización de perjuicios y por los daños morales causados con motivo de los hechos



expuestos en esta sentencia, las suma de \$40.000.000 en favor de don José Orlando Rosas Miranda, y \$30.000.000 en favor de cada uno de los hijas e hijos demandantes, que son: doña Ximena Elizabeth Rosas Guajardo; doña Jeanette Eugenia Rosas Guajardo; doña Eliana Fabiola Rosas Guajardo; don Alexis Orlando Rosas Guajardo; y don Jaime Marcelo Rosas Guajardo.

Las cantidades indicadas anteriormente se deberán pagar debidamente reajustadas con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, ello desde la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y hasta el pago efectivo y con intereses para operaciones reajustables, sólo en caso de mora.

II) Que, no condena en costas a la demandada, por haber tenido motivo plausible para litigar.

Notifíquese, regístrese y archívese si no se apelare.

Rol C- 794-2020.

Dictada por **KARINA IVONNE LUNA ANGULO**, Juez Suplente del Segundo Juzgado Civil de Talcahuano.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 162 inciso quinto del Código de Procedimiento Civil.

