

«RIT»

Foja: 1

FOJA: 1 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 29° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-31108-2018
CARATULADO : [REDACTED]

Santiago, dieciocho de Marzo de dos mil veinte

VISTOS:

Juan Ignacio Piña Rochefort, abogado, en representación de [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] y [REDACTED]
[REDACTED], todos domiciliados en calle [REDACTED], piso [REDACTED] Santiago, deduce demanda de indemnización de perjuicios en contra de Clínica Las Condes S.A, representada por [REDACTED]; [REDACTED], médico ginecólogo obstetra; y de [REDACTED], médico cardiólogo, todos domiciliados en calle Lo Fontecilla N° 441, Las Condes.

Expone que en septiembre de 2017, [REDACTED], una mujer de 34 años, casada con [REDACTED] cursaba un embarazo de término, casi llegando al noveno mes. Dice que dicho embarazo se desarrolló con absoluta normalidad, tanto respecto de la salud de ella como de su hijo en gestación. El día 2 de ese mes comenzó a sentir fuertes dolores pélvicos, que fueron en aumento a pesar de guardar reposo. Para conseguir orientación, señala que su familia llamó en reiteradas ocasiones durante esa jornada a su obstetra tratante, la dra. [REDACTED] [REDACTED], quien a las 20:30 horas respondió las llamadas indicándole un supositorio “SAE” (antiespasmódico). Sin embargo, los dolores no cesaron durante toda la noche, causándole molestias para levantarse e incluso caminar. Agrega que el padre de [REDACTED], intentó contactarse a primera hora -a través de un WhatsApp- con la referida profesional, y que al no recibir respuesta, junto a su yerno –el marido de Romina- la trasladaron a urgencias de la Clínica Las Condes, lugar donde estaba dispuesto que diera a luz a su primer hijo. Relata que a su ingreso fue recibida por la dra. [REDACTED] y por el dr. [REDACTED] [REDACTED], quien constató que se encontraba afebril, normotensa con



«RIT»

Foja: 1

una frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno dentro de los límites normales y con una pubalgia que le impedía moverse. Posteriormente fue evaluada por el dr. [REDACTED], gineco - obstetra residente, quien la encontró en buenas condiciones, hemodinámicamente estable, con examen respiratorio, cardiovascular y obstétrico normal, pero refiriendo mucho dolor. Prosigue contando que se decidió hospitalizarla, con un diagnóstico de primigesta con embarazo de 38 semanas y 6 días y pubalgia. Se le indicó reposo relativo, paracetamol y viadil. Posteriormente, fue reevaluada por el dr. [REDACTED], complementándose el tratamiento con kinesiterapia y tramadol.

Expresa que al ingreso en la Clínica, su padre, [REDACTED], constató que no había un médico residente en el tercer piso de maternidad, aun cuando eso le habían informado. Por el contrario, al requerir asistencia de uno, se le indicaba que dicho profesional estaba en Urgencia y que no podía subir hasta desocuparse. De este modo y en ausencia de un médico residente en maternidad, ejercía dichas funciones un mismo profesional en urgencia y en el tercer piso. Refiere que a pesar de los calmantes suministrados, los dolores no cesaron en todo el día, de lo que estuvo plenamente informada la dra. [REDACTED] a través de una serie de mensajes -WhatsApp- que le enviaba el padre. Al no recibir respuestas ni soluciones, a las 19:00 horas se comunicó con la dra, quien finalmente se hizo presente en la Clínica. En dicha visita manifestó que si bien lamentaba no poder esperar un parto normal, la persistencia de los dolores hacía necesario indicar una cesárea, y que al nacer la criatura el dolor debía disminuir considerablemente hasta desaparecer. De este modo, la dra. [REDACTED] indicó la cirugía y luego del procedimiento nació [REDACTED], el domingo 3 de septiembre a las 22:52 horas. Destaca que para sorpresa de la familia, al finalizar la operación, la facultativa no salió a informar sobre el estado de salud de la paciente ni de [REDACTED], su hijo recién nacido, y que cuando preguntaron por ella se les comunicó que como era domingo y tarde ya se había retirado del lugar. Hace presente que en ningún momento se dispuso la utilización de medias anti trombos, ni antes ni después del parto, elemento que estima debe ser ocupado en todas las operaciones de cesárea.

Agrega que el martes 5 de septiembre la dra. [REDACTED] fue a visitar a [REDACTED], indicándole que debía levantarse e intentar caminar. A esa altura [REDACTED] ya se encontraba sin pubalgia y del examen físico no se habrían constatado hallazgos particulares. Dice que alrededor de las 11:00 de la mañana [REDACTED] intentó levantarse, pero que tuvo que volver a sentarse pues sintió que iba a desmayarse, quedando constancia clínica de su “sensación de lipotimia al pararse”. Luego de este incidente le aplicaron oxígeno y se le recetó un tratamiento antidepresivo. Se



«RIT»

Foja: 1

constató una manifiesta taquicardia, a pesar de lo cual no se llamó a ningún cardiólogo, gestionando dicho estado únicamente enfermeras y matronas. Describe que con el paso de las horas [REDACTED] no lograba incorporarse, seguía sintiendo dificultad para respirar y mantenía una considerable y visible taquicardia. Por la tarde, la dra. [REDACTED] volvió a presentarse en su habitación explicando que su cuadro era secundario a pura inestabilidad emocional. Convencida de que la causa de la lipotimia se explicaba únicamente por una supuesta “inestabilidad emocional”, descartó otras razones, lo que terminaría por precipitar los lamentables resultados que finalmente tuvieron lugar. Sigue relatando que a medida que pasaba el tiempo el estado de [REDACTED] no presentaba ninguna mejora. Como una medida desesperada su padre decidió comunicarse por teléfono con el Departamento de Urgencias de la Clínica, para pedir que alguien subiera a auscultar a su hija. El médico encargado del referido Departamento hizo presente que no podía acceder a su solicitud y que solo se enviaban médicos desde ahí cuando se presentaban urgencias generadas por “código 99- riesgo vital”. A las 20:00 horas se apersonó con el padre el Coordinador de Enfermería, quien fue informado de la desesperante situación en la que se encontraban y de la impotencia que sentían porque nadie parecía tomarse en serio el estado de la paciente, ni la taquicardia que ya la afectaba por muchas horas. Luego de escucharlo, se retiró de la habitación y regresó aproximadamente luego de 30 minutos para informarles que acudiría la dra. [REDACTED], obstetra, que se encontraba de turno en Urgencia, con la instrucción de solicitar un electrocardiograma y exámenes de sangre. Cuando ella concurrió, [REDACTED] se encontraba sentada en la chata, motivo por el cual su madre le pidió que esperara un momento, sin embargo, la dra. se retiró de inmediato muy molesta. Plantea que esta reacción sorprendió a los familiares, especialmente por retirarse sin ver a la paciente. El padre de [REDACTED], solicitó a las matronas que por favor llamaran nuevamente a la dra. [REDACTED], quien terminó apersonándose en la habitación, constató el estado de Romina y dio instrucciones de que se le realizara un electrocardiograma, medición de Dímero-D y otros exámenes de laboratorio, junto con solicitar la interconsulta de un cardiólogo. Al examen físico destacaba una considerable taquicardia (141 latidos/minuto).

Añade que a las 22:30 horas se hizo presente en la habitación el cardiólogo, [REDACTED], quien revisó displicentemente el electrocardiograma, conforme califica, y tuvo la falta de delicadeza de señalar que dado el resultado del examen él ni siquiera debería haber concurrido a la Clínica para ver a la paciente. Constató que la mujer cursaba una taquicardia sinusal



«RIT»

Foja: 1

desde hacía varias horas e hizo presente al padre que dado el resultado normal del examen no había razón para haber requerido su presencia, y que la frecuencia cardíaca tan alta y por tanto tiempo no era problema en pacientes jóvenes. De hecho, hizo presente que si esas mismas mediciones se hubieran referido a pacientes mayores, los cuidados debían ser distintos, pero que en este caso no ameritaba mayor preocupación. Enfatiza que el galeno fue muy enfático en señalar que no se trataba de un problema cardiológico y que el médico tratante era quien debía revisarla al día siguiente. Al salir de la habitación hizo presente al padre de [REDACTED] que algunos de los resultados del examen de sangre se encontraban alterados, pero que eso no era un tema suyo y que debía revisarlo la dra. [REDACTED]. De este modo, el valor de Dímero D obtenido a las 21:12 horas de 2,60 µg/ml, fue interpretado por el cardiólogo como compatible con su estado postoperatorio y por lo tanto no indicó más estudios, asumiendo que el origen de su cuadro no era cardíaco. Considera que todo lo anterior resulta absolutamente inexplicable, toda vez que precisamente el examen de Dímero-D había sido solicitado bajo la presunción de que el estado de la paciente podía estar siendo originado por un tromboembolismo pulmonar.

Expresa que a las 24:00 horas apareció la dra. [REDACTED] quien insistió en que el diagnóstico era que esto correspondía más bien a un cuadro emocional y que [REDACTED] se encontraba sufriendo una crisis de pánico, motivo por el cual solicitaría una interconsulta con un psiquiatra para la mañana del día miércoles 6. Dice que durante la noche del 5 de septiembre, [REDACTED] continuaba con dificultad para respirar y que la taquicardia aumentaba. Por la mañana del día 6, al dirigirse al baño se desvaneció y su marido concurrió al mesón solicitando ayuda. Aparecieron algunas enfermeras y cuando [REDACTED] comenzó a vomitar, intentaron monitorear sus parámetros, lo que no fue posible, porque el monitor de la habitación no funcionaba. Fue atendida entonces por el dr. [REDACTED], ginecobstetra, quien la encontró muy agitada y taquicárdica (142 latidos/minuto), con desaturación del 92%, por lo que se le aplicó oxígeno, informándosele los hallazgos a la dra. [REDACTED]. A las 8:30 del día miércoles 6 se presentó el psiquiatra [REDACTED] en respuesta a una interconsulta solicitada por la dra. [REDACTED], quien le realizó una serie de preguntas que ella no pudo responder con facilidad, pues se encontraba bajo los efectos de Olanzapina que le habían administrado a las 3 am, fármaco que él mismo había indicado telefónicamente sin siquiera ver a la paciente. Luego de la anamnesis referida por Eliot Rojas y de conversar por teléfono con la dra. [REDACTED] acordaron recetar Clonazepam de 0.5 mg, junto con propranolol de 20 mg. vía intravenosa. Refiere que Romina seguía



«RIT»

Foja: 1

con una taquicardia casi cercana a los 150 latidos por minuto y con dificultad para respirar, mostrando nuevas bajas en su saturación de oxígeno. Se le indicó una mascarilla con flujo de oxígeno y un monitor permanente, el cual presentaba fallas en su funcionamiento, por lo que debió ser reemplazado por tres monitores distintos durante las horas siguientes. A medio día la trasladaron al CEVIM (Centro Especializado de Vigilancia Materno Fetal), supuestamente para una mayor observación. Ahí fue conectada a un monitor de pared que solo mostraba el nivel de saturación de oxígeno, pero no el ritmo cardíaco ni la frecuencia respiratoria. Luego que su padre hiciera presente lo anterior, especialmente considerando que dicha taquicardia era su mayor preocupación, las matronas afirmaron que los datos correspondientes se verían desde fuera de la habitación.

Sostiene que durante toda la mañana y pese a recibir oxígeno, los parámetros de la paciente no mejoraban y a ello terminó por sumarse un fuerte dolor y opresión en el lado superior izquierdo del pecho. Frente a este hecho, su padre volvió a solicitar a la matrona de turno una interconsulta con algún cardiólogo, recibiendo nuevamente una respuesta negativa. A mediodía el estado de [REDACTED] empeoraba de un modo cada vez más notorio, hasta el punto de manifestarle a su padre que ya no resistía más. En su desesperación, [REDACTED] se acercó al mesón solicitando llamarán a algún médico. A las 12:35 horas y pese a los constantes quejidos de [REDACTED], que podían escucharse desde el pasillo, el doctor revisó por largos momentos sus parámetros en pantalla y la ficha clínica, luego procedió a auscultarla y sin decir nada se retiró de la habitación. Consignó que mantenía descontrol, disnea severa y taquicardia. Al examen físico mostraba polipnea (45/minuto), desaturación (75-85%) y taquicardia (121 latidos/minuto). Posteriormente se comunicó con el psiquiatra, quien indicó una nueva dosis de Clonazepam de 0,5 mg por vía intravenosa. A las 12:50 horas Romina solicitó una vez más ayuda a su padre para sentarse, pero a los pocos segundos colapsó y perdió la conciencia. Las matronas presentes comenzaron a acomodarla, sosteniendo que los medicamentos habían hecho efecto y que ahora podría descansar, iniciando su acomodación para que durmiera. Alarmado, su padre les señaló que los monitores no indicaban ningún parámetro y que Romina se estaba muriendo, a lo que respondieron que se trataba de un error de conexión de los electrodos por el movimiento de la paciente. En ese momento su marido, viendo la situación y percatándose de que [REDACTED] no respondía, salió a buscar al dr. [REDACTED], pidiéndole que volviera a la habitación inmediatamente. El facultativo ingresó, reparó en el monitor y al auscultarle el pecho a Romina indicó inmediatamente a las enfermeras que activaran el “código 99-riesgo vital”, iniciando maniobras



«RIT»

Foja: 1

avanzadas de reanimación cardiopulmonar. Destaca que en ese momento y por primera vez, el personal de la Clínica se movilizó con la premura que había faltado en los días anteriores. A los pocos minutos quedó el procedimiento a cargo del equipo de reanimación. Hizo ingreso a la habitación un considerable número de doctores, enfermeras y técnicos, sumado a equipos y máquinas de reanimación. Comenzaron a realizarle masaje cardíaco, solicitudes de adrenalina y aplicación de desfibrilador. Mientras tenía lugar la emergencia apareció la dra. [REDACTED] quien solo observó desde un rincón de la habitación, sin intervenir.

Esgrime que luego de todas las maniobras y dada la falta de respuesta de la paciente, el dr. [REDACTED], cirujano cardiovascular, decidió trasladarla a un pabellón para conectarla a ECMO veno-arterial periférico y ventilación mecánica. Su diagnóstico fue "Paro cardiorespiratorio, puérpera de 2 días, Obs. Tromboembolismo pulmonar". [REDACTED] fue internada en la UTI Cardiológica en coma y desde ese momento el primer contacto que tuvo la familia fue con el dr. [REDACTED], que informó que la situación de Romina era crítica y que en la UTI estaría a cargo del dr. [REDACTED]. En la UTI la instalaron a una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO por su sigla en inglés) y le realizaron varios exámenes. Expone que a partir de este momento ocurrieron los siguientes hechos: 8 de septiembre el TAC cerebral (tomografía computarizada) arroja un edema cerebral difuso con pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y blanca; 10 de septiembre evoluciona en coma, TAC cerebral demuestra la presencia de signos de herniación uncal mayor a izquierda trastentorial con infartos territoriales de ambas arterias cerebrales, edema cerebral difuso y completa pérdida de la diferenciación de sustancia gris y blanca. Por los riesgos de posible infarto occipital deciden desconectarla del ECMO y se instala filtro de vena cava. En esta fecha, el dr. [REDACTED], neurólogo, planteó que el pronóstico neurológico de la paciente era malo y que podría evolucionar a "muerte encefálica o condición de sobrevida con grave daño neurológico". El 13 de septiembre se percibe clínicamente escasa reactividad en reflejos de tronco. TAC cerebral mantiene marcado edema sumado a una hipodensidad suparentorial difusa. Desde el 14 al 17 existe un empeoramiento neurológico sin actividad eléctrica. El 18 de septiembre se confirma la muerte encefálica y el día 20 de septiembre a las 20:00 horas murió [REDACTED]

Manifiesta que se deduce una acción de indemnización por el daño moral ocasionado, por la responsabilidad extracontractual de los demandados, en representación de [REDACTED] (hijo de [REDACTED]), [REDACTED] ([REDACTED] viudo de [REDACTED]), [REDACTED] y [REDACTED]



«RIT»

Foja: 1

██████████ (padre y madre); ██████████ ██████████ y ██████████ (hermanos de ██████████). La acción se interpone solidariamente en contra de Clínica Las Condes y de los doctores ██████████ y ██████████. Los demandantes son familiares directos de la víctima y mantenían con ella, además de la relación de parentesco, un vínculo afectivo estrecho, sufriendo lo que la doctrina y jurisprudencia han denominado daños por “repercusión” o “rebote”. Cita los artículos 1437 y 2314 del Código Civil, señalando que los requisitos para configurar dicha responsabilidad son: a) la existencia de un hecho voluntario y culpable; b) el daño; y, c) la relación de causalidad entre el hecho y el daño; todos los cuales se verificarían en el presente caso.

Respecto de los daños ocasionados por la dra. ██████████, refiere que ella fue quien la atendió durante todo el embarazo, también la cirugía de cesárea en la que nació ██████████. Plantea que siendo la médico a cargo de dicha cirugía, en ningún momento dispuso la utilización de medias antitrombos, ni antes, ni después del parto, elemento que es y debe ser ocupado en todas las operaciones de cesárea, según afirma. Luego del parto, la dra. ██████████ desatendió y subvaloró una serie de antecedentes que daban cuenta del real estado de salud de ██████████. Desde un primer momento, se aproximó al diagnóstico con un sesgo que la llevó a considerar que la persistente taquicardia y estado de agitación de la paciente era secundario a un cuadro psiquiátrico. Lo anterior, aun cuando ██████████ no tenía ningún cuadro psiquiátrico diagnosticado, nunca había recibido tratamiento alguno que constara en su ficha clínica ni en los antecedentes entregados por la familia. Asegura que la dra. ██████████ carecía de las competencias técnicas para hacer un diagnóstico de esa naturaleza, pues su especialidad es otra. La médico tratante asumió una explicación psiquiátrica del cuadro y luego tomó todas sus decisiones orientada por esa pre-comprensión de los hechos. A partir de ahí, tanto sus evaluaciones como el resto de las medidas siempre estuvieron informados por esa posición adoptada, lo que a la postre resultó fatal. Hace presente que el 6 de septiembre, cuando ██████████ sufrió el infarto, la dra. ██████████ no se presentó en ningún momento para verla ni acercarse a sus familiares.

En cuanto a los daños supuestamente ocasionados por el dr. ██████████ ██████████, indica que consistieron en el hecho de haber solicitado el Dímero-D, que da cuenta de que existía una sospecha de Trombo Embolismo Pulmonar (TEP), por lo que no debió haber descartado dicha sospecha de TEP sin la realización de exámenes adicionales. De este modo, estima que debió solicitar



«RIT»

Foja: 1

al menos una radiografía de tórax y, en caso de que hubiera salido normal, un cintigrama de ventilación – perfusión. Sin embargo, optó por asociar descuidadamente su sintomatología al puerperio y a un supuesto cuadro psiquiátrico que infundadamente ya se había delineado por la tratante, carente de la calificación para ello. Luego, de haberse realizado los exámenes descritos en la literatura, y si se hubiera realizado un análisis sistémico de los antecedentes a la fecha, relacionando los resultados de Dímero D, PCR, marcada taquicardia por largas horas, dolor en el pecho, dificultad para respirar, saturación de oxígeno, dificultad para moverse, mareos y vómitos, era dable concluir que se estaba frente a un cuadro largamente más complejo y riesgoso (incluyendo una alta posibilidad de Tromboembolismo) y no ante una simple alteración emocional, que parece haber sido la única opción que barajaron tanto la médico tratante como el cardiólogo responsable. Reflexiona que estas circunstancias dan cuenta de la manifiesta infracción a la lex artis del dr. [REDACTED]

Respecto a la responsabilidad de Clínica Las Condes, primero señala que respondería en razón de la doctrina denominada responsabilidad por el hecho ajeno, contenida en el artículo 2320 del Código Civil, la cual se encuentra construida sobre la base de un doble ilícito civil: el del dependiente, que causa el daño directamente (en el caso de autos, los médicos que infringen la lex artis), y el que lo tiene bajo su dependencia o cuidado, que por tanto ostenta una posición de garante respecto de ellos (la Clínica), cuya culpa es legalmente presumida. La culpa de este último se construye a partir del hecho de no haber actuado con la diligencia necesaria para evitar que quien se encuentra bajo su dependencia o cuidado ocasione daños, ya sea al elegirlo, instruirlo o vigilarlo.

Explica que también se demanda por el hecho propio, pues la Clínica incurrió en varias acciones y omisiones que le son imputables directamente y respecto de las cuales tiene responsabilidad propia. La primera de ellas consiste en no contar con un control efectivo de los procedimientos que aseguren la utilización de medidas anti trombos luego de cirugías que son catalogadas de riesgo. Esto ocurre, bien porque no se ha dispuesto el protocolo adecuado o, de existir, por no haberse controlado adecuadamente que los médicos lo siguieran. En segundo lugar, cada vez que los familiares de [REDACTED] desesperados solicitaron que concurriera un cardiólogo a examinarla, debido a su malestar, opresión en el pecho y taquicardia prolongada y constatada, las matronas y enfermeras de Clínica Las Condes fueron enfáticas en negar dicha atención, justificándose en que por protocolo -de la Clínica- la solicitud debía ser cursada por el médico tratante. Dicha medida impidió la oportuna atención médica



«RIT»

Foja: 1

especializada y multiplicar la angustia en los familiares. Adicionalmente, los equipos de monitoreo presentaban un mal funcionamiento y las enfermeras de dicha institución no tenían las competencias ni conocimientos suficientes para arreglarlos o incluso hacerlos funcionar.

En cuanto a la solidaridad, se basa en el artículo 2317 del Código Civil.

Finaliza indicando que el daño sufrido corresponde al moral, y que su reparación se fundamenta en el artículo 2329 del Código Civil. La conducta negligente de los facultativos y de la Clínica Las Condes, así como la concurrencia de los demás requisitos que configuran la denominada “responsabilidad por el hecho ajeno”, le conduce a afirmar la responsabilidad solidaria demandada en este juicio.

Pide se condene a las demandadas a pagar solidariamente las siguientes cantidades: \$550.000.000 para [REDACTED] (hijo recién nacido de [REDACTED]); \$250.000.000 para [REDACTED] (viudo de [REDACTED]); \$100.000.000 para [REDACTED] (madre de [REDACTED]); \$100.000.000 para [REDACTED] (padre de [REDACTED]); \$30.000.000 [REDACTED] (hermana de [REDACTED]); \$30.000.000 para [REDACTED] (hermana de [REDACTED]); y \$30.000.000 para [REDACTED] (hermano de [REDACTED]). Todo, por concepto de daño moral. Demanda en total la suma de \$1.090.000.000, o la que prudencialmente fije el Tribunal, más reajustes e intereses, con costas.

En el primer otrosí de su presentación, [REDACTED] y [REDACTED] en su calidad de sucesores legales de [REDACTED], deducen demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, en contra de Clínica Las Condes, [REDACTED] y [REDACTED]

El compareciente solicita se tengan por reproducidos los hechos narrados, y que la acción se deduce por el daño moral infligido a [REDACTED], quien falleció luego de 17 días de agonía en la Clínica Las Condes. Añade que los requisitos de la responsabilidad que reclama son: a) incumplimiento de la obligación contractual, cumplimiento imperfecto o cumplimiento fuera de plazo; b) que se genere un daño; y, c) que haya un vínculo causal entre ellos. Indica que el incumplimiento de las obligaciones contraídas por los médicos y la Clínica redundaron en la muerte de [REDACTED], incumpliendo no solo con la ley y los protocolos que rigen la materia, sino que además con aquellas obligaciones que



«RIT»

Foja: 1

derivan de la naturaleza del contrato médico. Señala que [REDACTED] padeció un daño moral en su acepción más propia.

Esgrime -en cuanto a la culpa- que en virtud de lo dispuesto en el artículo 1547 del Código Civil, el elemento subjetivo se presume, y que en este caso los deudores -los médicos y la Clínica- deberán desplegar el esfuerzo probatorio para acreditar que se ajustaron a la lex artis o que se cumplió con el deber imperativo del legislador.

Indica que en el ámbito contractual es procedente el resarcimiento del daño moral y que la legitimación activa de los familiares proviene del derecho a reclamar las pertinentes indemnizaciones, pues éstas habrían ingresado al patrimonio de Romina y se transmitieron a sus herederos.

Pide se condene a los demandados a pagar solidariamente la suma de \$150.000.000 a [REDACTED] (hijo recién nacido de [REDACTED]) y a [REDACTED] (viudo de [REDACTED]), o la suma que prudencialmente fije el Tribunal, en su calidad de sucesores legales de [REDACTED], por el sufrimiento padecido por ésta y que estiman les fue transmitido por causa de muerte, más reajustes e intereses, con costas.

Con fecha 24 de octubre y 7 y 19 de diciembre de 2018 se notifica la demanda.

Con fecha 31 de enero de 2019 contesta la Clínica Las Condes.

Como cuestión previa, alega un caso fortuito imposible de prever y prevenir. Señala que [REDACTED] ingresó a la Clínica por dolores pélvicos en su semana 39 de embarazo, debiendo ser sometida a una cesárea, y que durante su post operatorio se produjo en su cuerpo un trombo, que le causó una tromboembolia pulmonar masiva bilateral, que finalmente le provocó la muerte. Los trombos son imposibles de detectar de manera preventiva, sino que se concluye su existencia luego de que producen algún efecto en el cuerpo. Plantea que la ciencia médica ha establecido factores de riesgo en las personas, que las hacen más o menos propensas a generar un trombo. Así, si el paciente presenta factores que generan un riesgo suficiente, se le proporcionan medicamentos y tratamientos que buscan evitar la producción de un trombo. En caso contrario, si el paciente no presenta factores de riesgo suficientes, no existe motivo alguno para entregarle dicho tratamiento, y la lex artis médica no obliga a proporcionarlo, conforme apunta. En el caso de autos, [REDACTED] no presentaba antecedentes suficientes que hicieran sospechar que se le podría producir un trombo.



«RIT»

Foja: 1

Indica que con fecha 3 de septiembre de 2017, [REDACTED] acudió al Servicio de Urgencia de Clínica Las Condes, producto del incremento de un dolor en el pubis que se había iniciado unos días antes. La paciente, a esa fecha, tenía 39 semanas de embarazo, y refirió que hacía varias semanas que presentaba dolor en el pubis (pubalgia), el cual había empeorado en las últimas 24 horas luego de sus clases habituales de yoga, lo que motivó la consulta. En su ingreso fue atendida por el dr. [REDACTED] a las 7:53 horas, quien derivó el examen físico de [REDACTED] al Residente de Ginecología y Obstetricia, el dr. [REDACTED]. El dr. [REDACTED], a las 8:38 horas, realizó el examen físico, con el cual pudo determinar que la paciente se encontraba en buen estado general, con resultados de sus parámetros hemodinámicos dentro de los límites normales, y que solo presentaba dolor. Sin embargo, el dolor se mantenía y atendido que no cedía a pesar de los remedios y el reposo, se dio orden de hospitalizar. La médico tratante durante el control del embarazo de la paciente era la dra. [REDACTED], motivo por el cual, desde el ingreso al servicio de Urgencia y durante toda su hospitalización, los distintos profesionales que atendieron a Romina contactaron a la dra. [REDACTED] para informar su evolución, para en conjunto decidir las vías a seguir. Se recetó reposo relativo, régimen habitual, paracetamol y viadil, todo dirigido a reducir el dolor que [REDACTED] refería sentir. De esta manera, cerca de las 10:30 horas del día 3 de septiembre se trasladó a la paciente desde el Servicio de Urgencias a la Sala de Hospitalización de Obstetricia, donde se mantuvo bajo terapia y observación. A las 12 horas, el dr. [REDACTED] conversó nuevamente con la paciente, quien refirió sentir menos dolor, presentando una mejoría desde su ingreso. Debido a lo anterior, tomó contacto con la dra. [REDACTED], informándole sobre la disminución del dolor y la inexistencia de contracciones uterinas; concordaron en esta oportunidad en complementar la terapia con kinesiología y uso de tramadol (analgésico más potente) en caso de empeorar su situación. El dr. [REDACTED] le comentó a la dra. [REDACTED] que a pesar de que [REDACTED] refería sentir mucho dolor, no presentaba una actitud física compatible con ello. Cerca de las 13:00 horas aproximadamente, la dra. [REDACTED] visitó a la paciente, encontrándola tranquila, conversando con sus padres, quienes se encontraban presentes, lo mismo que su marido. Al consultarle, refirió sentir mucho dolor, lo que nuevamente no concordaba con su postura relajada y conversadora en cama. Luego de realizado el examen físico, respondió las dudas que los familiares y la paciente pudieran tener, determinando que si no disminuía el dolor con el reposo, la kinesiología y los analgésicos, se realizaría una cesárea. La familia de [REDACTED], ante la resolución de la dra. [REDACTED] consultó por la posibilidad de realizar la cesárea inmediatamente, ante lo cual se les explicó que



«RIT»

Foja: 1

era preferible esperar a ver si el tratamiento daba resultados, pues de esa manera se evitaría la operación.

Añade que a las 16 horas el dolor persistía, por lo que se le administró 1g de paracetamol. A las 18 horas se le administraron 15 gotas de tramadol, por persistencia del dolor. A las 19:30 horas, luego de revisar nuevamente a la paciente, [REDACTED] le refirió al dr. [REDACTED] que mantenía altos niveles de dolor. Por lo anterior, tomó contacto nuevamente con la dra. [REDACTED] quien, atendido los antecedentes, decidió que se procedería a la cesárea, iniciando los trámites necesarios para llevarla a cabo, la que se programó para las 22 horas de ese mismo día. Se efectuó la cesárea de manera exitosa, sin incidentes, permitiendo el nacimiento de [REDACTED], sano y en perfectas condiciones. Los signos vitales de [REDACTED] se mantuvieron normales durante todo el procedimiento. En contra de lo indicado en la demanda, dice que las medias antritrombos se utilizan como medida de prevención de trombosis solo en aquellos pacientes donde existen factores de riesgo que permitan al médico prever una posible trombosis, descartando que sea un elemento que deba ser usado siempre, como se sostiene.

Señala que [REDACTED] llegó a la Sala de Maternidad desde pabellón cerca de las 01:00 horas del 4 de septiembre, donde fue recibida y evaluada por el equipo de enfermería, quienes no encontraron hallazgos fuera de lo normal. Transcurridas las 12 primeras horas del puerperio, [REDACTED] se encontraba en buen estado, con fascie relajada. Desde un punto de vista médico, estaba teniendo una evolución favorable y esperable, por lo que se indicó el retiro de la sonda Foley y un régimen liviano de alimentación. No se produjeron incidentes durante el primer día. Fue reevaluada por personal de enfermería a las 21:45 horas, sin hallazgos anormales. El día 5 de septiembre a las 10.30 horas, [REDACTED] intentó levantarse de su cama, pero sufrió una sensación de lipotimia (desmayo), por lo que fue asistida de vuelta a su cama por el equipo de enfermería. La paciente se estaba acoplando bien con su hijo, pero se mostraba lábil emocionalmente. A las 11:00 hrs, la saturación de oxígeno bajó a 87%, por lo que se inició oxígeno suplementario por naricera, logrando una mejoría de 96% en forma inmediata, lo que motivó el retiro de la naricera a las 11.30 hrs. La dra. [REDACTED] visitó a [REDACTED] cerca de las 13:00 horas. Se encontraba bien, casi sin pubalgia, pero la notó inestable emocionalmente. Se encontraba afebril y en buen estado físico. Se le indicó Sulpilan cada 12 horas, y kinesiología motora 2 veces al día para ayudar a perder el miedo a pararse que presentaba. A las 16:19 horas, la dra. [REDACTED] volvió a visitar a la paciente, quien seguía inestable emocionalmente



«RIT»

Foja: 1

Esgrime que luego de esta visita, la kinesióloga [REDACTED] ingresó a la terapia de kinesiología de [REDACTED], quien se mostró cooperadora pero angustiada y ansiosa al saber que tendría que levantarse de la cama. A las 17:00 horas, la dra. [REDACTED] realizó una tercera visita, encontrando a [REDACTED] tranquila, con apariencia normal, rosada y tranquila, sin taquicardia. La madre de Romina se acercó nuevamente a la dra. [REDACTED] y le comentó que estaba preocupada por su hija, ya que la notaba sobre preocupada por el estado de salud de su hijo [REDACTED], quien se encontraba sano. Señala que ante todo, la dra. [REDACTED] decidió mantener el tratamiento y se retiró de la habitación. Cerca de las 19:30 horas el padre de [REDACTED] solicitó al equipo de enfermería conversar con la dra. [REDACTED] puesto que no había podido tomar contacto con ella. No se pudo comunicar con la facultativa por teléfono, por lo que se solicitó a la Residente del Centro Especializado de Vigilancia Materno Fetal (CEVIM) de Clínica Las Condes, la dra. [REDACTED] que evaluara a la paciente. Ante lo anterior, la dra. Quiroz se dirigió a la pieza de [REDACTED] cerca de las 19:20 horas, logrando comunicarse brevemente con la dra. [REDACTED] quien refirió tener el celular sin carga y sugirió una interconsulta con psiquiatría. Acusa que al llegar a la habitación, los propios familiares de Romina no le permitieron a la dra. [REDACTED] ver a la paciente. Se les explicó el motivo de la visita, pero mantuvieron su negativa. Por lo anterior, la dra. [REDACTED] se retiró informando a la dra. [REDACTED] la situación, que le informó que iría personalmente a revisar a [REDACTED]. La dra. [REDACTED] fue requerida en el Servicio de Urgencia, por lo que se dirigió hacia allá, donde estuvo ocupada atendiendo otro paciente. El equipo de enfermería volvió a tomar contacto con la dra. [REDACTED] para solicitar que ordenara la interconsulta con Cardiología, pero al no haber podido evaluar a la paciente, no correspondía entregar la orden. Por lo anterior, una vez que terminó en el Servicio de Urgencia, la dra. [REDACTED] volvió a apersonarse en la habitación de [REDACTED] para evaluarla, consignando resultados de exámenes y lo más relevante sería que según éstos determinó: "sin signos de TVP", es decir, que no tenía signos en su examen físico compatibles con TVP. La TVP es la sigla usada para referirse a la Trombosis Venosa Profunda. Es decir, la paciente no presentaba síntoma ni signo alguno que permitiera siquiera plantearse la posibilidad de una TVP. Sin perjuicio de lo anterior, la dra. [REDACTED] tomó contacto con la dra. [REDACTED] y solicitó la realización de un hemograma, la medición de la Proteína C Reactiva (PCR), medición del Dímero D, electrocardiograma e interconsulta con cardiología, con el fin de buscar la causa orgánica de la taquicardia.

Expresa que alrededor de las 22.30 horas se apersonó el dr. [REDACTED] en la habitación de [REDACTED] para cursar la interconsulta de cardiología



«RIT»

Foja: 1

solicitada. Refiere que el galeno la encontró tranquila y que procedió a evaluar el informe del electrocardiograma, que sólo arrojó como resultado la existencia de una taquicardia sinusal. Cerca de las 23:40 horas la dra. [REDACTED] volvió a visitar a [REDACTED] en su habitación, encontrándose previamente con el dr. [REDACTED] quien le señaló que las taquicardias no eran de origen cardiaco. Con este antecedente, la dra. [REDACTED] conversó con [REDACTED] y su familia y atendido los resultados de los exámenes, se descartó que la taquicardia fuera producida por anemia, un cuadro infeccioso intercurrente, por un coágulo o por algo al corazón, por lo que se mantenía la posibilidad de que el origen fuera psiquiátrico.

Indica que el día 6 de septiembre, es decir, el tercer día del postoperatorio, durante la madrugada, [REDACTED] intentó dirigirse al baño ayudada únicamente por su marido, sin la presencia de un kinesiólogo, sufriendo un desmayo. Fue asistida por el equipo de enfermería, quienes la ayudaron a incorporarse. Producto del desmayo, a solicitud de la matrona de turno, fue evaluada por el dr. [REDACTED] residente de la Unidad de Vigilancia Materno Fetal (CEVIM), quien refirió que la paciente se encontraba muy agitada, pero que respondía órdenes. Al examen se pudo determinar una frecuencia cardiaca de 100 lpm central, con 92% de saturación de oxígeno. Producto de lo anterior, se indicó oxígeno por mascarilla. Terminada la evaluación del dr. [REDACTED], llegó el psiquiatra [REDACTED] a evaluar a la paciente, conforme a la interconsulta psiquiátrica requerida. El dr. [REDACTED] tomó contacto con la dra. [REDACTED] para informarle sobre los resultados de la evaluación del dr. [REDACTED]. El dr. [REDACTED] manejó como hipótesis diagnóstica las siguientes: trastorno de ansiedad descompensado, crisis de pánico y un posible trastorno de personalidad. Al apersonarse en la habitación, encontró a Romina vigil y lúcida, más tranquila por la administración de Olanzapina. El dr. [REDACTED] consignó también en la ficha que la paciente y su familia había estado muy tensa producto de la pubalgia, por lo que recetó Clonazepam y Propanolol, junto con psicoterapia de apoyo, tipo intervención en crisis. Se controlaría nuevamente en 24 horas para revisar el progreso de la paciente.

Asevera que los médicos acordaron solicitar nuevos exámenes, además de disponer que se volviera a trasladar a la paciente al CEVIM para mantenerla monitoreada. Se dispuso también la suspensión temporal de la lactancia, para que el dr. [REDACTED] pudiera medicar a [REDACTED] según su criterio profesional, lactancia que sería retomada entre 48-72 horas, dependiendo de la evolución de la paciente. También se dispusieron todas las medidas para evitar que la suspensión de la lactancia provocara una mastitis puerperal. La nueva muestra de PCR arrojó un resultado de 131 mg/L, bajando 22 puntos en 12 horas, esto sumando a la falta



«RIT»

Foja: 1

de fiebre y otros signos o síntomas de un cuadro infeccioso, por lo que se descartó esta hipótesis, que se manejó como causal de la taquicardia. A las 12:30 horas aproximadamente, el dr. [REDACTED], residente del CEVIM, reevaluó a la paciente solicitando una nueva interconsulta a cardiología, y conversó telefónicamente con el dr. [REDACTED] quien indicó Clonazepam. Con posterioridad a ello volvió a reevaluar a la paciente y se consignó que 5 minutos luego de la evaluación la paciente presenta compromiso de conciencia y se evidencia un paro cardiorrespiratorio, por lo que se inicia una reanimación cardiopulmonar y se solicita el código 99, de acuerdo al protocolo de la Clínica, por lo que concurre personal de pabellón y del servicio de urgencia.

Indica que una vez llegado este equipo, tomaron el control de la situación y se aplicaron los procedimientos de reanimación cardiopulmonar iniciados por el dr. [REDACTED] en [REDACTED], los cuales, al no estar rindiendo los frutos esperados, motivaron la activación del código ECMO, el cual consiste en una máquina que entrega apoyo cardiaco y respiratorio al paciente. El equipo de ECMO se apersona en el lugar, y sin parar las maniobras de reanimación avanzada se traslada a pabellón, donde fue operada por el cirujano [REDACTED]. Luego del trabajo del dr. [REDACTED], [REDACTED] recuperó el ritmo cardiaco y la presión arterial. Estando en el pabellón, el equipo del dr. [REDACTED] procedió a la instalación de una cánula de reperfusión, determinándose como diagnóstico postoperatorio un Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Masivo. Se le dieron los tratamientos adecuados y se la llevó a Unidad Intensivo Cardiovascular para su reposo y cuidado. Durante su estadía en la Unidad Intensivo Cardiovascular, se le otorgó a la paciente los cuidados oportunos y adecuados para su condición, conforme estima, manteniéndose en estado de coma durante toda su estadía en la UTI Cardiológica, por lo que se le realizaron Electroencefalogramas (EEG) en reiteradas oportunidades. En un comienzo mostraban períodos de actividad cerebral lenta, la cual fue disminuyendo con el paso del tiempo. Ya el día 17 de septiembre los resultados del EEG demostraban una inexistencia de actividad eléctrica, confirmándose al día siguiente, 18 de septiembre, la muerte encefálica de [REDACTED], atendido la falta de movimientos voluntarios durante un lapso de 1 hora, apnea de 3 minutos al ser desconectada del ventilador artificial y la falta de movimientos tronco encefálicos médicamente diagnosticados, todo conforme al artículo 11 de la Ley N° 19.451.

Reitera, respecto del tromboembolismo que sufrió [REDACTED], que la paciente no presentaba ningún factor de riesgo. A la luz de lo anterior, lo cierto sería que era una paciente con bajo riesgo para hacer un episodio trombótico, pues no



«RIT»

Foja: 1

presentaba factores de riesgo suficientes que permitieran sospechar que podría producir un trombo. Explica que tenía 34 años, no fumaba, su índice de masa corporal no presentaba riesgo, no era sedentaria, no se encontraba deshidratada, etc. Subraya que no había antecedentes que permitieran sospechar la producción de un trombo, como tampoco presentó síntomas de trombosis venosa en las extremidades inferiores. En los casos donde los pacientes no presentan suficientes factores de riesgo que permitan sospechar la formación de un trombo, la lex artis no obliga a tomar medidas preventivas específicas respecto del mismo.

En el campo jurídico, vuelve a invocar la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor, indicando que las obligaciones médicas son de medios y no de resultados, precisamente por la ocurrencia normal de casos fortuitos en el ejercicio de la ciencia médica. Luego añade que no se reúnen los requisitos de la responsabilidad extracontractual reclamada. En cuanto a la responsabilidad por el hecho ajeno, aduce que ni la dra. [REDACTED] ni el dr. [REDACTED] detentan la calidad de dependientes respecto de Clínica Las Condes, pues ellos ejercen libremente su profesión en Clínica Las Condes, sin estar bajo órdenes de la Clínica en cuanto a su práctica médica, pues no tienen contrato de trabajo y su relación con ella corresponde únicamente a la de un arrendador y su arrendatario. Aclara que Clínica Las Condes ofrece a los médicos un contrato de arrendamiento por el cual se les entrega una consulta en dependencias de la Clínica para que ejerzan libremente su profesión, y que además pone a disposición de los mismos su infraestructura, para que puedan realizar su labor profesional, es decir, que Clínica Las Condes proporciona pabellones, insumos, camas, habitaciones, servicios de enfermería, etc. El ejercicio de la profesión por parte de los médicos es libre, no consultan ni reciben órdenes por parte de la Clínica, sino que se desenvuelven de forma autónoma, guiándose según su propia ciencia les indica. Agrega que de estimarse que existe la relación de dependencia que exige la norma, se daría la eximente contenida en el artículo 2320 del Código Civil, pues la Clínica realizó todo lo que estuvo a su alcance para intentar impedir el resultado, siendo imposible. A pesar del cuidado empleado para impedir el resultado, esto es, los servicios prestados a [REDACTED] desde que se activó el código 99, los servicios prestados en el pabellón y los cuidados entregados en la UTI, a pesar de todo lo anterior, no se pudo impedir su fallecimiento a causa de la trombosis masiva que sufrió.

En cuanto a la responsabilidad por el hecho propio, señala que no se reúnen los requisitos de la misma. Argumenta que no existe en nuestro ordenamiento norma alguna que obligue a tener un protocolo antritrombos como el



«RIT»

Foja: 1

que señala la demandante. Tampoco existe una falta por el hecho de no tenerlo. Al no haber obligación alguna respecto del protocolo que menciona la demandante, no existe falta tampoco por no existir el mismo. Finalmente y como se dijo, no existe obligación, ni legal ni en la lex artis, que señale que las medias anti trombos deban usarse siempre luego de una cesárea. En cuanto a la consulta de cardiología, señala que la interconsulta se realizó en menos de 24 horas desde que [REDACTED] reportó sentirse mal. Niega que solo el médico tratante pueda solicitar las interconsultas, como podría verse en los hechos de la causa, ya que fue la dra. [REDACTED] quien solicitó la interconsulta con cardiología. Lo que pasa es que las enfermeras y matronas, al no tener la calidad de médicos, no pueden solicitarlas, sino solo un facultativo, motivo por el cual se requería a los distintos residentes que examinaran a [REDACTED]. En cuanto a los equipos de monitoreo rechaza lo que señala la actora, y plantea que será ella quien deba demostrar tanto el desperfecto que habrían sufrido dichos aparatos como la falta de idoneidad en el personal que atendió a [REDACTED] en el uso de ellos.

Reitera que la ocurrencia del trombo se trata de un caso fortuito, de un hecho imprevisible e irresistible. Siendo esta su naturaleza, difícilmente se podría sostener que hay un delito o cuasidelito cometido con culpa por su representada. Tampoco procede la presunción de culpa derivada de la responsabilidad por el hecho ajeno, ya que no se dan los requisitos para que proceda este tipo de responsabilidad. La responsabilidad de una clínica se encuentra consagrada en nuestra legislación, en el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas. Dicha responsabilidad dice relación con el otorgamiento de todos los medios que aseguren que la prestación de salud se desarrolle adecuadamente y en forma segura, permitiendo la recuperación del paciente. La responsabilidad por los procedimientos realizados corresponde a los profesionales tratantes y no a la clínica u hospital, sin perjuicio que, en este caso, el actuar de los médicos tratantes se ajustó a la lex artis. Por ello, ningún daño han generado a la parte demandante, y por ende, tampoco existe relación de causalidad.

Pide se rechace la demanda, con costas.

En el primer otrosí de su presentación, contesta la demanda por responsabilidad contractual.

Da por reproducidos los hechos narrados y vuelve a invocar la existencia de un caso fortuito. Indica que la acción intentada persigue el resarcimiento del eventual daño moral sufrido por [REDACTED] durante su hospitalización en Clínica Las Condes y que habría tenido como origen los supuestos



«RIT»

Foja: 1

incumplimientos contractuales. Al respecto, explica que la doctrina y la jurisprudencia nacional han construido el concepto de daño moral no habiendo ley alguna que lo regule. Al ser una construcción tanto de la doctrina como de la jurisprudencia, son éstas las que han definido su extensión y alcance, y por lo tanto se debe estar a lo que ellas señalen al respecto. Así, la doctrina mayoritaria contemporánea ha entendido que el daño moral sufrido por una persona detenta el carácter de derecho personalísimo, no pudiendo, en consecuencia, ser transmitido a los herederos en caso de fallecimiento. En el mismo sentido se habrían pronunciado los tribunales superiores de justicia, no existiendo fallo alguno –según afirma- que acoja la tesis de la transmisión de la acción para la indemnización del daño moral en materia de responsabilidad contractual. Lo anterior sería de toda lógica, pues concederles a los herederos del causante acción para solicitar el pago de la indemnización por el daño moral propio, y a su vez, por el daño moral del causante, provocaría entregar a estos una doble indemnización derivada de los mismos hechos. Por ello, se configuraría una falta de legitimación activa de los demandantes.

Sostiene en cuanto al contrato celebrado por las partes que éstos serían dos: uno de prestación de servicios médicos que se celebra entre el médico tratante y el paciente; y otro contrato -distinto del anterior- de hospitalización o asistencia hospitalaria, que se celebra entre el paciente y la clínica u hospital correspondiente; cuestión que acontecería en este caso. En virtud de los contratos de hospitalización, a Clínica Las Condes S.A. le cabía la obligación de facilitar a la actora su infraestructura hospitalaria, esto es, pabellones, equipos, unidad de recuperación, habitación para la hospitalización y ocuparse de su recuperación hasta el alta en condiciones de seguridad. No es obligación emanada de estos contratos para la Clínica el diagnosticar a la actora ni proponerle y realizarle un tratamiento determinado, mucho menos la toma de decisiones al interior de un quirófano. Hace presente que respecto del cumplimiento de las obligaciones emanadas del contrato de hospitalización no se formula cuestionamiento, objeción ni imputación alguna en la demanda, pues su representada las cumplió a cabalidad. Reitera que la responsabilidad por los procedimientos realizados y por ende por el contrato de prestación de servicios, corresponde a los profesionales tratantes y no a la Clínica. Por ello, no existiría responsabilidad de Clínica Las Condes en la causa, pues puso a disposición de la paciente y sus médicos: una habitación privada, equipos de enfermería 24/7, insumos médicos, fármacos, equipos de emergencia, etc.



«RIT»

Foja: 1

Precisa que los daños reclamados son desproporcionados y que en materia de responsabilidad contractual no existe el pago de daños morales, muy por el contrario, la ley sería clara en su rechazo en materia contractual.

Alega que no existe un daño sufrido por la demandante que tenga su causa en el actuar de Clínica Las Condes, o que sea consecuencia del incumplimiento de obligaciones emanadas del contrato de hospitalización. No existe ningún tipo de daño causado a la demandante, ni emergente, ni lucro cesante, ni moral. Así también niega la existencia de una relación de causalidad entre el incumplimiento culpable y los daños demandados.

Finaliza indicando que no procede la solidaridad alegada, pues para los casos de pluralidad de deudores las posibilidades son tres: simplemente conjunta, solidaria o indivisible. El demandante ha elegido demandar solo por la segunda, responsabilidad solidaria, que no procede en el caso de autos, por no haberse pactado previamente, y por no existir norma legal que imponga dicha obligación.

Pide el rechazo de esta demanda, también con costas.

Con fecha 1 de febrero de 2019 contesta [REDACTED]

Niega las imputaciones de culpa o negligencia que se le atribuyen, así como los daños reclamados y la existencia de una relación de causalidad entre su conducta y la muerte de la paciente. Dice ser cierto y efectivo que su defendido, el dr. [REDACTED], es médico cirujano, especialista en cardiología, y que en tal condición, estando de turno de llamada el 5 de septiembre del 2017, alrededor de las 22:00 horas, recibió un llamado desde la Unidad de Maternidad de la Clínica Las Condes, para que evaluara en interconsulta a la sra. [REDACTED], paciente que se encontraba hospitalizada en su segundo día de puerperio. Una vez que recibió el requerimiento de interconsulta, acudió prontamente a evaluar a la paciente, según indica, tardando solo pocos minutos en llegar a la habitación en que se encontraba la paciente, acompañada de su hijo recién nacido, a quien estaba amamantando. En el proceso de evaluación practicó una acuciosa anamnesis de la madre, recabando sus antecedentes médicos, tanto remotos como presentes, para cuyo efecto revisó su ficha clínica e interrogó a [REDACTED], recibiendo antecedentes de su padre y cónyuge, presentes durante la evaluación. Continúa señalando que el dr. [REDACTED] efectuó un detenido examen físico, en el que pudo apreciar que la paciente se encontraba en buen estado general, consciente, lúcida, orientada en tiempo y espacio, con ritmo cardiaco regular en dos tiempos y sin soplos, ventilando simétricamente y sin soplo carotideo. Sostiene que estos elementos, evaluados en concordancia con los



«RIT»

Foja: 1

antecedentes registrados en su ficha clínica, los que daban cuenta que se trataba de una paciente sana de 34 años de edad, sin historia cardiovascular previa, con referencia materna de haber sufrido varios años antes de crisis de pánico, que estaba en su segundo día de puerperio, después de una cesárea sin incidentes y prescrita por pubalgia a las 39 semanas de embarazo, y que el mismo día de la evaluación había comenzado a presentar taquicardia, la que conforme con el electrocardiograma tomado previamente informaba que se trataba de una taquicardia sinusal, permitieron a su representado plantear que dicha taquicardia correspondía a un cuadro secundario a estímulo extra cardíaco. Apunta que esta fue toda su participación en los hechos conocidos.

Destaca que desde tiempos inmemoriales la medicina no es una ciencia exacta, ya que se enfrenta a las limitaciones que son inherentes a la naturaleza humana, muchas veces imposibles de superar, de lo que surge la posibilidad cierta de que algunos tratamientos, a pesar de ejecutarse en forma técnicamente correcta, fracasen y no logren el objetivo que con ellos se persigue. Formula que pensar lo contrario nos llevaría a la paradoja de exigirle al médico sanar a todo enfermo e incluso obtener la inmortalidad del ser humano. Señala que también es una realidad innegable que las enfermedades que afectan al ser humano obedecen a procesos evolutivos, de curso distinto y particular en cada enfermo, y que muchas veces se desarrollan de manera silente y que solo se hacen perceptibles cuando el cuadro patológico está instalado, sin que existan posibilidad de revertirlo. De lo anterior se colige que aun cuando existen diversos estudios diagnósticos que eventualmente permiten la precoz pesquisa de distintas condiciones patológicas, como podría ser el TEP, tales estudios no son 100% efectivos o certeros, de ahí que los exámenes de laboratorio o de imágenes son un apoyo en el proceso de orientación diagnóstica, el que exige siempre un correlato o estudio comparado con la historia y clínica del paciente. Afirma que el diagnóstico de una enfermedad o condición patológica es un proceso inferencial, en el que se analizan múltiples elementos, tales como los síntomas o signos que está presentando el paciente, los resultados de los estudios de apoyo diagnóstico, el ambiente social, económico y psicológico en que se encuentra el paciente, la frecuencia de presentación de una determinada patología, etc.

Esgrime que la conducta que se le exige a todo médico o, dicho en otras palabras, la obligación que adquiere todo médico al atender a un paciente, es una obligación de hacer y de medios, pues resulta físicamente imposible que obligue a la obtención de un resultado preciso y determinado, como podría ser el emitir un diagnóstico certero y precoz de una condición patológica que al momento de la



«RIT»

Foja: 1

evaluación correspondiente no está dando signo o síntoma categórico alguno. Asevera que esta afirmación incluso tiene su consagración legal en el inciso 2° del artículo 41 de la Ley N° 19.966, que establece que: “No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse aquéllos”, norma que concretiza en materia de responsabilidad sanitaria la eximente de responsabilidad de caso fortuito o fuerza mayor que consagra el Código Civil. Al momento de evaluar la atención médica cuestionada debe analizarse conforme a su mérito, contrastando lo actuado por su mandante con la conducta que habría observado un médico de igual especialidad en las mismas condiciones. Así, sostiene que cualquier otro cardiólogo, en las mismas condiciones que enfrentó, habría actuado idénticamente, ya que era físicamente imposible exigir el diagnóstico de una condición patológica que se presentó al día siguiente de la atención brindada por su representado, cuando no existían signos ni síntomas categóricos que obligaran a diagnosticarla.

Alega caso fortuito, en los términos de los artículos 45 y 1547 del Código Civil y 41 de la Ley N° 19.966, pues al momento de la evaluación en interconsulta de la paciente, ella no presentaba signos característicos y categóricos que hubiesen obligado a sospechar la presencia de un trombo y menos de un Tromboembolismo Pulmonar (TEP), lo que unido a la ausencia de factores de riesgo de tal condición, hacen que haya sido imposible de prever a ese momento. Agrega que si se considera la propia naturaleza del TEP que presentó [REDACTED], esto es, patología de presentación súbita, que no dio signos o síntomas específicos y categóricos, hace que su presentación haya sido imposible de evitar con el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producirse. Asimismo, que su actuar fue profesional y ajustado a la lex artis médica, por lo que no hay culpa ni negligencia que se le pueda imputar.

Puntualiza que el daño moral reclamado no debe presumirse por la relación de parentesco de los demandantes con la paciente, toda vez que un principio básico de nuestro sistema de responsabilidad civil es que solo son indemnizables aquellos perjuicios que se prueben como ciertos y efectivos, regla que no exime al daño moral, el cual debe traducirse en hechos que efectivamente involucren una modificación desfavorable en las condiciones de existencia de la supuesta víctima, que conlleven su sufrimiento genuino y no meramente hipotético. Añade que conforme a los artículos 1557, 1558, 2316 y 2329 del Código Civil solo son



«RIT»

Foja: 1

indemnizables aquellos daños que puedan imputarse a malicia o negligencia de otra persona, requisito que resultaría imposible de configurar en los hechos. Al respecto, explica que los hechos que los actores acusan como daño indemnizable, bajo prisma alguno se pueden relacionar en causalidad directa y necesaria con el actuar de su representado, por cuanto tales perjuicios no son, ni pueden ser, una consecuencia previsible ni directa de los hechos u omisiones alegados en la demanda.

Expresa que los actores confunden la solidaridad como modalidad en el cumplimiento de las obligaciones, con la hipótesis establecida en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil, normas que no contemplan la solidaridad como modalidad en el cumplimiento de la obligación indemnizatoria del tercero civilmente responsable por el hecho del dependiente, obligación que, sin lugar a dudas, estima como simplemente conjunta. La norma de responsabilidad establecida en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil no constituye una fuente de la solidaridad, ni equivale a la solidaridad, por lo que malamente puede solicitarse una condena solidaria de los demandados bajo el amparo de las referidas disposiciones legales. En el marco fáctico de las demandas por las cuales se emplazó a los sujetos pasivos de la litis, se excluye toda hipótesis de coautoría, puesto que se sustenta en hechos distintos de cada demandado e incluso en la supuesta autoría directa del daño por dos de ellos y la responsabilidad civil de un tercero que no ha cometido el ilícito alegado, de manera tal que no existiendo ni configurándose así una coautoría del supuesto ilícito civil, mal puede solicitarse que se proceda condenar solidariamente a los demandados de autos, ya que en virtud de lo establecido en los artículos 1511 y 2317 del Código Civil, sería jurídicamente irrefutable que la solidaridad en materia extracontractual solo opera en aquellos casos en que un delito o cuasidelito ha sido cometido por dos o más personas, que no sería el caso de la especie.

En cuanto a la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, razona que nuestra legislación no establece la posibilidad de transmitir los perjuicios de carácter moral sufridos por una persona, por lo cual no es admisible aceptar dicha posibilidad. Al efecto, clarificador resultaría lo dispuesto en el artículo 1097 del Código Civil, en cuanto establece que los herederos representan a la persona del causante en todos sus derechos y obligaciones transmisibles, lo cual se contrapone con otra categoría de derechos que son los personalísimos, y por ende intransmisibles, como por ejemplo, el derecho de alimentos. Asimismo, señala que hay que tener presente que la función de la indemnización del daño moral consiste en una reparación simbólica, relacionada al



«RIT»

Foja: 1

reconocimiento de un derecho o interés afectado que no admite valuación monetaria alguna, cosa radicalmente distinta de lo que ocurre con la indemnización de los daños patrimoniales, que persigue una función reintegradora y traducible en términos monetarios. Refiere que es en virtud de esta distinción fundamental entre la finalidad del daño moral y patrimonial, que resulta inadmisibles la transmisibilidad del primero, pues en caso contrario estaríamos frente a un solo tipo de daño. Si se aceptara la tesis de la transmisibilidad del daño moral, estaríamos ante la posibilidad cierta de que dos de los demandantes de autos obtengan una doble reparación por un mismo hecho, que en este caso estaría representado por el daño moral presuntamente sufrido por la sra. [REDACTED] transmitido a sus herederos, y el daño moral supuestamente sufrido por los dos demandantes que accionan por responsabilidad extracontractual y contractual, cuestión que sin lugar a dudas importaría un enriquecimiento injustificado.

Pide se rechacen estas demandas, con costas.

Con fecha 1 de febrero de 2019 contesta [REDACTED].

Sostiene que su representada es médico cirujano, especialista en ginecología y obstetricia, y que en tal condición fue la obstetra tratante de la sra. [REDACTED] durante su embarazo, que se desarrolló en forma absolutamente normal, conforme apunta. Relata que el 3 de septiembre de 2017, cuando cursaba un embarazo de 38+6 semanas, la sra. [REDACTED] consultó en el Servicio de Urgencia de Clínica Las Condes, debido a que presentaba dolor en el pubis (pubalgia), que había iniciado alrededor de 24 horas antes de su consulta. En dicha oportunidad, fue evaluada por el médico residente y especialista en Ginecología y Obstetricia, dr. [REDACTED], quien le informó a la dra. [REDACTED] que la paciente se encontraba en buen estado general, pero que debido a que el dolor no cedía, a pesar de los medicamentos que se le habían administrado, en conjunto tomaron la determinación de ordenar la hospitalización de la mujer, con las respectivas indicaciones de cuidado. Por ello concurrió a evaluar a la paciente en Clínica Las Condes, quien se encontraba con su familia, y al ser consultada refirió que el dolor no cesaba, procediendo entonces la dra. [REDACTED] a efectuar un completo examen físico, informándoles después del examen, tanto a la paciente como a su familia, que si no existía disminución del dolor con las terapias indicadas (reposo, kinesioterapia y analgésicos), se programaría la resolución del parto por cesárea, reiterando de todas maneras que era adecuado esperar el resultado del tratamiento indicado. Ante la persistencia de dolor que manifestaba la paciente, indicó la resolución del parto a través de una cirugía de cesárea, la que se



«RIT»

Foja: 1

desarrolló con absoluta normalidad, obteniéndose un recién nacido sano, de sexo masculino, de 3520 gramos, con apgar 9-10.

Expresa que después del término de la cesárea, la paciente fue trasladada a la sala de recuperación postoperatoria en buenas condiciones generales. Conforme con lo anterior y después de dejar las indicaciones de control y cuidado que corresponden a todo puerperio inmediato de una cesárea normal y sin complicaciones, la dra. [REDACTED] pudo retirarse de la Clínica Las Condes. La evolución postoperatoria inmediata de la paciente, desde el punto de vista médico, estaba evolucionado favorablemente, permitiendo a su defendida indicar el retiro de la sonda foley y un régimen liviano. Sobre el punto, precisa que siempre estuvo atenta a la evolución que presentaba la sra. [REDACTED], objetivado con los registros clínicos de la paciente. Agrega que el 5 de septiembre la paciente presentó una sensación de lipotimia al levantarse de su cama, situación muy común en las puerperas y que se produce por una baja en la presión por los cambios de posición. Por tal motivo, en la evaluación, pudo evidenciar que se encontraba afebril y en buen estado físico, y aun cuando en la demanda nada se informa, habría sido la madre de [REDACTED] quien luego de la evaluación le manifestó a la dra. [REDACTED] que “la paciente sufría antiguamente de crisis de pánico, estuvo en tratamiento psiquiátrico, pero que no hacía crisis hace varios años, hasta ahora”. Sin perjuicio de este antecedente, asegura que la dra. [REDACTED] en ningún momento mantuvo un sesgo en la atención que requería, lo que se constataría en la indicación de interconsultas de acuerdo a la sintomatología, las cuales informaron que no existían signos compatibles con una trombosis profunda (TVP). Los registros clínicos de la sra. [REDACTED] informaron que debido a la taquicardia que estaba presentando se indicó la realización de exámenes de hemograma, medición de la proteína C Reactiva (PCR), medición del Dímero D, electrocardiograma e interconsulta con el especialista en cardiología.

Puntualiza que el resultado del hemograma arrojó resultados normales y el Dímero D (examen que se utiliza para buscar problemas de coagulación sanguínea, que tiene uso clínico para descartar la presencia de TVP), es un examen sensible pero no específico, ya que puede verse alterado por diversas causas, entre ellas el embarazo y/o una cirugía reciente. Explica que en el caso de la sra. [REDACTED] el valor que arrojó se encontraba dentro de rangos esperables, toda vez que se trataba de una mujer en su segundo día de puerperio, que había sido sometida a una cesárea y sin que tuviera ningún factor de riesgo. Así también, que el electrocardiograma informó la existencia de una taquicardia sinusal, que corresponde a un trastorno del ritmo cardíaco que se manifiesta por



«RIT»

Foja: 1

aceleración de los latidos del corazón, y se denomina sinusal porque, aunque la frecuencia cardíaca es más rápida, el corazón sigue funcionando normalmente. En este contexto, fue informada por el dr. [REDACTED], interconsultor de cardiología, que las taquicardias no eran de origen cardíaco, y conforme a ello conversó con la paciente y su familia, les informó los resultados de los exámenes efectuados y se solicitó la interconsulta a psiquiatría.

Señala que el dr. [REDACTED], psiquiatra, que evaluó a la paciente, consignó en la ficha clínica, según la información aportada por su familia, que: “la paciente tiene historia crónica de tendencia a la sobre preocupación, con diversos focos, pero con énfasis en las preocupaciones sobre enfermedad y daño personal, con tendencias a sobreestimar amenazas y catastrofizar (hipocondría). Ha tenido en el pasado unas tres crisis de pánico y estuvo en tratamiento psiquiátrico un par de años (a los 24-25 años) por un trastorno de ansiedad, empleando solo clonazepam con buenos resultados”. Finalmente, precisa que el 7 de septiembre de 2017 la paciente presentó compromiso de conciencia, evidenciándose un paro cardiorrespiratorio, por lo que se requirió reanimación cardiopulmonar, activándose el código de ECMO, y se la trasladó a pabellón, se le instaló la cánula de perfusión, determinándose en el postoperatorio que la paciente cursó con un tromboembolismo Pulmonar (TEP) Masivo, que requirió que fuera trasladada a la Unidad Intensivo Cardiovascular, demostrándose el 18 de septiembre de 2017 la muerte encefálica de la mujer.

Sostiene, al igual que el otro médico demandado, que el tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología que se produce por la obstrucción de la circulación pulmonar, secundaria a un coágulo embolizado desde la circulación venosa, y que se trata de una condición patológica de difícil diagnóstico y de presentación súbita, por cuanto presenta una sintomatología variable e inespecífica, lo que significaría que los síntomas que pueden presentarse corresponden a muy diversas condiciones y no necesariamente a un TEP. De ahí la importancia de la existencia de factores de riesgo en el proceso diagnóstico de un TEP. También señala que en el caso concreto de la sra. [REDACTED] no presentaba factores de riesgo ni sintomatología suficiente y categórica para sospechar la presencia de un trombo que desencadenara en un TEP, es más, en controles médicos se consigna que no existen signos de TVP (trombosis venosa profunda). Añade que a la hora de analizar su conducta en los hechos, se deberá ponderar los antecedentes que se conocían al momento de la atención médica cuestionada por la contraria, y con su mérito contrastarla con lo actuado y con la



«RIT»

Foja: 1

conducta que habría observado un médico de igual especialidad en las mismas condiciones.

Afirma que son inexistentes los elementos generadores de la responsabilidad extracontractual reclamada. En primer lugar, que no habría una conducta negligente de su representada, pues contaría con una sólida acreditación en la especialidad y porque la paciente no presentaba ningún factor de riesgo que ameritara la indicación de las medidas que se describen en la demanda para efectos de prevenir un tromboembolismo pulmonar, ya que era una paciente de 34 años, sana, no fumaba, su índice de masa corporal no presentaba factores de riesgo cardiovasculares suficientes para producir un trombo, y por ello la lex artis no obliga a tomar medidas preventivas específicas cuando no existen estos factores, además tenía una historia conocida de crisis de pánico previas y la evidencia médica que da cuenta de cambios de ánimo en el puerperio, de manera tal que aún si se aceptara que fue un error de diagnóstico, indudablemente se trataría de un error de diagnóstico excusable, que la exime de toda responsabilidad, ya que ningún médico se encuentra obligado a la certeza o infalibilidad en el diagnóstico, sobre todo cuando no existen las condiciones clínicas suficientes y categóricas para ello. Los controles y evaluaciones postoperatorias practicadas por la dra. [REDACTED], que se encuentran objetivadas en ficha clínica de la paciente, demuestran que la sra. [REDACTED] presentó una sintomatología del todo inespecífica, pues si bien presentó lipotimia-de normal ocurrencia tras un parto, luego presentó mejoras objetivas y subjetivas.

Indica en cuanto al nexo de causalidad alegado por los demandantes, que según lo dispuesto en los artículos 2314 y 2329 del Código Civil, solo son indemnizables aquellos daños que puedan imputarse a malicia o negligencia de otra persona, requisito que sería imposible de configurar en los hechos, por la simple razón que su proceder siempre fue correcto, diligente y oportuno, es decir, carente de culpa, de manera tal que su potencial de causalidad con respecto a los daños alegados sería indiferente al derecho. Respecto a los daños reclamados, niega expresamente su existencia. Y aun cuando se lograra demostrar el padecimiento de los sufrimientos psicológicos, estima que ellos serían consecuencia de la materialización de una patología mortal, como es el tromboembolismo pulmonar, lo que se traduce en factores constitutivos de un evento fortuito desde el punto de vista del análisis de responsabilidad de la demandada, que hace que tal situación sea de irrelevancia jurídica para la evaluación que en autos se debe realizar.

Pide se rechace la demanda, con costas.



«RIT»

Foja: 1

En el primer otrosí, contesta la demanda por responsabilidad contractual.

Esgrime que bajo ninguna perspectiva jurídica el daño moral cuya indemnización se pretende puede ser transmitido a los herederos de la paciente, por cuanto se refiere a la lesión que sufre una persona en sus derechos subjetivos o bienes de la personalidad a causa de un hecho productor determinado, por lo que siendo irrefutable que los derechos o bienes de la personalidad están por esencia unidos a su titular, son intransmisibles y desaparecen con su titular. Asevera que nuestra legislación no establece la posibilidad de transmitir los perjuicios de carácter moral sufridos por una persona, por lo cual no sería admisible aceptar dicha posibilidad. Al efecto, clarificador resultaría lo dispuesto en el artículo 1097 del Código Civil, en cuanto establece que los herederos representan a la persona del causante en todos sus derechos y obligaciones transmisibles, lo cual se contrapone con otra categoría de derechos que son personalísimos, y por ende intransmisibles, como por ejemplo el derecho de alimentos.

Agrega que la función de la indemnización del daño moral consiste en una reparación simbólica, relacionada al reconocimiento de un derecho o interés afectado, que no admite valuación monetaria, cosa radicalmente distinta a lo que ocurre con la indemnización de los daños patrimoniales que persigue una función reintegradora y traducible en términos monetarios. Es en virtud de esta distinción fundamental entre la finalidad del daño moral y del patrimonial que resulta inadmisibles la transmisibilidad del primero, pues en caso contrario estaríamos frente a un solo tipo de daño. Además, si se aceptara la tesis de la transmisibilidad del daño moral, se estaría ante la posibilidad cierta de que dos de los demandantes obtengan una doble reparación por un mismo hecho, que en este caso estaría representado por el daño moral presuntamente sufrido por la sra. [REDACTED], transmitido a sus herederos, y el daño moral supuestamente sufrido por los dos demandantes que accionan por responsabilidad extracontractual y contractual, cuestión que sin lugar a dudas importaría un enriquecimiento injustificado.

Alega que de existir responsabilidades de los demandados de indemnizar los perjuicios reclamados por los actores, bajo ninguna perspectiva jurídica tales responsabilidades podrían ser solidarias. Los demandados han sido emplazados para ejercer sus defensas en base a hipótesis de hecho distintas. Los actores confunden la solidaridad como modalidad en el cumplimiento de las obligaciones, con la hipótesis establecida en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil, normas que no contemplan la solidaridad como modalidad en el cumplimiento de la



«RIT»

Foja: 1

obligación indemnizatoria del tercero civilmente responsable por el hecho del dependiente, obligación que sería simplemente conjunta. Agrega que la norma de responsabilidad establecida en los artículos 2320 y 2322 del Código Civil no constituye una fuente de la solidaridad, ni equivale a la solidaridad, por lo que malamente puede solicitarse una condena solidaria de los demandados bajo el amparo de las referidas disposiciones legales. El marco fáctico de las demandas por las cuales se emplazó a los sujetos pasivos de la litis, excluye toda hipótesis de coautoría, puesto que se sustenta en hechos distintos de cada demandado e incluso en la supuesta autoría directa del daño por dos de ellos y la responsabilidad civil de un tercero que no ha cometido el ilícito alegado, de manera tal que, no existiendo ni configurándose así una co-autoría del supuesto ilícito civil, mal puede solicitarse que se proceda a condenar solidariamente a los demandados de autos, ya que en virtud de lo establecido en los artículos 1511 y 2317 del Código Civil, sería jurídicamente irrefutable que la solidaridad en materia extracontractual solo opera en aquellos casos en que un delito o cuasidelito ha sido cometido por dos o más personas, hipótesis que no se configura en los hechos en que se sustenta esta demanda. Aduce que también resulta inadmisibles la solicitud de condena solidaria que se formula en la demanda por responsabilidad contractual, pues no se ha convenido la solidaridad y esta modalidad en el cumplimiento de la obligación carece de sustento para ser declarada en la acción ejercida por responsabilidad civil contractual.

Pide se rechace la demanda, con costas.

Con fecha 12 de febrero de 2019 la parte demandante evacúa la réplica.

Reitera lo señalado en su demanda. Respecto a las alegaciones y defensas de [REDACTED], expresa que la profesional minusvaloró todas las señales que recibía, porque atribuyó desde el primer momento, infundada e irresponsablemente, todos los síntomas a un inexistente cuadro psiquiátrico. La defensa sugiere que el diagnóstico de que los síntomas respondían a un cuadro de esta naturaleza, se debió a un comentario de la madre de [REDACTED], quien habría insinuado la existencia de antecedentes previos de crisis de pánico. Sin embargo, plantea que uno de los principales deberes del médico es la realización de una adecuada anamnesis, es decir, recabar la información previa del paciente para su adecuado tratamiento. Asegura que ello no se hizo, y que en caso alguno se satisface a partir de un comentario al pasar de un familiar. Por el contrario, estima que a partir de ello se detona el deber de diagnóstico, es decir, identificar el padecimiento del paciente según la especialidad correspondiente, lo que aquí tampoco se hizo. Agrega que los síntomas que presentaba la paciente, que fueron



«RIT»

Foja: 1

relatados en innumerables oportunidades a su médico tratante y a prácticamente toda la Clínica por sus familiares, eran precisamente los del tromboembolismo pulmonar del que murió, sin perjuicio que por errores médicos se haya creído que era un cuadro psiquiátrico. En cuanto a la valoración de la culpa en abstracto, señala que hay que comparar la conducta de [REDACTED] con lo que habría hecho un gineco-obstetra medio puesto en esa misma situación. Al efecto, expone que cualquier médico de su misma especialidad que hubiese sido el gineco-obstetra de cabecera de [REDACTED], se habría preocupado de las medias antitrombos para empezar, y habría escuchado a su paciente que repetida y angustiosamente le suplicaba ayuda porque no podía respirar, le dolía el pecho, tenía taquicardia y sufría desmayos. Estima que cualquier médico habría instado por la pronta realización de exámenes y por la opinión de un experto del área.

Sostiene, en cuanto a la inexistencia de los elementos generadores de la responsabilidad contractual, que la demandada sustenta su defensa en la supuesta intransmisibilidad del daño moral, al esgrimir que los derechos personalísimos entre los que cita al -nada atingente- derecho de alimentos, no se pueden transmitir a los herederos. Sin embargo, postula que por regla general, todos los derechos se transmiten a los herederos, salvo excepción legal expresa, regla general que no admite interpretación por analogía. Dicho lo cual, subraya que dentro de las excepciones legales no se encuentra el daño moral. Así, siendo la ley la encargada de señalar qué derechos no son transmisibles, los señala de manera expresa, como lo hace respecto del derecho de uso y habitación en el artículo 819 del Código Civil, y el derecho de adjudicación preferente en el artículo 1137 N° 10 del mismo cuerpo legal. También erraría al señalar que Fernando Valle y su hijo [REDACTED] se estarían enriqueciendo injustificadamente obteniendo una doble reparación por un mismo hecho, si recibieran la indemnización por responsabilidad contractual. Con ello confunde e intenta confundir respecto de dos títulos indemnizatorios diversos y cuyos acreedores eran inicialmente diferentes. Una cosa es el daño que sufren los familiares de [REDACTED] después de la muerte que se produjo por el actuar negligente de la demandada; y otra cosa distinta de la anterior y que también genera obligación de indemnizar, es el inmenso dolor físico y emocional que debió atravesar [REDACTED] en los diecisiete días de agonía a los que fue sometida. Si [REDACTED] no hubiera muerto, ella estaría demandando la indemnización por su padecimiento y a nadie cabría duda que dicha pretensión sería distinta de los daños morales demandados por sus familiares, y ambas pretensiones no serían excluyentes. Por último, la solidaridad que se reclama a los tres demandados se funda en que todos son responsables del daño, porque sería



«RIT»

Foja: 1

una negligencia conjunta por la que deben responder de ese modo, como prescribe claramente el artículo 2317 del Código Civil.

En cuanto a las excepciones y defensas del demandado [REDACTED], indica que este también desdeñó las señales que recibía y que [REDACTED] describía desesperadamente, porque atribuyó desde el primer momento, infundada e irresponsablemente, todos los síntomas a un inexistente cuadro psiquiátrico que ya su colega tenía por zanjado. Curioso le resulta también que [REDACTED] señale que realizó una “acuciosa anamnesis” de la paciente, en circunstancias que solo se basó en la precipitada diagnosis realizada por [REDACTED] y no ordenó la realización de exámenes que pudieran entregar una visión más panorámica del real estado de salud de [REDACTED] y explicar el origen del cuadro clínico. Exámenes que presumiblemente le habrían salvado la vida, como una radiografía de tórax, un cintigrama de ventilación/perfusión pulmonar, o bien un angio-TAC pulmonar. Plantea que si [REDACTED] hubiese sido atendida por un cardiólogo prudente, que evalúa a sus pacientes con base en la sintomatología que refieren y se apoya en los exámenes pertinentes, habría sido dada de alta unos días después de nacer su hijo y estaría cuidándolo como siempre quiso. Pero que [REDACTED] obvió los síntomas, no escuchó a [REDACTED] y sus persistentes dolores en el pecho, junto con taquicardia permanente y en aumento, lipotimia y dificultad para respirar. Respecto al caso fortuito o fuerza mayor, señala que era perfectamente posible resistir el imprevisto, que ni siquiera podría calificarse de tal, conforme asevera, pues sería perfectamente previsible que una mujer durante el puerperio, máxime si ha sido sometida a una cesárea, genere trombos, los cuales se previenen y evitan utilizando medias antritrombos, en primer lugar, y realizando exámenes cuando se está frente a una sintomatología tan persistente y aguda como la que presentaba [REDACTED], exámenes que permiten detectar esta patología a tiempo.

Respecto a las excepciones y alegaciones de Clínica Las Condes, reitera que no es efectiva la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor, ya que existieron una serie de indicios, factores, condiciones y antecedentes que hacían presumir que podría producirse un trombo, no solo por haber sido sometida a una cirugía (cesárea), sino que también por haber sentido una constante y sostenida taquicardia, una fuerte opresión en el pecho, lo que unido a la existencia de un antecedente familiar (jamás consultado a la familia) hacían que el trombo provocado en [REDACTED] era completamente previsible, y por ende, no un caso fortuito como sostiene la demandada. En cuanto a la responsabilidad por el hecho ajeno, indica que los médicos codemandados infringieron la *lex artis*, desde el momento en que no tomaron en cuenta los factores de riesgo que la situación y



«RIT»

Foja: 1

los síntomas de [REDACTED] representaban, así como tampoco consultaron a la familia de [REDACTED] sobre algún antecedente familiar de trombos. Respecto a la relación de dependencia, dice que tanto la doctrina como la jurisprudencia han sido claras en señalar que corresponde a las clínicas responder de los actos deficientes cometidos por los médicos que trabajan en ella, y que si estos actos generan una responsabilidad civil, la Clínica también será responsable, con independencia de que los médicos hayan celebrado con ésta un contrato de arrendamiento (como sostiene la Clínica que ocurre en el presente caso). Existe igualmente una relación jurídica compleja entre el médico y el establecimiento en la que se le otorgan al médico una serie de prestaciones, como por ejemplo, poner a su disposición personal auxiliar, así como también la tecnología médica necesaria para ejercer su profesión.

En lo relativo a la responsabilidad por el hecho propio imputada a Clínica Las Condes, relata que dicho nosocomio no contaba con un protocolo respecto de la utilización de medias anti trombos para esos casos, ni tampoco criterios, como la necesidad de consultar sobre la existencia de antecedentes de trombos en la familia. No existía criterio uniforme o bien conocimiento en el personal de la Clínica respecto a la procedencia de interconsultas. La Clínica no llevó registro alguno respecto a que los equipos de monitoreo presentaban un mal funcionamiento ni que las enfermeras y auxiliares no tenían el conocimiento suficiente para hacerlos funcionar. Las trabas impuestas por la Clínica, junto con el desempeño alejado de la *lex artis* de los médicos co-demandados expusieron a Romina a un riesgo completa y absolutamente innecesario, lo que acreditaría la culpa.

Respecto a la responsabilidad contractual de la Clínica, indica que el contrato tenía como objeto la atención médica del parto, pero también todos los cuidados de la salud de [REDACTED], recién nacido, y su madre [REDACTED]. En cuanto a la naturaleza del contrato celebrado con la Clínica, la jurisprudencia habría fallado que la suscripción del contrato entre la actora y la Clínica no solamente la obliga a proporcionar hotelería y facilitar la infraestructura y demás medios necesarios para la intervención quirúrgica y el postoperatorio, sino que, por dicho contrato la Clínica adquiere otro tipo de obligaciones, esto es, un servicio médico-sanitario integral. En otras palabras, se está diciendo que es un establecimiento que brinda servicio de alojamiento, alimentación e infraestructura necesaria para ejecutar actos médicos (ósea, “hotelero”) y, en consecuencia, se niega la prestación de servicios médicos. Considera que tal defensa no tiene sustento normativo, ya que la fortaleza de la doctrina general de la responsabilidad

«RIT»

Foja: 1

civil y de la responsabilidad patrimonial se muestra especialmente en la responsabilidad médica, lo que es extensible, sin lugar a dudas, a las clínicas. Las obligaciones contractuales a las cuales se obliga la Clínica consisten en poner a disposición del paciente todos los recursos humanos y técnicos para la superación de su estado de salud y evitar cualquier complicación o riesgo, obrando con la diligencia debida, lo que en el caso y de acuerdo a lo relatado en los hechos de la demanda no se realizó, siendo la muerte de Romina consecuencia de su actuar negligente, termina.

Con fecha 20 de febrero de 2019, Clínica Las Condes evacúa la dúplica.

Reitera que a la paciente se realizaron varios exámenes, todos con resultados normales, que descartaban la existencia de un trombo. De esta forma, no existían razones en ese momento para insistir con la búsqueda de un trombo al cual ya todo había indicado que no existía. Apunta que es fácil para la demandante acusar la falta a la *lex artis*, pues analiza la situación desde su posición actual (*ex post*), donde ya sabe que existió un trombo, pero para determinar si los médicos actuaron correctamente habría que atender al conocimiento de los mismos en ese momento (*ex ante*), cuando no se sabía que había un trombo, y que incluso buscándolo, los exámenes indicaron que no existía.

En cuanto a la ausencia de responsabilidad por el hecho ajeno, vuelve a decir que en la especie existieron dos contratos distintos: uno de prestación de servicios médicos, celebrado entre el médico y el paciente, y otro de hospitalización, entre la Clínica y el paciente. Dentro de las obligaciones de este último contrato se encuentran las que la actora ha señalado. Y sobre estas obligaciones la demandante no ha hecho reclamación alguna en su libelo, sino solamente respecto de las obligaciones del contrato de servicios médicos. Así, no concurre tampoco este segundo requisito de la responsabilidad por el hecho ajeno.

Finaliza indicando que su representada ha cumplido con todas sus obligaciones, y por tanto, que se presenta una inexistencia de daño y una ausencia de relación de causalidad.

Con fecha 21 de febrero, [REDACTED] evacúa la dúplica.

Repite su argumentación relativa a la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor, y que en caso de presentarse factores de riesgo se aplicaría lo sostenido por la actora, debiendo el médico mantenerse alerta, pues constituyen sospecha



«RIT»

Foja: 1

obligada de que la paciente pueda estar cursando un TEP, pero que ello no aplica al caso, pues la sra. [REDACTED] no tenía ningún factor de riesgo, máxime cuando hasta la fecha de atención que le dio su defendido, esto es, al 5 de septiembre de 2017, siempre mostró signos inespecíficos, lo que sin duda aportó a la dificultad diagnóstica dada por la inespecificidad de los signos clínicos y que además se aumentan en el embarazo y puerperio, mostrándose resultados de exámenes normales en este último contexto, presentándose la patología finalmente de forma súbita y clara recién el 6 de septiembre de 2017, posterior a la atención que él otorgó.

Agrega que atendida la gravedad del cuadro y la mortalidad propia de la patología que presentó la madre, era imposible asegurar un resultado distinto con un diagnóstico previo. Más aún, si se tiene en consideración que el diagnóstico definitivo ocurrió diferenciado en horas de la cuestionada atención del dr. [REDACTED] concluye que aun cuando hubiese sospechado de un TEP, durante la realización de diversos exámenes de orientación y confirmación diagnóstica, pudo haberse verificado la misma presentación súbita que ocurrió el 6 de septiembre, evolucionando la paciente de la misma forma que lo hizo. O, a mayor abundamiento, aun comenzado un tratamiento inmediato, sin confirmación diagnóstica, nada asegura que la paciente hubiese respondido satisfactoriamente, toda vez que ningún tratamiento médico asegura un resultado preciso y determinado. Así las cosas, sería evidente que el requisito esencial de la relación causal entre el hecho dañoso y el actuar del agente no se cumple en autos, correspondiendo el consecuente rechazo de la demanda.

Reafirma que, en la práctica, de acogerse la acción contractual intentada, las víctimas indirectas recibirían una doble indemnización, por un lado, aquella que corresponde a los perjuicios que se consideren sufridos por la paciente, y por otro, una indemnización correspondiente al daño propio y directo de sus herederos, reclamados en la acción interpuesta en sede extracontractual.

Con fecha 21 de febrero de 2019, [REDACTED] evacúa la dúplica.

Ratifica que sería imposible formular un juicio de reproche o disvalor a la conducta de su representada, pues aun cuando no haya diagnosticado o tenido la sospecha diagnóstica de un TEP en la primera evaluación que hizo a la paciente el 5 de septiembre de 2017, cuando empezó a cursar taquicardia y a referir dificultad para respirar, resultaría evidente que estamos en presencia de un caso de imposibilidad diagnóstica, dado que se presentaron signos o síntomas que son de frecuente presentación en el puerperio (disnea, lipotimias), otros que no son



«RIT»

Foja: 1

exclusivos del tromboembolismo (taquicardia), y no se presentaron otros que podrían haber obligado a una sospecha diagnóstica, como son los signos de TVP. Además, se contó con la evaluación de interconsultores en cardiología y psiquiatría, y finalmente se contaba con una historia clínica de crisis de pánico y tratamiento psiquiátrico previo, que perfectamente lograban explicar la sintomatología presente al día 5 y la mañana del 6 septiembre de 2017, como un cuadro de descompensación emocional, de frecuente presentación en el puerperio, para cuyo efecto solicitó una interconsulta en psiquiatría.

Alega que el daño moral es intransmisible por su propia naturaleza jurídica, pues este tipo de daño no puede ser reclamado por quien no es capaz de padecerlo, ni aún por más vívido, próximo o cercano que aquel le parezca a su propia experiencia de vida. Destaca que la acción para reclamar la indemnización por los perjuicios morales experimentados, en cuanto respuesta frente al hecho dañoso acontecido en la persona de la víctima “directa” es, por su propio fundamento y naturaleza, necesariamente intransmisible, ya que siempre está íntimamente ligada a ciertos bienes intangibles de la persona, lo que no logra desvirtuarse con el hecho que aquella dé lugar a un crédito en dinero, pues aun integrando dicho elemento patrimonial al raciocinio, el sentido y contenido de la acción en estudio sigue inalterable, por cuanto lo que ella persigue es compensar el mal soportado por la víctima, personalmente. Añade que el daño moral es intransmisible por la función meramente satisfactiva de la indemnización, y que la transmisión de éste se encuentra restringida por el campo de aplicación del artículo 2315 del Código Civil.

Con fecha 5 y 29 de agosto de 2019 se celebra audiencia de conciliación, sin éxito.

Con fecha 22 de octubre de 2019 se recibe la causa a prueba.

Con fecha 9 de marzo de 2020 se cita a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I. EN CUANTO A LAS TACHAS.

PRIMERO: Que la parte demandada alega la inhabilidad relativa de los testigos [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la demandante. Respecto de los tres primeros, en conformidad a lo dispuesto en los N° 4 y 6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, mientras que el último, en virtud del N° 6 del mismo Código y por la causal de inhabilidad absoluta del N° 9 de su artículo 357.



«RIT»

Foja: 1

Respecto del sr. [REDACTED], las funda en que habría atendido profesionalmente a [REDACTED] a partir de 2017, trabajo que realizó de manera remunerada, además de haber reconocido que elaboró un informe respecto de las atenciones prestadas, por el que también recibió una remuneración de parte de uno de los demandantes, por lo que existiría una dependencia con quien exige su testimonio, teniendo interés en que se acoja la demanda.

Las inhabilidades respecto del sr. [REDACTED] se fundamentan en que habría admitido ser terapeuta del sr. [REDACTED], actividad que desempeñó de manera remunerada, razón por la que habría una dependencia laboral y vinculación con quien pide su declaración. También tendría un interés, al menos indirecto, en el resultado del juicio, por habersele solicitado la emisión de un informe psicológico y, por tanto, su único objetivo sería dar por acreditados los supuestos daños que dice padecer la parte contraria.

En cuanto al testigo sr. [REDACTED], las causales se sustentan en que acepta conocer al sr. [REDACTED] desde el año 2012 por ser compañeros de universidad, y que a partir del año 2017 lo atendió profesionalmente, a él y a su familia, recibiendo honorarios profesionales. Agrega que al testigo le afecta al menos un interés indirecto en el resultado del juicio, pues elaboró varios informes psicológicos, los que después debe reconocer, llamándole la atención que siendo un prestador de salud no tenga la ficha clínica de sus pacientes.

Finalmente, respecto al testigo sr. [REDACTED] indica que ha reconocido que viene a declarar en virtud de un informe médico que le solicitó elaborar el abogado de la demandante, trabajo por el que se le pagaron honorarios. El testigo habría admitido dedicarse a elaborar informes médicos judiciales y extrajudiciales, afirmando que ha declarado en varias oportunidades en causas sobre responsabilidad médica. Además, estima que el declarante tendría un interés directo, por haber recibido honorarios, lo que develaría su intención de que se acoja la acción.

SEGUNDO: Que la demandante, por su lado, solicita el rechazo de las tachas. Respecto al testigo sr. [REDACTED] dice que no sería dependiente de la parte que lo presenta, descartando que le preste servicios con habitualidad, pues únicamente lo hizo hace años y por algunos meses, conforme apunta, lo cual no sería compatible con la causal alegada, enfatizando que el informe psicológico que emitió no fue remunerado, como claramente declaró, sino que únicamente sus consultas hasta el año 2018. Además, el declarante no tendría interés alguno en el pleito.



«RIT»

Foja: 1

Respecto del sr. [REDACTED], plantea que los servicios prestados por esta persona fueron habituales, pero solo durante 6 meses, lo que a su entender no configura los requisitos de la norma, que supone la existencia de una relación jerárquica y dependiente, pues habría sido el vínculo entre un paciente y su psicólogo. Añade que no toda relación remunerada genera necesariamente un interés en el resultado del juicio, y que dichos honorarios ya fueron pagados, que no estaban sujetos a ninguna condición.

En cuanto al sr. [REDACTED] expresa que la norma requiere que la dependencia se dé por una prestación habitual de servicios retribuidos, lo que no ocurriría, por haberse tratado de una relación profesional –psicólogo-paciente- que el testigo sostuvo con varios de los actores, que culminó hace más de seis meses. Indica que las retribuciones que recibió el declarante fueron en dicho contexto, y que en caso alguno ello puede configurar aquel interés en el pleito que exige la normativa.

Respecto al sr. [REDACTED], señala que sería evidente que siendo médico cirujano y profesor universitario, habiendo publicado un libro de medicina forense importante en los últimos 30 años, no hace de testificar en juicio su profesión. En atención a su cualificación profesional, sostiene que le ha correspondido participar en distintos procesos judiciales, en calidad de perito o testigo, por lo que –a su juicio- no resulta aplicable la causal invocada.

TERCERO: Que las tachas serán rechazadas. En primer lugar, porque el vínculo entre los testigos y la parte demandante se manifestó únicamente en atenciones profesionales brindadas por aquellos, cada uno en su especialidad. Así, la relación que se constata es la que tiene un psicólogo o un médico con su paciente, descartándose la existencia de una dependencia, jerarquía o relación laboral –caracterizada por la subordinación- entre los testigos y la parte que los presenta a declarar, que pudiera comprometer su imparcialidad para prestar declaración en juicio.

En segundo lugar, tampoco es posible concluir que por la prestación de dichos servicios exista un interés directo o indirecto y de carácter pecuniario -como ha sostenido reiteradamente la jurisprudencia- en el resultado de estos autos. En tal sentido, el hecho de haber recibido estos profesionales uno o varios pagos –o ninguno, según cada caso- por las atenciones brindadas y por la elaboración de los informes solicitados, en el contexto que las atenciones de salud ya referidas, así como su posible ratificación en el juicio, en nada contamina *a priori* la imparcialidad de los declarantes, ya que obedece a la legítima contraprestación



«RIT»

Foja: 1

acordada, puesto que de otra manera costaría entender –en términos generales– el motivo por el cual se involucraron en el caso.

Finalmente, en cuanto a la inhabilidad absoluta alegada respecto del testigo [REDACTED], cabe destacar que sus dichos –cuando manifiesta haber prestado testimonio en otras ocasiones– no permiten encuadrar la hipótesis del artículo 357 N° 90 del Código Adjetivo, por cuanto dicho precepto fue establecido con el fin de vedar las versiones procedentes de personas que, previo pago de una cantidad de dinero –cuestión no acreditada con ese único y particular fin–, se dedicaban al reprochable “oficio” de prestar testimonio en procesos como los de marras, conociéndoseles coloquialmente con el nombre de “jureros” (Denominación inclusive contenida en la Real Academia de la Lengua Española: 1. adj. Chile. Que jura en falso), nada de lo cual se advierte en la especie.

CUARTO: Que la parte demandada alega la inhabilidad relativa de los testigos [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED] presentados por la demandante, en conformidad a lo dispuesto en el N° 7 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil.

La fundamenta respecto a la sra. Ginesta en que habría reconocido expresamente ser amiga del demandante [REDACTED], por alrededor de 9 años, período en el que ha visitado su casa, compartido reuniones sociales y vacaciones, manteniendo un estrecho vínculo con él, además de conocer a su señora, [REDACTED], todo lo cual configuraría una amistad íntima.

En cuanto al sr. [REDACTED], señala que de sus dichos sería posible establecer que tiene una íntima amistad con [REDACTED], a quien señaló conocer desde hace más de 30 años, visitar su casa, compartir cumpleaños, celebraciones y reuniones sociales, reconociendo además ser familiar de la demandante, [REDACTED] [REDACTED]

Respecto al sr. [REDACTED], esgrime que el testigo reconoció de manera expresa conocer al demandante [REDACTED] desde más de 25 años, en razón de que fueron compañeros de colegio, que se reúnen en distintas actividades sociales hasta la fecha, además de indicar que asistió al matrimonio del sr. [REDACTED] y éste al suyo, siendo también amigos en redes sociales como Facebook e Instagram, manteniendo un contacto habitual de -por lo menos- una vez al mes, elementos que se traducirían en aquella intimidad en la amistad que exige el precepto legal.

«RIT»

Foja: 1

QUINTO: Que la demandante, por su parte, solicita el rechazo de las tachas. En cuanto a la sra. [REDACTED] indica que la intimidad es un concepto normativo que debe llenarse con antecedentes graves, y que el hecho de coincidir en fiestas, vacaciones u otros eventos con uno de los demandantes, no implica tal intimidad.

Respecto del sr. [REDACTED] reitera que la intimidad se debe manifestar en hechos graves. El coincidir en eventos sociales o conocerse por una cierta cantidad de años no serían antecedentes que den cuenta, por sí solos, de una intimidad en el vínculo. Además, señala que el testigo no concurre habitualmente a la casa de su representado y que el parentesco alcanza al sexto grado de consanguineidad, solamente.

En cuanto al sr. [REDACTED], por fin, sostiene –una vez más- que la amistad inhabilitante debe expresarse en hechos graves, que estima no concurren en la especie, ya que coincidir en eventos sociales y conocerse por una cierta cantidad de años, no daría cuenta de la gravedad exigida. Añade que la frecuencia con que hablan y el hecho de tenerse mutuamente en redes sociales, no sería un hecho grave para acreditar la intimidad requerida.

SEXTO: Que las tachas serán acogidas. Ello, porque a partir del relato de los testigos queda de manifiesto la existencia de una amistad que puede calificarse como íntima. En efecto, los declarantes admiten conocer durante largos años a uno de los demandantes -por 9, 25 y 30 años, respectivamente-, coincidir de manera habitual en reuniones sociales, haber participado de hitos importantes en la vida del actor (por ejemplo, la celebración de su matrimonio), inclusive uno de ellos dice haber compartido temporadas de vacaciones en conjunto con el sr. [REDACTED] y su familia, y otro ser pariente de aquel, hechos todos que apreciados en su conjunto, dan luces suficientes para comprender y establecer definitivamente que estas personas integran un mismo círculo social, de manera estable y con cierta frecuencia en sus encuentros, siendo partícipes de sus momentos más relevantes, como también de aquellos de simple esparcimiento, lazos que descubren una suerte de familia extendida, compuesta por personas muy cercanas entre sí, que naturalmente configura la causal planteada.

SEPTIMO: Que, a su turno, la parte demandante alega la inhabilidad relativa de los testigos [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la demandada Clínica Las Condes, en virtud de la causal del artículo 358 N° 6 del Código de Procedimiento Civil.



«RIT»

Foja: 1

Sostiene respecto del sr. [REDACTED] que habría reconocido, entre otras cosas, ser accionista de la Clínica demandante, lo que implica que es dueño de una parte de ella, por lo que un resultado desfavorable implicaría un perjuicio económico para la Clínica que se reflejaría directamente en su participación, teniendo por ello un interés directo en el resultado del pleito.

En relación al sr. [REDACTED], esgrime que reconoce trabajar para Clínica Las Condes desde el año 1991, por más de 30 horas a la semana, al existir un contrato de arriendo por consulta y ser propietario de 8.000 acciones, por lo cual un resultado desfavorable le traería un perjuicio económico actual y directo, producto de la disminución del valor de su participación accionaria.

OCTAVO: Que la defensa de la Clínica Las Condes solicita el rechazo de las tachas.

En cuanto al sr. [REDACTED] indica que si bien señaló ser accionista de la Clínica, ello no puede por sí constituir una inhabilidad, más aún si no existen antecedentes sobre el capital de la sociedad, de cientos de millones de dólares, siendo que el porcentaje del testigo sería minoritario. Además, porque no se le consultó si tenía un interés en el resultado del juicio, y que el hecho de que se dicte hipotéticamente una sentencia desfavorable a la Clínica, no afectaría en lo más mínimo los resultados de la empresa, los valores de las acciones o el patrimonio personal del declarante.

Acerca del sr. [REDACTED], expresa que el testigo no reconoció trabajar en Clínica Las Condes, en el entendido de una relación laboral, sino que lo que existe sería un arriendo de consulta en las instalaciones de la Clínica. En relación a su condición de accionista, manifiesta que en una sociedad anónima abierta cuyo capital accionario está dividido en más de 10 millones de acciones, las del testigo representarían un 0,08%, ante lo cual el resultado del juicio, en un caso hipotético, no tendría ninguna injerencia para él.

NOVENO: Que las tachas serán acogidas. Lo anterior, pues al detentar los deponentes la calidad de accionistas de la sociedad que los trae a declarar y, por ende, dueños de una fracción de la compañía, resulta evidente la falta de imparcialidad denunciada, por no serles indiferente el resultado favorable o desventajoso de la controversia. Así pues, en el evento –incierto todavía- de aceptarse la demanda, no es aventurado pensar que la porción de utilidades que les correspondería podría verse disminuida, independiente de la mayor o menor participación accionaria que tengan, al tener que desviarse recursos para solventar el pago de las indemnizaciones, cuestión que, sin dudas, los coloca en la



«RIT»

Foja: 1

posición de tener un interés pecuniario, al menos indirecto, en los resultados del juicio.

En efecto, no puede serles indiferente que la sociedad deba asumir un gasto más, ni la circunstancia de verse comprometida la reputación de la Clínica, desde que ello también podría incidir en el rendimiento económico, por ejemplo, por una potencial caída en el número de pacientes que depositan su confianza en ese nosocomio.

DECIMO: Que la parte demandante también alega la inhabilidad relativa del testigo [REDACTED], presentado por Clínica Las Condes y [REDACTED], en virtud de las causales del artículo 358 N° 5 y 6 del Código de Procedimiento Civil, que funda en que el declarante ha reconocido, entre otras cosas, que trabaja en Clínica Las Condes hace más de 5 años, y que si bien no recibe dinero por concepto de remuneración, la Clínica actúa como recolector de los dineros de los pacientes, que posteriormente entregada al testigo, además de la existencia de un contrato de arriendo que formaliza dicha vinculación. Por ello, estima que tiene un interés directo y pecuniario en el resultado del juicio, ya que un resultado desfavorable lo perjudicaría económicamente.

UNDECIMO: Que las demandadas solicitan el rechazo de la tacha. Sostienen que la figura del N° 5 contiene una causal objetiva y limitada exclusivamente a trabajadores y labradores dependientes de quien los presenta, dada por un vínculo de subordinación y dependencia, lo que no existe en la especie, puesto que solo habría un contrato de arriendo de consulta, en que la Clínica actúa como recaudadora de los honorarios devengados por esas prestaciones, los cuales se entregan contra la emisión de una boleta de servicios. Además, afirman que debe considerarse que el testigo es presentado por dos de las demandadas, y que con uno de ellos no tendría ninguna relación de trabajo. En cuanto al interés en el resultado del juicio, asegura que el testigo no habría sido consultado, ni de sus dichos se desprendería.

DUODECIMO: Que las tachas serán rechazadas. En primer lugar, porque para la causal del numeral quinto se requiere la existencia de un vínculo de naturaleza laboral entre el declarante y la parte que lo presenta, donde lo esencial son los rasgos de subordinación y dependencia, cuestión que no es posible percibir con los dichos del testigo, lo que no quiere decir que se conduzca libremente, sino tan solo que faltan antecedentes para calificar jurídicamente esa relación contractual como laboral. Es más, esta persona es clara en señalar que no existe tal relación laboral, y que en realidad su vínculo con la Clínica es por un



«RIT»

Foja: 1

contrato de arrendamiento de servicios, que le permite ejercer su disciplina en dependencias de ese centro de salud. En segundo lugar, porque no ha sido posible determinar cuál sería el interés pecuniario –directo o indirecto- del declarante en los resultados del juicio.

Cabe destacar que la mirada del Tribunal acerca de la relación existente entre el testigo y la Clínica es más bien estricta, porque siendo entre las partes, conocen bien los alcances del vínculo. Tal medida o estándar es exigible también a los letrados.

No puede pedirse lo mismo, lógicamente, a un paciente que acude a la Clínica, no conocedora de las relaciones internas entre las partes, que va en la busca de una atención y/o prestación médica, que entiende es responsabilidad del centro asistencial, como se abordará más adelante.

DECIMO TERCERO: Que, por último, la parte demandante alega la inhabilidad relativa de los testigos [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la demandada [REDACTED] las dos primeras por la causal contemplada en el N° 5, y el último por la del N° 6, todas del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil.

En cuanto a las testigos sras. [REDACTED] y [REDACTED], indica que de sus relatos se desprende que trabajan hace más de 15 y 5 años, respectivamente, con la demandada, a la que asisten en procedimientos quirúrgicos aproximadamente una a dos veces al mes, admitiendo además que trabajan con ella en Clínica Las Condes. Ello develaría una relación laboral, donde las deponentes estarían sometidas a una subordinación jerárquica establecida por los mismos protocolos de la Clínica, recibiendo instrucciones directas de la demandada en cada intervención.

Se fundamente la tacha planteada respecto de [REDACTED] en que éste presentaría una evidente falta de imparcialidad en su declaración, toda vez que participó activamente en el procedimiento quirúrgico que culminó con la muerte de la paciente [REDACTED], reconociendo que tenía el grado de médico de staff de Clínica Las Condes, máxime cuando dicho procedimiento le podría acarrear eventuales responsabilidades civiles y penales directas.

DECIMO CUARTO: Que la demandada [REDACTED] solicitó el rechazo de las tachas.

En cuanto a las testigos sras. [REDACTED] y [REDACTED], indica que la causal legal afecta a quienes posean la calidad de trabajadores dependientes de la parte



«RIT»

Foja: 1

que exige su testimonio, no detentando tal condición las declarantes, pues no trabajan ni prestan servicios para la demandada. Dice que ellas ocasionalmente conforman parte de los equipos que integra la dra. [REDACTED] y que prestan sus servicios para Clínica Las Condes.

Respecto a [REDACTED] sostiene que la causal de inhabilidad dice relación con tener en el pleito un interés directo o indirecto, situación que el testigo no cumple, pues dicho interés debe ser de orden pecuniario. El testigo fue citado judicialmente y su permanencia en Clínica Las Condes no depende de un grupo de médicos, no esbozándose un interés por el solo hecho de haber participado en calidad de cirujano ayudante en una cesárea.

DECIMO QUINTO: Que las tachas serán rechazadas. En cuanto a las que se sustentan en el artículo 358 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, porque su éxito se encuentra íntimamente relacionado con la existencia de una vinculación de naturaleza laboral entre los testigos y quien exige su testimonio, asunto que no aparece evidente en las versiones recibidas, puesto que estas personas –al parecer- prestarían sus servicios profesionales para Clínica Las Condes, entidad que no las ha ofrecido como testigos.

Respecto a la inhabilidad reprochada al sr. [REDACTED] el Tribunal observa que de su relato no se desprende interés alguno de carácter pecuniario, motivo por el que se descartará, sin más.

II. EN CUANTO AL FONDO.

DECIMO SEXTO: Que la parte demandante rindió la siguiente prueba:

Instrumental.

En folio 1.

1.- Certificado de nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 27 de septiembre de 2017. Indica que [REDACTED] nació el día 9 de marzo de 1983, y que sus padres son [REDACTED] y [REDACTED].

2.- Certificado de defunción emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 24 de septiembre de 2017. Indica que [REDACTED] falleció el día 20 de septiembre de 2017 a las 20:00, en Clínica Las Condes, y que la causa de muerte fue: “Muerte Cerebral / Encefalopatía hipóxico isquémica / Tromboembolia Pulmonar”.



«RIT»

Foja: 1

3.- Certificado de matrimonio emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 27 de septiembre de 2017. Indica que [REDACTED] y [REDACTED] contrajeron el vínculo con fecha 14 de marzo de 2015 a las 17:20 horas, y que en el acto de celebración pactaron el régimen patrimonial de separación total de bienes.

4.- Certificado de nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 27 de septiembre de 2017. Indica que [REDACTED] nació el día 3 de septiembre de 2017, y que sus padres son [REDACTED] y [REDACTED].

5.- Certificado de nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 3 de octubre de 2017. Indica que [REDACTED] nació el 10 de abril de 1978, y que sus padres son [REDACTED] y [REDACTED].

6.- Certificado de nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 3 de octubre de 2017. Indica que [REDACTED] nació el 23 de enero de 1975, y que sus padres son [REDACTED] y [REDACTED].

7.- Certificado de nacimiento emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con fecha 3 de octubre de 2017. Indica que [REDACTED] nació el día 28 de junio de 1984, y que sus padres son [REDACTED] de la [REDACTED] y [REDACTED].

Folio 95.

8.- Copia de Informe psicológico elaborado por [REDACTED] de fecha 7 de noviembre de 2019. En el instrumento se indica que [REDACTED] estuvo en tratamiento psicoterapéutico -a su cargo- desde noviembre de 2017 a agosto de 2018, por duelo e intensa crisis de angustia, cuadro de depresión reactiva y estado de shock emocional por el fallecimiento de su cónyuge.

9.- Copia de "Certificado de proceso psicoterapéutico" emitido por [REDACTED] en el mes de octubre de 2019. Se identifica como paciente a [REDACTED], en virtud de un proceso psicoterapéutico en julio de 2018. El paciente arroja sintomatología ansiosa depresiva por duelo por muerte de su hija [REDACTED].



«RIT»

Foja: 1

10.- Copia de informe psicológico cualitativo elaborado por [REDACTED], sin fecha. En paciente se identifica a [REDACTED], siendo el motivo de la consulta el fallecimiento de su hermana [REDACTED]. Se da cuenta de trabajo de trauma de la paciente por los hechos ocurridos, además de episodios de ansiedades y tristeza.

11.- Copia de informe psicológico cualitativo elaborado por [REDACTED], sin fecha. En paciente se identifica a [REDACTED] y el motivo de la consulta fue por el fallecimiento de su hija [REDACTED]. Se da cuenta de trabajo de trauma del paciente por los hechos ocurridos, y episodios de dolor y pena por la atención que recibió su hija en Clínica Las Condes.

12.- Copia de informe psicológico cualitativo elaborado por [REDACTED], sin fecha. En paciente se identifica a [REDACTED] y el motivo de la consulta fue por fallecimiento de su hija [REDACTED]. Se da cuenta de trabajo de trauma de la paciente por los hechos ocurridos, y episodios de dolor y pena por la atención que recibió su hija en Clínica Las Condes.

13.- Copia de informe psicológico cualitativo elaborado por [REDACTED], sin fecha. En paciente se identifica a [REDACTED] y el motivo de la consulta fue por fallecimiento de su hermana [REDACTED]. Se da cuenta de trabajo de trauma de la paciente por los hechos ocurridos, y episodios de dolor y pena por la atención que recibió su hermana en Clínica Las Condes.

14.- Copia de informe psicológico cualitativo elaborado por [REDACTED], sin fecha. En paciente se identifica a [REDACTED] y el motivo de la consulta fue por fallecimiento de su hermana [REDACTED]. Se da cuenta de trabajo de trauma de la paciente por los hechos ocurridos, y episodios de dolor y pena por la atención que recibió su hermana en Clínica Las Condes.

15.- Copia de certificado emitido por [REDACTED], médico psiquiatra, de fecha 12 de noviembre de 2019, en el que constata que atendía a [REDACTED] entre octubre y noviembre de 2017, momento en que presentaba una intensa reacción de duelo, correlativa a la muerte de su hija en septiembre.

16.- Copia de curriculum vitae de [REDACTED], psicólogo.

17.- Copia de curriculum Vitae de [REDACTED], médico cirujano.

18.- Copia de curriculum vitae de [REDACTED] psicólogo.



«RIT»

Foja: 1
Folio 101.

19.- Documento denominado: "Informe Pericial en base a antecedentes N° 330-0009-2017", de fecha 29 de diciembre de 2017, elaborado por [REDACTED], médico especialista en medicina legal, Registro Superintendencia de Salud N° 5980, Perito Judicial bienio 2016-2017, respecto de la muerte de [REDACTED]

En dicho documento, luego del análisis de los antecedentes y del marco teórico, en cuanto a la causa de la muerte de la paciente y la relación de causalidad, indica: *"Cabe partir este análisis señalando que el conjunto de antecedentes disponibles permite afirmar que [REDACTED] padeció un TEP agudo multisegmentario bilateral secundario a una TVP, lo que desembocó en un paro cardiorrespiratorio y posterior muerte encefálica producto de encefalopatía hipóxico-isquémica.*

En ese contexto, las omisiones constitutivas de faltas a la lex artis en las que incurrieron el Dr. [REDACTED] y la Dra. [REDACTED] en las atenciones otorgadas a la paciente, determinaron directamente que el TEP que padecía no fuese diagnosticado en forma oportuna. Como consecuencia se le privó de la opción de recibir en ese momento de su evolución el tratamiento indicado en estos casos (anticoagulación).

Con todo, desde la perspectiva pericial se debe tener en cuenta para efectos del análisis de causalidad que – si bien la anticoagulación es el tratamiento básico para los cuadros de TEP / TVP (Anexo 3-72) – esa terapia solo previene la formación de nuevos trombos, pero no destruye ni tampoco disminuye el tamaño de los ya existentes. Estos incluso pueden continuar su crecimiento no obstante la concurrencia de una terapia anticoagulante.

Considerando lo anterior, no es posible afirmar inequívocamente que el resultado fatal haya podido ser evitado de haberse diagnosticado antes el TEP e instaurado en ese momento el tratamiento idóneo. Sin perjuicio de lo anterior y teniendo en cuenta las tasas de mortalidad detalladas en el marco teórico, es posible inferir que la demora en arribar al diagnóstico e iniciar la terapia correspondiente sí aumentó la probabilidad de muerte de la paciente".

Y concluye lo siguiente:

"I. Tanto el Dr. [REDACTED] como la Dra. [REDACTED] incurrieron en faltas a la lex artis en las atenciones que otorgaron a [REDACTED]. Lo anterior determinó directamente que el TEP que padecía la paciente no fuese diagnosticado en forma



«RIT»

Foja: 1

oportuna, privándola de la opción de recibir en ese momento de su evolución el tratamiento idóneo.

II. Consecuentemente, las faltas a la lex artis en comento propiciaron un aumento en la probabilidad de muerte de la paciente.

III. No se aprecian otras faltas a la lex artis en las atenciones brindadas a la paciente durante su estadía en la Clínica Las Condes entre el 03 y 20 de septiembre de 2017”.

Folio 124.

20.- Documento titulado: “Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio”. Santiago MINSAL 2015, 1ª edición y publicación en 2015.

En dicho documento, en el apartado de complicaciones médicas, se trata desde la página 204 en adelante la Trombosis Venosa Profunda y el Tromboembolismo Pulmonar.

En lo relevante plantea que: *“El embarazo y el puerperio son factores de riesgo bien establecidos para el desarrollo de eventos tromboembólicos, con una incidencia ajustada por edad, que va desde 4 a 50 veces mayor en las embarazadas en comparación con las no embarazadas. / La tasa de incidencia absoluta de 1 en 500 a 2000 embarazos (0,025 a 0,10 por ciento) La trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP), son dos manifestaciones de una misma enfermedad, que en general son prevenibles y tratables. Sin embargo, los eventos tromboembólicos siguen siendo una causa prevalente de mortalidad relacionada con el embarazo en los países desarrollados. / El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) es aproximadamente dos veces más alta después de una cesárea que el parto vaginal. Además, la TVP es mucho más común en la pierna izquierda que la derecha. Hasta el 80% de las personas con TEP tienen TVP aunque su expresión clínica y su diagnóstico en la práctica sólo se presentan en el 50% de los casos.”*

En cuanto a exámenes de laboratorio para diagnosticarlo, entre otros se menciona el Dímero D como *“un producto de degradación de la fibrina, ha sido ampliamente utilizado para el diagnóstico de TEP. La presencia de Dímero-D elevado está presente en casi todos los usuarios con TEP en concentraciones > 500 ng/ml, aunque su valor predictivo positivo es muy bajo en embarazadas. La cuantificación del Dímero-D en embarazadas es útil cuando su valor es normal ya que tiene un alto valor predictivo negativo para TEP.”*



«RIT»

Foja: 1

Se indica también que: *“Es recomendable solicitar un Doppler de EEII como prueba inicial en mujeres embarazadas y puérperas con sospecha de TVP. Todas las pruebas positivas para TVP proximal (supracondíleas) deben llevar un tratamiento inmediato. En situaciones en que la prueba no pesquiza la presencia de TVP y la sospecha clínica aun es alta, es posible realizar una RNM que tiene una alta sensibilidad y especificidad”.*

21.- Documento titulado: “Orientación Técnica para la Auditoria y Vigilancia de la Mortalidad Materna”, elaborado por la Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades. Depto. Ciclo Vital. Programa Nacional de la Mujer.

22.- Documento titulado: “Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Prevención Enfermedad Tromboembolica en Pacientes Quirúrgicos”, timbrado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

23.- Documento titulado: “Trombosis Venosa en el Embarazo”, realizado por los doctores [REDACTED] y [REDACTED], publicado en Rev. Med. Clin. Condes – 2014; 45(6) 1004-1018, año 2014.

Señalan en ese texto que *“El embarazo y el puerperio son factores de riesgo bien establecidos para el Tromboembolismo Venoso (TEV), que ocurre con una prevalencia de 1 en 1600. / El TEV puede manifestarse durante el embarazo como Trombosis Venosa Profunda aislada de las extremidades inferiores (TVP) o como una Embolia Pulmonar (EP). EP es la séptima causa de mortalidad materna, responsable del 20 a 30 por ciento de las muertes maternas.” Agregan que “En comparación con el período anteparto, el TEV es dos a cinco veces más frecuente en este período. El riesgo es mayor en las primeras seis semanas postparto, luego disminuye a tasas similares a las de la población general. (...) Los factores que aumentan el riesgo de TEV en el período postparto son: Parto por cesárea (...)”, entre otros.*

En cuanto al diagnóstico, indica entre otros el Dímero D, señalando que *“El Dímero-D es un producto de degradación de la fibrina, que ha sido ampliamente estudiado para su uso en el diagnóstico de la TVP. En pacientes no embarazadas, el valor predictivo negativo del Dímero-D para descartar TVP es alto; sin embargo, en el embarazo, aunque el valor predictivo negativo sigue siendo alto, no es tan útil debido al aumento de sus niveles durante la gestación”.*

Folio 125.



«RIT»

Foja: 1

24.- Copia de Certificado emitido por la Clínica Las Condes de fecha 15 de septiembre de 2017, firmado por la dra. [REDACTED], en el cual se constata que [REDACTED] se encontraba hospitalizada en Intensivo Cardiovascular de Clínica Las Condes desde el día 3 de septiembre de 2017.

25.- Copia de comprobante de ingreso, boleta no afecta o exenta electrónica N° 239260 y boleta electrónica N° 10124, emitidas el 21 de septiembre de 2017 por Parque del Recuerdo, por la suma total de \$338.338.

26.- Copia de comprobante de ingreso N° 2638 de fecha 21 de septiembre de 2017, por uso de velatorio en la Parroquia San Francisco de Sales, en Vitacura, a nombre de Romina Rojas, por la suma de \$200.000.

27.- Copia de comprobantes y recibos de ingresos N° 411760 y N° 413171, ambos de fecha 20 de septiembre de 2017, emitidos por Funeraria del Hogar de Cristo, cuyo contratante es [REDACTED] y la beneficiaria del servicio es [REDACTED], por concepto de servicio funerario de necesidad inmediata y aviso en El Mercurio, por las sumas de \$2.685.375 y \$52.500, respectivamente.

28.- Copia de comprobante de caja N° 260321 de fecha 7 de febrero de 2019, por la suma de \$55.080, y copia de comprobante de pago por esa suma; comprobante de caja N° 237905 de fecha 7 de noviembre de 2018, por la suma de \$82.352, y copia de comprobante de pago por esa suma; comprobante de caja N° 200939 de fecha 24 de mayo de 2018, por la suma de \$27.060, y copia de comprobante de pago por esa suma; comprobante de caja N° 172855 de fecha 22 de febrero de 2018, por la suma de \$26.895, y copia de comprobante de pago por esa suma; y, copia de comprobante de pago, por el periodo de octubre de 2017 a abril de 2018, por la suma de \$188.979. Todos emitidos por Compañía de Seguros de Clínica Las Condes a nombre de la paciente [REDACTED], episodio N° 201603086.

29.- Copia de Condiciones Particulares Póliza Individual de Seguro para Prestaciones Médicas de Maternidad, Mamá Feliz II, N° de Póliza 201603086, N° de propuesta 132929, contrato de seguro celebrado entre Seguros CLC S.A. y Romina Rojas Zarhi, inicio de vigencia el 16 de mayo de 2016, renovable tácita y automáticamente, si ninguna de las partes da aviso de lo contrario. Se acompaña también certificado con el detalle de los pagos registrados en la compañía de seguros -periodos mensuales- desde 2016 al 2018, emitido por la compañía Seguros CLC S.A.



«RIT»

Foja: 1

30.- Copia de duplicado de certificado de posesión efectiva, N° de inscripción 76637, año 2018, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, respecto de la causante [REDACTED], fallecida el día 20 de septiembre de 2017 en Clínica Las Condes. Consta que la posesión efectiva fue concedida a sus herederos [REDACTED], en calidad de cónyuge, y [REDACTED], en su calidad de hijo; y consta el certificado de pago total del impuesto a las herencias.

31.- Copia de Epicrisis Médica, emitida por Clínica Las Condes respecto de la paciente [REDACTED], fecha de ingreso el 3 de septiembre de 2017 y egreso el 21 de septiembre de 2017, N° de ficha clínica 669182.

Aparecen entre los médicos tratantes [REDACTED] y [REDACTED]
[REDACTED]

El motivo de ingreso fue una patología obstétrica y de egreso fue neumonía por aspiración de vómito.

Como resumen de la hospitalización se señala que: *"Paciente 34 años, que ingresa con 38+6 semanas, que ingresa el 03/09 por pubalgia invalidante / Se realiza cesárea sin incidentes, al segundo día de puerperio presenta lipotimia, sensación de opresión torácico, taquicardia y disnea. Se interpreta como crisis de pánico. El día 06/09 presenta desaturación y compromiso de conciencia, de constata PCR a las 13:07 hrs, se inicia reanimación / 5 ciclos completos, se decide instalar a ECMO, se realiza FBC por TOT que muestra abundante espuma hemática en relación a bronquio fuente derecho. Se constata material alimentario en bronquio LM. Se realiza aseo bronquial y toma de muestras / Angiotac tórax mostró Tromboembolismo pulmonar multisegmentario bilateral con signos de sobrecarga ventricular derecha. Condensación cuneiforme de base pleural en el lóbulo inferior izquierdo que puede corresponder a infarto. / Compromiso parenquimatoso pulmonar bilateral según lo descrito que impresiona estar en contexto de un distress respiratorio, con algunos signos de edema pulmonar y probable aspiración asociado. Fracturas costales bilaterales / Tac cerebral post conexión ECMO mostró Estructuras encefálicas sin contraste ev sin hallazgos de significado patológico definido. Se pesquisa además Hematoma del músculo pectoral mayor izquierdo con signos de sangrado activo, evaluada por cx tórax se decide manejo médico y compresión local. Requiere al ingreso apoyo con OVA, hipotermia a 34 °C por 24 hrs, sedada y relajada, evoluciona el 07/09 con clonias de predominio hemicuerpo derecho. Evaluada por neurología impresiona como encefalopatía hipoxico isquémica y status mioclónico clínico / El día 08/09 se inicia*



«RIT»

Foja: 1

ac valproico en carga, se aumenta Midazolam. TAC cerebro del 08/09 demostró un edema cerebral difuso con pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y blanca, fenómenos propios de encefalopatía hipóxica isquémica grave. EEG ha demostrado periodos de actividad lenta que alternan con otros periodos de supresión lo que también traduce encefalopatía hipóxica isquémica. Se ha iniciado un manejo intensivo para el edema cerebral, norepinefrina para PAM 85-90, hipernatremia 155 meq/l e hipocapnia 30-35 / 10/09 Evolucionando en coma, tac cerebro control demuestra la presencia de signos de herniación uncal mayor a izquierda y transtentorial con infartos territoriales de ambas arterias cerebrales posteriores mayor definido a izquierda. Se insinúan hipodensidades en territorio cerebral anterior izquierdo. Edema cerebral difuso y completa pérdida de la diferenciación de sustancia gris y blanca. / En relación a posible infarto occipital extenso con serio riesgo de conversión hemorrágica se decide desconectar ECMO y se instala Filtro de vena cava y heparina x BIC para TTPK 40. Previa Ecoscopia con FEVI 65. VO con FAC 42 TASPE 16. S'10. IT con velocidad 2,99. Cava dilatada 26 mm. Derrame pleural bilateral y derrame pericárdico leve. Sin significación hemodinámica doppler transcraneal con signos de hipertensión endocraneana / El día 13/09 con anisocoria 00>01, escasa reactividad, clínicamente con reflejos de tronco. TC Cerebral mantiene marcado edema sumado a una hipodensidad supratentorial difusa y EEG actividad lenta y difusa de bajo voltaje, no hay actividad epileptiforme / Evolucionando con leucocitosis y PCR en aumento se decide pancultivar e inicia en forma empírica de Tazonam+vancomicina. / El día 14/09 se suspende Midazolam y 16/09 se suspende fentanil / Persiste en coma y empeoramiento neurológico, el día 17/09 con EEG sin actividad eléctrica.

32.- Copia de Factura Electrónica N° 157375, emitida por Funeraria del Hogar de Cristo con fecha 25 de septiembre de 2017, a nombre de [REDACTED], por servicios funerarios en beneficio de [REDACTED], por la suma de \$2.737.875, la cual se encuentra pagada.

33.- Copia de Boleta o afecta o exenta electrónica N° 2385500, emitida por Servicios de Salud Integrado S.A, filial Clínica Las Condes, de fecha 29 de agosto de 2017, por concepto de consulta particular, por la suma de \$47.000. Aparece en el documento que la consulta fue en la especialidad ginecología y obstetricia con la doctora [REDACTED].

34.- Copia de informe médico, elaborado por [REDACTED], médico psiquiatra, de fecha 13 de noviembre de 2019, respecto de la paciente [REDACTED], quien fue atendida por esa profesional en varias



«RIT»

Foja: 1

oportunidades, asociadas a diversos eventos biográficos, desde el año 2009 hasta mayo de 2018.

Sostiene que: *“[REDACTED] cursó un grave trastorno de ansiedad generalizada con ánimo depresivo en relación con su separación conyugal, agravado por duelo traumático por fallecimiento de su hermana producto de negligencia médica”.*

35.- Copia de Ficha de Ingresos Médico de la Clínica Las Condes, donde consta el ingreso médico OB de [REDACTED] con fecha 3 de septiembre de 2017.

36.- Copia de liquidación individual de seguro complementario de la empresa Metlife, solicitada con fecha 9 de marzo de 2018, póliza N° 340,010,974, respecto de la asegurada y beneficiaria [REDACTED].

37.- Copia de respuesta de reclamo efectuado por [REDACTED] el día 11 de junio de 2018 a Clínica Las Condes, en el que solicita se proceda a la auditoría de la cuenta de [REDACTED].

38.- Copia de resumen de bonificaciones a la cuenta N° 1000000122373, emitida el 22 de enero de 2018 por Clínica Las Condes, respecto de la paciente [REDACTED], N° de episodio 2000100255.

39.- Copia de resumen de bonificaciones a la cuenta N° 1000000118454, emitida el 24 de mayo de 2018 por Clínica Las Condes, respecto de la paciente [REDACTED], N° de episodio 2000100344.

40.- Copia de solicitud de incorporación al seguro de accidentes para recién nacido en Clínica Las Condes.

Folio 126.

41.- Copia de Ficha Clínica N° 0669182, emanada de Clínica Las Condes, respecto de la paciente [REDACTED], quien ingresó a ese recinto el 3 de septiembre de 2017 y egresó el 21 de septiembre del mismo año.

- Aparece en la página 4 de 377 que ingresó al servicio de urgencias de la Clínica el día 3 de septiembre, por dolor pélvico, 39 semanas. Se destina a la paciente a hospitalización, con diagnóstico de embarazo confirmado, subluxación de la sínfisis (pubis) en el embarazo, el parto y el puerperio (pág. 6 de 377).

- En la página 11 de 377 se deja constancia que al día 20 de septiembre de 2017 la situación de la paciente es muerte cerebral, PCR (asistolia) recuperado x TEP masivo, ECMO VA periférico (del 06 al 10/09), encefalopatía hipóxico



«RIT»

Foja: 1

isquémica + edema cerebral, neumonía aspirativa, fracturas costales bilaterales + hematoma del músculo pectoral mayor izquierdo. La paciente se encuentra grave, con Exs. compatibles con muerte cerebral, Glasgow 3, sin sedantes desde el 16/9, no gatilla en VM. Sin respuesta a estímulos externos, sin reflejos de tronco, febrículas hasta 37.4°C, con tendencia a hipotensión, sin DVA. Diuresis 1517 cc BH+868cc, midriasis bilateral arrefléctica y bien perfundida clínicamente.

- En la página 158 y siguientes de 377, aparece que la situación de la paciente el día 6 de septiembre de 2017 es que fue ingresada al sector de urgencia de Clínica Las Condes, Intensivo Cardiovascular, siendo su situación un tromboembolismo pulmonar multisegmentario bilateral con signos de sobrecarga ventricular derecha + infarto lóbulo inferior izquierdo, PCR asistolia, ECMO VA periférico, distress respiratorio / neumonía aspirativa. Fracturas costales bilaterales, hematoma del músculo pectoral mayor izquierdo, con signos de sangrado activo.

Se constató el fallecimiento el día 20 de septiembre de 2017 a las 20:00 horas.

Día 3 de septiembre de 2017:

- En Registros quirúrgicos médicos, se incorpora el protocolo operatorio del día 3 de septiembre de 2017, a las 22:47 horas (pág. 240 de 377 y siguientes) por la médico [REDACTED], respecto de la operación "cesárea". Se registra como diagnostico pre y post operatorio primigesta, embarazo 38 + 6 y pubalgia invalidante que no cede con analgésicos.

Se detalla: *"Colocación paciente en mesa operatoria. Se lava abdomen, periné y raíces de ambos muslos con agua y jabón. Aseptización vaginal. Colocación sonda foley con técnica estéril. Se pincela abdomen, pelvis y ambas raíces de muslos con povidona yodada. Esperamos 3 minutos previo a colocación campo quirúrgico estéril. Incisión tipo Pfannestiel. Se separa por planos hasta entrar a cavidad abdominal. Se separa vejiga de útero. Histerotomía segmentaria arciforme. / Se extrae RN, sexo masculino que pesó 3520 por 51 cm, Apgar 9-10, líquido amniótico maduro. / Alumbramiento asistido. Revisión instrumental de cavidad uterina normal. Histerorrafia en un plano usando dos puntos hemostáticos más dos ángulos en cada vértice con vicryl 1-0, usando puntos corridos. No se sutura vejiga a útero. / Revisión de ambos anexos normales. / Hemostasia normal de todos los lechos operados. / No se cierra peritoneo parietal. / Músculos rectos anteriores se suturan con catgut crómico de 0, usando puntos corridos. / Aponeurosis se sutura con vicryl 0, usando puntos corridos. / Celular se lava con*



«RIT»

Foja: 1

abundante suero fisiológico tibio y se corrobora su hemostasia normal. Se sutura en dos planos corridos con vycril 3-0 y 4-0. / Piel se sutura con vicryl 4-0 usando puntos intradérmicos. / Recuento de material, agujas y compresas normal. / Orina clara por sonda foley. / Procedimiento sin incidentes” (sic).

Día 4 de septiembre de 2017:

- El día 4 de septiembre de 2017 (pág. 213 de 377), a las 09:36 minutos la dra. Sahid señala que la paciente a 12 horas de puerperio se siente bien y tiene leve pubalgia, está sentada y con fascie relajada.

Día 5 de septiembre de 2017:

- A las 13:15, la dra. [REDACTED] registró en la ficha que en evolución clínica la paciente se encontraba casi sin pubalgia, sensación de lipotimia al pararse por primera vez, emocionalmente inestable y muy llorona.

- Ese mismo día, a las 16:19 horas, la misma médico en la ficha clínica registró como evolución: *“paciente inestable emocionalmente. / NO reconoce que sufrió de crisis de pánico, con un componente emocional muy pesimista en que no entiende que ella y su hijo están bien / Al intentar incorporarla hace lipotimias con sensación de apretar el pecho y mucha taquicardia. / Ya han ocurrido dos episodios similares y dice que no es crisis de pánico”*. Luego, en impresión diagnóstica, señala que: *“Mamá de paciente: confirmó que paciente si sufría antiguamente de crisis de pánico, estuvo en tratamiento psiquiátrico pero que no hacía crisis hace varios años; hasta ahora”*.

- El día 5 de septiembre de 2017, se registra en la ficha clínica la interconsulta de ginecología y obstetricia realizada por la médico [REDACTED] a las 21:00 horas (pág. 224 de 377), quien informa: *“Paciente de 34 años, refiere antecedente de hipotiroidismo, anemia durante el embarazo y alergia a Sulfas. Puérpera de cesárea de segundo día por pubalgia severa. / Hoy refiere que al levantarse siente sensación de fatiga y mareos. / Durante la tarde con palpitations y sensación de opresión torácica, sin disnea. Ha tenido FC hasta 160 1pm. / Ex mucosas pálidas húmedas / PA 104/75 / FC 141 1pm / satura 95% / taquicardica, MP conservado / RHA+ / útero retraído / apósito limpio y seco / loquios hemáticos escasos/ edema+/ ROT normales/ pulsos pedios presentes, sin signos de TVP.”*

- Ese mismo día se registra en la ficha clínica, página 349 de 377, que se aplicó a la paciente el examen químico de sangre Dímero D (A), arrojando a las 21:12 horas como resultado 2,60 ug/ml, siendo el intervalo de referencia – 0,5.



«RIT»

Foja: 1

- También se registra en la página 341 de 377 de la ficha clínica, que el examen de Proteína C reactiva registró el día 5 de septiembre de 2017 a las 21:12 horas el resultado de 153,00 (A) mg/L, siendo el intervalo de referencia – 10.

- A las 22:56 hrs del mismo día (pág. 207 y siguientes de 377), la médico [REDACTED] registró en evolución médica que la paciente se encuentra en el segundo día de puerperio, registrando un examen físico bueno, no hay signos evidentes de complicación, se levantó y caminó con facilidad con kinesióloga. Señala también que: *“conversé con padre de paciente, marido de paciente y paciente a quienes informé que me impresiona que paciente está somatizando patología psiquiátrica no resuelta: primero fue la pubalgia y ahora las taquicardias. / Todos de acuerdo que va ser evaluada por psiquiatra mañana para manejar crisis de pánico sin causar apremio al núcleo familiar directo cuando empieza con sus "somatizaciones". / Se indica Clonazepam 0.5mg que ya se tomó. / Padre de paciente me aportó el dato que paciente estaba expresando su miedo a "no poder caminar más" por consecuencia de la pubalgia. Está completamente de acuerdo que necesita apoyo de psiquiatra y se retira tranquilo a su casa a descansar”*.

Luego, en comentarios señala que: *“por insistencia desmedida y amenazante de padre de paciente se solicita interconsulta a cardiólogo, previa autorización verbal mía. Dr. [REDACTED], cardiólogo, descarta patología cardíaca, y atribuye taquicardia a causa extracardiaca”*.

- El mismo 5 de septiembre de 2017 se registra en la ficha clínica la interconsulta de cardiología realizada por el médico [REDACTED] a las 22:28 horas (pág. 220 de 377), quien informa: *“Paciente sana de 34 años puérpera de cesárea de 2 días, se solicita IC por taquicardia y opresión torácica. / Sana CF 1 NYHA, sin antecedentes cardiovasculares previos. Solo pubalgia en embarazo. Con cuadro de taquicardia sinusal desde las 10:00 am, asociado a dolor torácico opresivo anterior, que aumenta con la inspiración profunda”*. Luego, indica como plan que: *“desde punto de vista cardiovascular no es necesario mayor estudio. Impresiona cuadro secundario a estímulo extracardiaco”*.

Día 6 de septiembre de 2017:

- Se registra en la página 341 de 377 de la ficha clínica, que el examen de Proteína C reactiva registró el día 6 de septiembre de 2017 a las 09:08 horas el resultado de 131,00 (A) mg/L, siendo el intervalo de referencia – 10.



«RIT»

Foja: 1

- El día 6 de septiembre de 2017 se registra en la ficha clínica la interconsulta de psiquiatría realizada por el médico [REDACTED] a las 10:08 horas (pág. 232 de 377), quien informa: *"Paciente de 34 años, casada con un hijo recién nacido, puérpera hace 2 1/2 días, parto cesárea, trabaja como administrativa en una universidad. Con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, sin otras enfermedades crónicas. Cursó el último período de su embarazo con una molesta pubalgia. / Desde ayer con ansiedad intensa en crisis, asociada a palpitaciones y disnea. Evaluada por cardiólogo se descartó una patología cardíaca. Anoche se le indicó clonazepam 0,5mg con lo que se alivió y durmió por unas horas, despertando sin embargo con reaparición de síntomas panicosos intensos en la 2da mitad de la noche. Se contactó al que escribe telefónicamente para una IC de urgencia hacia las 08:30, reportando además que la paciente había estado irritable y algo inquieta. Pensando en una disforia puerperal se le indicó telefónicamente una dosis de olanzapina 10 mg sl. / Al momento de la evaluación inicial la paciente se encuentra vigil y lúcida, levemente más tranquila tras la administración reciente de olanzapina, sin embargo disneica, taquicárdica y angustiada, lo que no hace posible en un primer momento la entrevista. Se obtiene la historia de parte de sus familiares, destacando lo siguiente: la paciente tiene una historia crónica de tendencia a la sobrepreocupación, con diversos focos, pero con énfasis en las preocupaciones sobre enfermedad y daño personal, con tendencia a sobrestimar amenazas y catastrofizar (hipocondría). Ha tenido en el pasado unas tres crisis de pánico y estuvo en tratamiento psiquiátrico un par de años (a los 24-25 años) por este trastorno de ansiedad, empleando sólo clonazepam con buenos resultados. Pese a lo anterior ha mantenido en general una buena capacidad funcional y estabilidad en lo interpersonal y laboral. Sin controles ni tratamientos psiquiátricos hace unos 8 años. / Antes de las crisis de las últimas 24hrs la paciente y su familia habían estado muy tensos por la pubalgia, mostrándose por momentos desbordados y algo inadecuados con el equipo tratante producto de la ansiedad. / Tras una hora de la administración de la olanzapina la paciente reporta que su ansiedad ha disminuido 4/10, y es capaz de conversar. Aún sintomática, refiere que su preocupación mayor tiene relación con los propios síntomas que experimenta. No impresiona irritable, sin alteraciones del lenguaje y sin ideas psicóticas. / Se conversa el caso con su tratante y se decide indicar clonazepam 0,5mg c/8hrs, además de propranolol 20mg xl vez. Se trasladará a la paciente transitoriamente al CEVIM para mayor observación y se suspenderá también transitoriamente la lactancia materna (sacando leche a la paciente, con el plan de restituir la lactancia en una 48-72hrs)".*



«RIT»

Foja: 1

- El día 6 de septiembre de 2017 a las 12:04 horas, el médico [REDACTED] [REDACTED] indicó en la evaluación médica de la paciente que su situación actual era puérpera de cesárea 3° día, disnea, trastorno de ansiedad descompensado, crisis de pánico y ¿Tr de personalidad?. En evolución clínica señala que se reevalúa por persistencia del descontrol, disnea severa y taquicardia, agregando que está muy descontrolada y difícil de examinar. Psiquiatra, sin indicar nombre, indica telefónicamente Clonazepam 0.5mg EV.

En comentarios se lee que: *“5 minutos luego de la evaluación descrita con anterioridad se reevalúa a la paciente por presentar compromiso de conciencia y se evidencia Paro cardiorrespiratorio (13:07) por lo que se inicia reanimación cardiopulmonar y se solicita código 99”.*

- Aparece que el día 6 de septiembre de 2017 (pág. 203 y siguientes de 377), el médico [REDACTED], como nota retrospectiva a las 13:03 horas, indicó el inicio de reanimación cardiopulmonar, realizando 5 ciclos completos. Se constata el ritmo cardiaco en asistolia, se indica adrenalina 1mg EV y continúa masaje cardiaco. Luego se hace presente el equipo de reanimación, quedando ellos a cargo.

- En Registros quirúrgicos médicos, se incorpora el protocolo operatorio del día 6 de septiembre de 2017, a las 13:04 horas (pág. 237 de 377 y siguientes), por el médico Cristián Baeza Prieto, respecto de la operación “ECMO: ECPR femoral”. Se registra como diagnostico pre y post operatorio PCR, puérpera 2 días y obs. TEP.

Se detalla que: *“Pcte. llega a pab en PCR asistido, intubada e inconsciente. En maniobras de RCP avanzada se procede a punción art y ven Fem bajo eco y con tec tradicional y se introducen cánulas artículo 15Fr y Ven 21Fr. Se inicia perfusión a 3,5 lts/min. Pcte recupera ritmo y presión. Se fijan las cánulas y equipo Dr C Salas procede a instalación de cánula de reperfusión en ert tibial post. (PO aparte)” (sic).*

- En Registros quirúrgicos médicos, se incorpora el protocolo operatorio del día 6 de septiembre de 2017, a las 13:57 horas (pág. 247 de 377 y siguientes) por el médico [REDACTED], respecto de la operación: *“instalación de cánula arterial en arteria tibial posterior derecha”.* Se registra como diagnostico pre y post operatorio *“¿TEP Masivo? ECMO central, cánula arterial ee.ii. derecha”.*

- El día 6 de septiembre de 2017, se registra en la ficha clínica la interconsulta de cirugía de tórax realizada por el médico [REDACTED]



«RIT»

Foja: 1

██████████ a las 16:37 horas (pág. 223 de 377), quien informa: *“Paciente puérpera 48 hrs de evolución/ PCR en maternidad. / Se instala ECMO VA Fem / FEM con reperusión en EID tibial posterior. / TAC evidencia imagen de condensación LID sugerente de neumonía aspirativa. / Plan: Realizo FBC toma de aseo y cultivos”*.

- En Registros quirúrgicos médicos, se incorpora el protocolo operatorio del día 6 de septiembre de 2017, a las 16:43 horas (pág. 245 de 377 y siguientes) por el médico ██████████, respecto de la operación “FBC”. Se registra como diagnostico pre y post operatorio ECMO.

Se detalla que: *“Se realiza FBC por tubo 8. / Se evidencia lesiones eritematosas en mucosa traqueal. / Abundante espuma hemática en relación a bronquio fuente derecho. / Se constata material alimentario en bronquio LM. / Se realiza aseo bronquial y toma de muestras. / Resto sin lesiones”* (sic).

Día 10 de septiembre de 2017:

- En Registros quirúrgicos médicos, se incorpora el protocolo operatorio del día 10 de septiembre de 2017, a las 18:10 horas (pág. 243 de 377 y siguientes) por el médico ██████████, respecto de la operación: *“retiro de cánula tibial posterior de ECMO”*. Se registra como diagnostico pre y post operatorio PCR recuperado ecmo, TVP/TEP.

Día 14 de septiembre de 2017:

- En evolución médica obstétrica (pág. 172 de 377) al 14 de septiembre de 2017, aparece que la paciente se encuentra en el 11° día de puerperio, 8° día post TEP, el 10 de septiembre se retiró ECMO y recibió segunda dosis de carbegolina. Desde el punto de vista obstétrico, la paciente se encuentra con las mamas sanas, no congestivas ni zonas eritematosas, herida operatoria sana y cerrada, se retira parche y deja herida descubierta, loquios fisiológicos, escasos y útero retraído. Esa información se encuentra realizada y firmada por ██████████, quien comenta en la ficha que: *“dado que la paciente se encuentra cursando 11° día puerperal con herida operatoria sana y cerrada, útero retraído y mamas sanas, no es necesario control puerperal diario, dado que su cuadro actual no requiera control adicional de retraction uterina, ni control de herida operatoria, ni control de mamas. Quedo a disposición del equipo multidisciplinario para futuros controles”*.

Día 20 de septiembre de 2017:



«RIT»

Foja: 1

- En documento de alta médica de fecha 20 de septiembre de 2017 a las 21:01 horas, informado por [REDACTED] (pág. 248 y siguientes de 377), se registra la siguiente evolución médica: *"Paciente 34 años, que ingresa con 38+6 semanas, que ingresa el 03/09 por pubalgia invalidante/ Se realiza cesárea sin incidentes, al segundo día de puerperio presenta lipotimia, sensación de opresión torácico, taquicardia y disnea. Se interpreta como crisis de pánico. / El día 06/09 presenta desaturación y compromiso de conciencia, se constata PCR a las 13:07 hrs, se inicia reanimación 5 ciclos completos, se decide instalar a ECMO, se realiza FBC por TOT que muestra abundante espuma hemática en relación a bronquio fuente derecho. Se constata material alimentario en bronquio LM - Se realiza aseo bronquial y toma de muestras Angiotac tórax mostró Tromboembolismo pulmonar multisegmentario bilateral con signos de sobrecarga ventricular derecha. Condensación cuneiforme de base pleural en el lóbulo inferior izquierdo que puede corresponder a infarto. / Compromiso parenquimatoso pulmonar bilateral según lo descrito que impresiona estar en contexto de un distress respiratorio, con algunos signos de edema pulmonar y probable aspiración asociado. / Fracturas costales bilaterales. Tac cerebral post conexión ECMO mostró estructuras encefálicas sin contraste ev sin hallazgos de significado patológico definido. Se pesquisa además hematoma del músculo pectoral mayor izquierdo con signos de sangrado activo, evaluada por cx tórax se decide manejo médico y compresión local. Requiere al ingreso apoyo con DVA, hipotermia a 34°C por 24 hrs, sedada y relajada, evoluciona el 07/09 con clonias de predominio hemicuerpo derecho. / Evaluada por neurología impresiona como encefalopatía hipoxico isquémica y status mioclonico clínico / El día 08/09 se inicia ac valproico en carga, se aumenta Midazolam. / TAC cerebro del 08/09 demostró un edema cerebral difuso con pérdida de la diferenciación entre sustancia gris y blanca, fenómenos propios de encefalopatía hipóxica isquémica grave. / EEG ha demostrado periodos de actividad lenta que alternan con otros periodos de supresión, lo que también traduce encefalopatía hipóxica isquémica. Se ha iniciado un manejo intensivo para el edema cerebral, norepinefrina para PAM 85-90, hipernatremia 155 meq/L e hipocapnia 30-35 / 10/09 Evoluciona en coma, tac cerebro control demuestra la presencia de signos de herniación uncal mayor a izquierda y transtentorial con infartos territoriales de ambas arterias cerebrales posteriores mayor definido a izquierda. Se insinúan hipodensidades en territorio cerebral anterior izquierdo. Edema cerebral difuso y completa pérdida de la diferenciación de sustancia gris y blanca. / En relación a posible infarto occipital extenso con serio riesgo de conversión hemorrágica / se decide desconectar ECMO y se instala Filtro de vena cava y heparina x BIC para TTPK 40. Previa*



«RIT»

Foja: 1

Ecoscopia con FEVI 65%. VD con FAC 42% TASPE 16. S'10. IT con velocidad 2,99. Cava dilatada 26 mm. Derrame pleural bilateral y derrame pericárdico leve. Sin significación hemodinámica doppler transcraneal con signos de hipertensión endocraneana / El día 13/09 con anisocoria OD>OI, escasa reactividad, clínicamente con reflejos de tronco. TC Cerebral mantiene marcado edema sumado a una hipodensidad supratentorial difusa y EEG actividad lenta y difusa de bajo voltaje, no hay actividad epileptiforme / Evoluciona con leucocitosis y PCR en aumento, se decide pancultivar e inicia en forma empírica de Tazonam+vancomicina / el día 14/09 se suspende Midazolam y 16/09 se suspende fentanil / Persiste en coma y empeoramiento neurológico, el día 17/09 con EEG sin actividad eléctrica / El día 18/09 se confirma muerte encefálica por EEG registro de 1 hora con sensibilidad máxima y distancias largas, el cual es isoelectrico, Doppler transcraneano compatible con arresto cerebro -circulatorio y Test de apnea realizado según protocolo durante 13 minutos se obtiene PCO2 >60, sin objetivarse movimientos o esfuerzo respiratorio por equipo tratante / Se define manejo proporcional, se avisa a familia y fallece el día 20/09 a las 20 hrs.”.

Confesional.

Jaime Hagel Cabrera, en representación de Clínica Las Condes, quien indica constarle que [REDACTED] fue operada de cesárea en ese nosocomio y que falleció en el mismo lugar. También sabe que [REDACTED] es médico, que ejerce su profesión en Clínica Las Condes, no siendo contratada por ésta, y que ella fue la médico tratante y la cirujana de la cesárea referida. Añade que Fernando Pineda también ejerce la profesión en Clínica Las Condes, sin estar contratado, y que hizo una interconsulta de especialidad cardiología. Finaliza indicando que [REDACTED] y [REDACTED] prestan servicios en Clínica Las Condes.

[REDACTED], quien señala prestar servicios para Clínica Las Condes, sin tener un contrato con ella, existiendo un grupo de cardiología en la Clínica al que fue invitado a participar hace muchos años, y que es este grupo el que presta los servicios a la Clínica. Explica que cuando ocurría esto se compraba un paquete de acciones y que es así como se formó la Clínica. Presta servicios desde el año 2007, unas 26 horas semanales, aproximadamente, de lunes a viernes. Señala que no hace turnos de presencia dentro del recinto en un horario establecido, y que en el año 2017 efectivamente prestaba sus servicios para la demandada. Entre sus especialidades se encuentran cardiología, medicina interna y medicina intensiva. Le consta que el 3 de septiembre del año 2017 se le realizó



«RIT»

Foja: 1

una cesárea a [REDACTED] en la Clínica y que [REDACTED] solicitó su evaluación el día 5 de septiembre de aquel año. Señala que la tasa de trombosis, en general, en la embarazada, representa el uno por mil a dos por mil y lo mismo en las puerperas, lo que lo hace un valor extremadamente bajo. Indica que el día 5 de septiembre de 2017 descartó una patología cardíaca en [REDACTED], y que en esa noche fue llamado como inter consultor de cardiología para evaluar a una paciente joven que presentaba taquicardia sinusal, sana y sin antecedentes previos. Cuando ingresó a la pieza, estaba amamantando a su hijo recién nacido, y cuando finalizó la acción, procedió a interrogar, evaluar y examinar a la paciente, recordando que se encontraba su marido, quien corroboró los antecedentes entregados por la paciente. Determinó que desde un punto de vista cardiovascular no era necesario mayor estudio de los síntomas presentados por Romina. Indica que la dra. [REDACTED] solicitó exámenes consistentes en hemograma, proteína C reactiva y Dímero D, afirmando que es posible descartar un TEP basándose solamente en el cuadro clínico. Señala que el valor predictivo del Dímero D no es útil para diagnosticar un TEP en el período posparto, debido al aumento de sus niveles durante la gestación. El día 5 de septiembre atribuyó los síntomas mostrados por la paciente a una “causa extra cardíaca”. Finaliza indicando que durante el quinto año en la escuela de medicina de la Universidad de Chile tuvo el ramo de psiquiatría, y en cuarto año de psicología.

[REDACTED], quien señala ser médico de especialidad ginecología y obstetricia, que presta servicios a Clínica Las Condes desde el año 2000, haciendo ecografías, y desde 2003 en consulta, trabajando 24 horas a la semana, siendo efectivo que es accionista de la Clínica. En septiembre de 2017 practicó una cesárea a [REDACTED]. Tomó esa decisión porque no se podía manejar el dolor con los remedios administrados y [REDACTED] refería un dolor insoportable en el pubis o pubalgia. Indica que las medidas anti trombos deben consignarse en la ficha clínica, y ello estaba consignado en la documentación pre operatoria e intra operatoria, la que es realizada por la matrona a cargo del pabellón. Añade que la cesárea es un factor de riesgo muy acotado para una enfermedad trombo embolica. La tasa de mortalidad materna en Chile se ha mantenido estable desde el 2001, con una mortalidad materna de 20 a 22 muertes por 100.000 recién nacidos vivos. En el 2017 hubo una tasa de cesárea en Chile sobre el 50% y no hubo aumento en la tasa de mortalidad materna. En el 2017 nacieron 219.186 guaguas. [REDACTED] era una paciente sin ningún factor de riesgo definido por la sociedad americana del colegio de ginecoobstetricia y de la sociedad real de colegio de ginecoobstetricia, (Inglaterra), ambas sociedades

«RIT»

Foja: 1

revisan periódicamente la literatura y publican normas de consenso. Dichas sociedades definen como factor de riesgo para ser una enfermedad trombo embolica: obesidad, ■■■■■ no era obesa; edad sobre 35 años, ■■■■■ tenía 34 años; enfermedades cardiovasculares: la paciente era sana; diabetes gestacional: no tuvo diabetes; embarazos múltiples: ■■■■■ tuvo un embarazo único; abortos a repetición: este fue el primer embarazo de ■■■■■. El antecedente de haber tenido un episodio de trombosis previa es el factor de riesgo más importante para hacer una enfermedad trombo embolica, pero ■■■■■ no tenía ningún antecedente de trombosis previa. Indica que de los factores de riesgo para hacer una enfermedad trombo embolica en el post parto, como consecuencia de una cesárea, son cesárea de urgencia: esperó 8 horas para operar a ■■■■■ en forma electiva y es por eso que la operó después de las 22:00 horas; hemorragia en la cesárea: el hemograma realizado el 5 de Septiembre demostró que no tenía anemia ni infección. La paciente no tenía riesgos adicionales además de su cesárea para hacer una enfermedad trombo embolica, motivo por el cual, según las normas internacionales de la especialidad, ni siquiera era necesario operar a ■■■■■ con medias anti embolicas, pero igual lo hizo. Además, tomó todas las medidas recomendadas por los comités de expertos de las dos sociedades antes mencionadas, para hacer prevención de una trombosis, como operarla con medias anti embolicas, indicar movilización precoz y cuando empezó la labilidad emocional en ■■■■■, indicó kinesiólogía motora (post operatoria) 2 veces al día, como parte de las medidas de prevención anti trombo. Señala que efectivamente la paciente tenía malestares, casi todos del tipo emocional, y que en varias ocasiones -en la ficha clínica- anotó que era una paciente "lábil emocionalmente", "paciente muy llorona". Con un examen físico normal, la kinesióloga en la ficha clínica describe una paciente muy angustiada al saber que se va a parar y caminar. Por otro lado, ■■■■■ y ■■■■■ (mamá y papá de ■■■■■) aportaron por primera vez en el post parto el antecedente que ■■■■■ había sufrido crisis de angustia, que había estado en tratamiento psiquiátrico, que había recibido fármacos por la crisis de angustia y que abandonó el tratamiento hacía varios años, y que no había hecho crisis de pánico hasta el segundo día de puerperio, el 5 de Septiembre del 2017. Ella misma, en las tres evoluciones que realizó en la ficha clínica el 5 de septiembre del 2017, anotó que la madre había aportado el antecedente que ■■■■■ sufrió crisis de angustia en el pasado (en la primera evolución de ese día), y que era exactamente lo mismo que la mamá había presenciado ese día. Ambas caminaron a la pieza de ■■■■■ y la examinó, encontrando un examen físico normal, con presión normal y aún sin taquicardia, con un pulso en el rango de los 80 latidos por minuto. Le preguntó a Romina si



«RIT»

Foja: 1

había sufrido crisis de pánico en el pasado y ella lo descartó enfáticamente. Expresa que en la segunda y tercera evolución anotó información aportada por [REDACTED], padre de [REDACTED], quien le manifestó que ella le había dicho que tenía miedo de pararse y que podía quedar invalida como con secuencia de la pubalgia. En la noche antes de retirarse a su domicilio, [REDACTED] nuevamente reforzó la línea de investigación emocional, contándole que en una de las crisis de pánico de [REDACTED] estaban arriba de un avión y ella intentó abrir la puerta y él la tuvo que retener. Por eso [REDACTED], marido de [REDACTED] y la misma paciente acordaron que sería evaluada por un psiquiatra el día siguiente (según consta en la ficha clínica), en caso de que presentara un nuevo episodio de desmayo al pararse. También les informó que al día siguiente (miércoles 6 de septiembre) iba a estar operando en la mañana, motivo por el cual no podía pasar de visita hasta la hora de almuerzo. El segundo malestar relevante fueron las taquicardias o palpitaciones. En el contexto de una paciente sana sin ningún antecedente de riesgo para sospechar una trombosis, y en base a los antecedentes aportados por los padres, la línea investigativa debería ser por la esfera psiquiátrica como primera probabilidad. El puerperio es la etapa de mayor vulnerabilidad emocional en la mujer y se describe que entre un 80% y un 90 % de las puérperas tiene algún tipo de labilidad emocional, que cede a los pocos días después de forma espontánea, y si se asocia a esto que en el 2020 las enfermedades neuro-psiquiátricas van a ser la primera causa de morbilidad o impacto en la salud de la mujer en edad fértil, según estimaciones de la World Health Organisation. Dice que en base a probabilidades, la primera opción según los antecedentes aportados hasta ese momento era investigar la esfera psiquiátrica de las causas de la taquicardia y de las sensaciones de desmayo. La taquicardia y la sensación de desmayo son síntomas que se encuentran en varias afecciones, siendo la más frecuente la anemia, que se descartó con el hemograma; la infección, también descartada con el hemograma; baja de azúcar en la sangre, pero [REDACTED] estaba alimentándose con régimen liviano, así que se descartó; deshidratación, descartada por que se estaba alimentando de forma normal; y otras causas mucho menos frecuentes. Agrega que se solicitó un cardiólogo y que nunca se le negó la atención de un cardiólogo, siendo [REDACTED]. Señala que ella no solicitó la evaluación cardiológica, porque en la tarde se quedó sin batería en su celular y hubo algunas horas que estuvo desconectada, y que eso no significa que [REDACTED] quedó abandonada. Es por eso que la dra. [REDACTED] solicitó la evaluación cardiológica, quien le informó cuando se pudieron comunicar. Reconoce no tener especialidad en psiquiatría y reitera que fue la dra. [REDACTED] la que solicitó la realización de nuevos exámenes. Indica que el Dímero D en embarazadas y



«RIT»

Foja: 1

puérperas no tiene valor predictivo. No hay consenso en la literatura internacional sobre sus valores dado que son más altos en una persona embarazada en comparación con una persona sin embarazo. La PCR es un factor de inflamación y nunca se ha utilizado para predecir o diagnosticar una enfermedad trombo embolica. El 5 de Septiembre en la noche tenía un valor de 153 y a las 12 horas después tenía un valor de 131, lo que hacía pensar que la inflamación inespecífica en el cuerpo de [REDACTED] estaba bajando, porque no se hizo ningún tratamiento. Añade que no había nada que orientara al examen físico hacia un trombo embolismo. El trombo embolismo es muy poco frecuente en la puérperas y embarazadas, se presenta uno en 1600 a 2000 nacimientos, por ende, si no había nada para sospechar un trombo embolismo, no había indicación de pedir los exámenes y menos aún si es un cuadro muy poco frecuente. Finaliza indicando que [REDACTED] tenía un vínculo cercano con su familia y con ella misma, pues son familiares directos, ya que sus abuelos eran hermanos. El vínculo afectivo también es importante a su lado y lo puede demostrar mediante reiteradas conversaciones vía Whatsapp que tiene con [REDACTED], padre de la paciente, en el cual él se refiere a ella “como mamita, besos y abrazos”. Nunca antes un padre de una paciente se había referido a ella con esa familiaridad, lo que demuestra que también era cercana y que se encuentra afectada con lo ocurrido, pues nunca quiso que ella muriera.

Testimonial.

[REDACTED], quien señala que [REDACTED] lo fue a visitar en noviembre de 2017, en medio de una situación personal muy dolorosa, caracterizada por el fallecimiento de su esposa, en la circunstancia de también su primer hijo. Dice que estableció un tratamiento terapéutico -en su calidad de psicólogo- que duró algunos meses, pues el paciente llegó en un estado psicológico distinguido por una depresión reactiva y un estrés emocional intenso, que puede definirse como shock emocional muy doloroso. Fue una crisis vital muy fuerte, con un duelo que le produjo daño emocional y un quiebre en su proyecto vital, por el que lo acompañó durante varios meses a través de contención y brindándole un espacio interpersonal para poder integrar una experiencia traumática muy difícil de ser aceptada y asimilada dada la circunstancia del fallecimiento de su cónyuge. Desde la mirada clínica, plantea que el episodio se caracterizó por un estado depresivo, donde le consta que el paciente tomó medicamentos. La situación vivida por el paciente fue absolutamente inesperada, y desde su interpretación, producto de una negligencia, lo que hace más difícil aceptar la pérdida, porque se producen sentimientos muy encontrados: pena o



«RIT»

Foja: 1

tristeza profunda, soledad, sensación de sinsentido e injusticia. Lo anterior sumado a la imperiosa necesidad de hacerse cargo de su hijo en el rol de padre. Eso generó un estado emocional muy doloroso, aparecieron sentimientos de impotencia y de rabia que hicieron más complejo elaborar el duelo. Entiende que durante algunas semanas el paciente interrumpió su vida laboral, posteriormente la recomendación terapéutica fue que continuara en lo posible con sus actividades laborales porque eso opera como un factor preventivo de la depresión y eso ocurrió con el paciente, por supuesto, con una carga de estrés y de dolor psíquico implicado, de manera que hubo un costo emocional en eso. Afirmo que las secuelas de un duelo traumático tienen una duración larga, clínicamente de estrés postraumático, y que desde el punto de vista emocional, rehacer la vida afectiva después de un duelo toma un tiempo que no es previsible ni se puede determinar cuantitativamente en el tiempo. En cuanto al hecho de que el demandante tuvo que hacerse cargo solo de su hijo recién nacido, indica que esto tiene por lo menos dos elementos: por un lado a nivel emocional es muy doloroso por lo contradictorio del escenario emocional, vivir el sentimiento de ternura y alegría que produce tener un hijo, acompañado del dolor por la pérdida de la madre y vivir un estado depresivo en o shock emocional intenso. Explica que, en ese sentido, lo que es una experiencia afectiva muy hermosa e integradora, que es la vivencia de la paternidad y recibir un hijo, se alteró absolutamente al ser vivida simultáneamente con sentimiento de tristeza, impotencia y sensación de injusticia. Por otra parte, en todo lo que fue el aspecto práctico del cuidado del hijo se vivió con una situación de mucho estrés y anormalidad, entiende que recurriendo a redes familiares que pudieran suplir el rol de la madre, teniendo por evidente que eso tiene un impacto emocional y un costo alto para el paciente. Finaliza reconociendo el informe de fecha 7 de noviembre, así como la firma estampada en él.

████████████████████, quien declara ser médico cirujano, especialista en medicina legal, y que reconoce haber realizado un informe, el cual se le exhibió. Indica que dicho estudio se realizó en base a antecedentes, con una metodología inductivo inferencial, desarrollando un análisis que tiene por fuente la información de la ficha clínica de la paciente, precisando que se recurrió adicionalmente a la revisión de 72 referencias bibliográficas respecto de los puntos tratados en el informe. Señala que en las conclusiones del peritaje privado se pudo establecer que tanto la dra. ██████ como el dr. Pineda incurrieron en faltas a la lex artis en las atenciones que otorgaron a la paciente, lo que determinó que el trombo embolismo pulmonar (TEP) padecido por ella no fuese diagnosticado en



«RIT»

Foja: 1

forma oportuna. Asegura que esa situación determinó un aumento en la probabilidad de muerte en la paciente, producto del cuadro que le aquejó. En el caso del dr. [REDACTED] refiere que actuó como cardiólogo ante una interconsulta para evaluar el estado de la paciente, y que en dicho contexto su evaluación se limitó al examen físico y análisis de los exámenes de laboratorio que estaban disponibles, a partir de lo cual concluyó que el cuadro que afectaba a la paciente no tenía un origen cardiovascular y que no se requerían otros exámenes adicionales. Considera que esa conducta constituyó una falta a la *lex artis*, por cuanto un TEP no puede ser descartado solo con el mérito del examen físico, ni tampoco podía ser diagnosticado o descartado con los exámenes que estaban disponibles, destacando que lo que correspondía era aplicar el algoritmo diagnóstico detallado en el informe, por el cual, para llegar a descartar el cuadro, era imprescindible solicitar exámenes adicionales, particularmente una radiografía de tórax y posteriormente un cintigrama de ventilación / perfusión o un Angiotac (scanner) de tórax. En el caso de la dra. [REDACTED], la falta a la *lex artis* radica esencialmente en que su evaluación diagnóstica de la paciente se mantuvo anclada en una supuesta patología psiquiátrica, no obstante que otra colega ginecobstetra del recinto había solicitado exámenes tendientes a descartar la posibilidad de un TEP. Dice que la facultativa, tras conocer los resultados de la evaluación efectuada por el dr. [REDACTED] y sabiendo como ginecobstetra que lo realizado por ese colega no permitía descartar un TEP, sin embargo, mantuvo la conducta. Añade que la dra. solicitó un Hemograma, PCR, DimeroD y un electrocardiograma, y que ninguno de ellos permite descartar un TEP. Particularmente, en el caso del DimeroD, relata que la literatura científica expresa con bastante claridad que no debe ser empleado para tales efectos en embarazadas o púerperas, ya que en esos grupos sus resultados no se interpretan de la misma forma que en el resto de la población. Sostiene también que el cuadro clínico que pueden presentar los pacientes que cursan con un TEP puede variar significativamente, desde enfermos con escasas manifestaciones a otros que presentan deterioro y muerte súbita. Ninguna manifestación clínica permite *per se* arribar al diagnóstico, dado lo cual estima particularmente importante mantener un alto índice de sospecha, especialmente en población con factores de riesgo, como era el caso de esta paciente. Ante esa sospecha, lo procedente es canalizar el estudio a través del algoritmo detallado en el informe, lo que no se hizo, acorde a los antecedentes que tuvo a la vista, finaliza.

[REDACTED], quien declara haber sido psicoterapeuta de [REDACTED] desde julio de 2018 y durante el segundo semestre



Foja: 1

de dicho año. Indica que los duelos pueden expresarse de distinta manera respecto a la pérdida de un ser querido, siendo que todo duelo conlleva la presencia de estados anímicos potencialmente habilitantes. Cuando el duelo se produce en circunstancias de violencia, injusticia o de sorpresiva inmediatez, puede constituirse lo que clínicamente se conoce como duelo traumático, que conlleva aparte de la sintomatología clásica del duelo, efectos psicoemocionales que se condicen con la experiencia del trauma psíquico. Agrega que en el caso del sr. [REDACTED] el cuadro clínico que tenía en el momento de solicitar el proceso terapéutico incluía anhedonia (falta de experimentar goce, placer), insomnio y dificultad de funcionar adecuadamente en su contexto laboral, lo que se corresponde a la situación traumática vivida en torno a las condiciones del fallecimiento de su hija. En el caso del paciente, el duelo traumático producto de la pérdida de su hija implicó una merma en su funcionamiento cotidiano significativo, solo pudiendo empezar a narrar e integrar dicha experiencia después del primer año de su fallecimiento, cosa que no es habitual en un duelo normal, ello por las condiciones de imprevisibilidad, injusticia y desamparo que él experimentó en torno a las condiciones en que se produjo el deceso de su hija. En cuanto a las dificultades que [REDACTED] sufrió en su quehacer laboral, señala que producto de la sintomatología que tenía, esto es, insomnio, incapacidad de disfrutar sus actividades laborales que anteriormente le producían placer, vio una merma significativa en su capacidad de concentrarse y, por tanto, de ser efectivo en el trabajo. Reconoce el instrumento exhibido como: "Certificado de proceso psicoterapéutico", admitiendo su autoría y la firma puesta en él.

[REDACTED], quien señala ser psicólogo y conocer desde el año 2012 a [REDACTED], ya que estudiaba en la Escuela Bioenergética de Chile y [REDACTED] entró como alumno un año después que él, siendo compañeros entre 30 personas. Indica que el día 7 de septiembre del año 2017 [REDACTED] le solicita apoyo profesional en cuanto a la contención de él y de su familia, por los hechos inesperados que estaban ocurriendo en la Clínica Las Condes, dado el nacimiento de su nieto [REDACTED] y la crisis que estaba sufriendo su hija [REDACTED]. La contención pasaba por acompañar a toda la familia en un momento de mucha angustia, ansiedad por todo lo que estaba ocurriendo. Precisa que el acompañamiento fue durante todo el proceso, hasta el fallecimiento de [REDACTED] y posteriormente en sesiones individuales con algunos acompañamientos a la estructura familiar completa, de los cuales hizo su informe. Afirma que acompañó a la familia en dos procedimientos terapéuticos distintos: uno dentro de la Clínica y otro en sesiones individuales. Dentro de la Clínica se vivió el momento de crisis más grande, debido



Foja: 1

a lo que ellos le iban relatando en cuanto a la falta de información de lo que le estaba ocurriendo a [REDACTED], por la poca empatía de los profesionales de la Clínica y en ese contexto los distintos roles que tuvo que asumir cada miembro de la familia, que eran adecuados al momento que tenían que vivir. Psicológicamente sería uno de los traumas más difíciles que puede pasar una familia. El ir a una Clínica por el nacimiento de alguien y salir de ella con la muerte de una persona, la madre en este caso, estima es uno de los hechos más traumáticos que puede vivir una familia como sistema familiar y como personas. En el rol de las sesiones individuales, el principal objetivo fue acompañar a cada miembro de la familia en el duelo, que a juicio de la familia era absolutamente evitable. Describe que el principal foco de acompañamiento fue reparar el sistema familiar, donde cada uno tuvo que asumir un rol distinto después de la muerte de [REDACTED], y en el contexto individual, acompañar un síntoma de tristeza vital y continuo, niveles de ansiedad importantes, debido a la muerte de [REDACTED] y debido también de manera importante a la escasa y mala comunicación que los pacientes daban cuenta respecto de la Clínica. Agrega que, en términos psicológicos, esto se define como un trauma en cada uno de los miembros de la familia y en las familias como sistema. En cuanto a los perjuicios sufridos por la familia de [REDACTED], dice que los traumas son de por vida, el objetivo terapéutico de este tipo de trauma no es sanarlo, sería imposible, sino que encausar el dolor en elementos que permitan de nuevo encausar la vida. En el caso de [REDACTED] tuvo que haber además un acompañamiento psiquiátrico por parte de un profesional con el cual trabajó interdisciplinariamente, que es [REDACTED]. Expresa que el trauma y sus secuelas para [REDACTED], fue una dificultad de concentración en su trabajo, un síntoma de constante de tristeza vital, irritabilidad y trastorno de ansiedad constante. Para [REDACTED] básicamente una depresión o estado depresivo que la mantiene hasta el momento de la terapia con baja energía vital, con una tendencia al encierro en su casa, en que los momentos de alegría son muy escasos, particularmente esos momentos de alegría son en contacto con sus nietos. Para [REDACTED] las secuelas son básicamente, hasta el momento de su trabajo terapéutico, la elaboración del duelo y la necesidad de asumir un rol mucho más activo en el sistema familiar para evitar conflictos familiares asociados a la muerte de [REDACTED], y ese rol, a su juicio, lo va a tener que ocupar siempre. Para [REDACTED] sería similar a su hermano [REDACTED], dado que la elaboración del duelo ha sido más profundo para ella. El principal trauma de [REDACTED] radica en haberse hecho cargo en gran parte de Matías durante su estar en la Clínica, enfatizando que en términos de sistema familiar, ese es un rol que hasta hoy le trae consecuencias. Para [REDACTED] la secuela tiene que ver con la elaboración de un duelo largo y

«RIT»

Foja: 1

también con asumir un rol en el sistema familiar distinto al que había tenido antes de la muerte de [REDACTED] que le ha traído como consecuencia un trastorno de ansiedad que ha sido trabajado, del que hay que estar en cuidado constante, según apunta.

[REDACTED], quien señala que [REDACTED] trabajó con ella en la Universidad del Desarrollo hasta el último día de su pre-natal. Indica que pudo apreciar como jefa que el embarazo de [REDACTED] era totalmente normal, sin licencias ni ausencias, y que ella trabajó hasta el último día y dejó todo ordenado y delegado en cada una de las áreas que tenía en su cargo, y que después no supieron de ella hasta lo que ocurre en la Clínica. Destaca que les alcanzó a mandar una foto de su hijo desde la Clínica al grupo de trabajo, y que la querían ir a saludar, pero les dijo que se sentía mal y que no estaba recibiendo mucha ayuda estando en la Clínica. Luego supieron del paro que sufrió y al otro día fueron de inmediato a la UCI de la Clínica Las Condes, oportunidad en que conoció a su familia. Señala que obviamente fue un golpe muy duro para todo el equipo, porque [REDACTED] estuvo con ellos desde el 2011 hasta el 2017, y era una persona absolutamente sana, viajaba mucho por trabajo a cargo de grupos y también sola, y que nunca tuvo algún problema de salud. Jamás esperaron un desenlace como el ocurrido. Agrega que [REDACTED] era jefa de programas internacionales e iba a EE.UU, China, Holanda, Irlanda y Europa, en general, donde iba desde una a tres semanas. Estaba a cargo de un área en crecimiento y se perfilaba como una profesional importante dentro de la universidad, de hecho su cargo que era una jefatura, ahora es una subdirección, y ella lideraba un trabajo muy importante con respecto a darle la posibilidad a los que más lo necesitan de poder vivir experiencias internacionales. Es por ello que su muerte golpeó tanto a toda la comunidad universitaria y en un hecho inédito en la UDD se resolvió imprimir su legado en la Beca [REDACTED], que fue una decisión de Rectoría. Plantea que hay un perjuicio económico, un perjuicio profesional y un perjuicio familiar. La causa de los perjuicios es el fallecimiento de [REDACTED] y las circunstancias de su muerte. El perjuicio emocional sería el más importante y más difícil de sanar. Precisa que ella recibía una remuneración de alrededor de \$1.600.000, que hoy está en \$2.500.000. Añade que [REDACTED] y [REDACTED], sus padres, están absolutamente destrozados, con muchas ganas que la negligencia ocurrida nunca más vuelva a ocurrir, con una sensación de mucho desamparo, tristeza, y que esto marcó un antes y un después en sus vidas, y que no lo han podido superar, por lo que significa para cualquier padre perder un hijo, pero también por las circunstancias de negligencia en que ocurrieron los hechos. Indica que había un



«RIT»

Foja: 1

matrimonio en el que todas las decisiones se tomaban considerando dos ingresos, incluso la decisión de tener un hijo, y que hoy [REDACTED] tiene que asumir eso solo. Desconoce cómo se ha suplido esa falta. Indica que ha tomado conocimiento de los hechos porque conoció a la familia en la Clínica, y porque ahí se generó una relación de apoyo mutuo que se intensificó a propósito de la definición de una beca con el nombre de [REDACTED]. Los ve formalmente una vez al año, con motivo de la entrega de la beca, pero dada la naturaleza de la beca y ceremonia y circunstancias en que falleció [REDACTED], se generó un vínculo en que, por ejemplo, ha estado en contacto con ellos, porque recibió condolencias de todo el mundo para su aniversario, les llegan flores a la oficina y cartas. Cada vez que viaja le preguntan por ella y le mandan saludos a sus padres, familia e hijos.

DECIMO SEPTIMO: Que la demandada Clínica Las Condes rindió la siguiente prueba.

Instrumental.

Folio 34.

1.- Copia de ficha clínica N° 0669182, emanada de Clínica Las Condes, respecto de la paciente [REDACTED], quien ingresó a ese recinto el 3 de septiembre de 2017 y egresó el 21 de septiembre del mismo año, ya descrita en el numeral 41 del considerando anterior.

Folio 91.

2.- Copia de informe elaborado por el dr. [REDACTED], Medicina Materno Fetal, Jefe del CEVIN de la misma Clínica, cuya firma fue autorizada por un notario público con fecha 18 de marzo de 2019, estudio respecto de [REDACTED], en el que relata los hechos acontecidos con la paciente, de los cuales da cuenta la ficha clínica.

3.- Copia de informe elaborado por la dra. [REDACTED], cuya firma fue autorizada por un notario público con fecha 18 de marzo de 2019, respecto de [REDACTED], en cuanto a los hechos acontecidos con esa paciente el día 5 de septiembre de 2017, desde las 20:22 hasta las 23:20 horas.

Señala que: *“A las 21.54, me llama el enfermero residente [REDACTED] y me solicita indicar una IC a cardiología solicitada por la familia de la paciente, le explicó que la Dra. [REDACTED] venía a ver a la paciente y que antes de indicar una interconsulta, tenía que evaluar a la paciente. Le solicitó comunicarse con la Dra. [REDACTED], para autorizar la evaluación de la paciente, ya que ella me*



«RIT»

Foja: 1

había informado que venía en camino y antes había tenido problemas con ella (con otra paciente del CEVIM) y no quería pasar a llevarla. Evalúe a la paciente cerca a de las 22 hrs, quien había rechazado el Ravotril indicado por la dra. La paciente durante la tarde había estado con palpitaciones y sensación de opresión torácico, con FC de hasta 160 lpm. En ese momento no estaba con dolor torácico ni disnea. PA 104/75 y FCF 141 lpm, sat 95%. Realice un examen físico y ecografía, descartando liquido libre intraabdominal, tampoco había signos de TVP y obstétricamente estaba normal. Le explico a la paciente y familia que voy a solicitar ex de sangre para descartar anemia, un electrocardiograma por la taquicardia y una interconsulta a cardiología. Además, solicité un dímero D, por el factor de riesgo de ser puérpera y adelantándome a la evaluación cardiológica.

Después de hablar con la matrona a cargo en varias oportunidades por el resultado de los exámenes de la paciente, a las 23.20, me informa que se encuentra el Dr. [REDACTED] evaluando a la paciente, en ese momento estaba nuevamente evaluando una paciente en el servicio de urgencia, pero que subiría lo más pronto posible. Al llegar a la maternidad, el Dr. [REDACTED] ya había evaluado a la paciente y al preguntarle, me informa que solamente le parecía una taquicardia sinusal. En ese momento, ya estaba en la habitación la Dra. [REDACTED] Motivo por el cual consideré que no era necesario volver a ingresar a la habitación. A ambos doctores, les preguntó por el Dímero D elevado, pero me responden que es normal en el puerperio”.

3.- Copia de informe elaborado por la matrona CEVIM, [REDACTED], de fecha 11 de septiembre de 2017, cuya firma fue autorizada por un notario público con fecha 18 de marzo de 2019, respecto de [REDACTED], que relata los momentos en los que la paciente sufrió el RCP y fue atendida por el Dr. [REDACTED], y luego por el Team de Urgencia.

La funcionaria hace referencia en su informe que hubo problemas para configurar el monitor en la habitación donde se encontraba la paciente y que se hizo un llamado a Equipos Médicos, precisando que a las 13:05 hrs. acomodaron nuevamente los sensores y se solicitó el cambio de uno de éstos a la TENS, mientras ingresa el cónyuge de la paciente y la matrona sale de la habitación, cuando ve que éste sale también de la habitación y se dirige hacia el dr. [REDACTED] y le dice que su esposa se encuentra fría, lo que se calificó como código 99 e inicia RCP.



«RIT»

Foja: 1

4.- Copia de informe elaborado por la matrona CEVIM, [REDACTED], [REDACTED], cuya firma fue autorizada por notario público con fecha 18 de marzo de 2019, respecto de [REDACTED].

En el informe relata la sucesión de hechos ocurridos entre las 19:30 horas del día 5 de septiembre y las 06:50 horas de la jornada siguiente, indicando –entre otras cosas- que: *“aproximadamente entre las 06:00-06:15 horas del 06/09 esposo de paciente sale gritando por el pasillo debido a que su esposa se había levantado con él, sin autorización (debido a que sólo podía hacerlo con el kinesiólogo), y se había desmayado, al dirigirme a la habitación se observa a paciente en su cama, pálida y sin compromiso de conciencia, por tanto, se acomoda a paciente, dejándola cómoda en trendelemburg, se controlan signos vitales:*

- Presión arterial: 80/30 mm HG

- Pulso: 44 x', cabe mencionar que paciente se encuentra agitada, indica que no puede respirar, que se quiere morir, que ya no puede más, por tanto, se decide poner oxígeno por naricera y así liberar angustia de paciente, guiándola, además, en proceso respiratorio, compensando discretamente el cuadro, por ende para seguridad de paciente se decide instalar monitor multiparámetro de traslado de CEVIM y se vuelve a controlar a paciente obteniendo:

- Presión arterial: 110/140 mmHG

- Pulso: 132x'. Al finalizar este proceso, entre las 06:45 - 06:50 horas, se llama a médico tratante, Dra. [REDACTED], informado respecto al cuadro de descompensación de la paciente e indica IC a psiquiatría debido a que ella no puede venir a evaluar a paciente y que ya fue descartada cualquier complicación post quirúrgica. Por tanto, se llama a Dr. [REDACTED] psiquiatra de turno informando cuadro de paciente e indica venir a evaluar a paciente, lo cual es informado a esposo de paciente y éste acepta conforme”.

5.- Copia de informe elaborado por la Matrona CEVIM, [REDACTED], de fecha 11 de septiembre de 2017, cuya firma fue autorizada por un notario público el 18 de marzo de 2019, respecto de [REDACTED]

Señala la profesional que: *“11:28 se realiza traslado de paciente a 1311, CEVIM asistida por mí, TENS [REDACTED] y [REDACTED]. Se deja con monitorización de signos vitales. Familia reclama que no quiere escuchar sonidos del monitor, al tratar de configurar pantalla desaparece una curva de frecuencia respiratoria (la cual se sigue sensando, pero no se dibuja) por lo cual se llama a*



«RIT»

Foja: 1

Mantención, [REDACTED], para que concurra a arreglar monitor y a revisar central de signos vitales ya que no es está traspasando información.

Paciente permanece estable hasta las 12:26 que es cuando llamo a Dra. [REDACTED] para informar de nueva crisis de paciente que refiere sentirse igual que en la mañana, contesta su celular [REDACTED] de Pabellón Maternidad y refiere que Dra. Sahid está operando, que concurrirá finalizando los pabellones (...).

12:39 Dr. [REDACTED] pide a familia que se retire de habitación, evalúa a paciente, la describe como descontrolada, con disnea severa, saturando 75 - 85% y taquicardia L25 x' pulso. Corrobora indicación de Psiquiatra por lo cual administró Clonazepam 0,5 mg E.V en 100 cc. de suero fisiológico a pasar en 20 minutos.

Paciente se duerme, junto a TENS Marcia Mieres la acomodamos, acomodamos sensores del monitor de signos vitales. En eso entra Matrona [REDACTED] [REDACTED] quien nos asiste.

13:03 Vuelve familia a habitación, la encuentran dormida, pero refieren que está más fría y pálida que antes, Dr. [REDACTED] vuelve a evaluar a paciente, corrobora estado de conciencia e indica activar código 99 y comienza masaje cardíaco.

En habitación se encuentra [REDACTED]. Yo salgo a dar Código”.

6.- Copia de Reporte – Auditoría Médica, elaborado por Clínica Las Condes, de fecha 29 de noviembre de 2017, firmado por [REDACTED], Jefe CEVIM, autorizada por un notario público el 12 de noviembre de 2019, respecto de la paciente [REDACTED], N° de ficha clínica 0669182.

Se registra que la paciente ingresó a la Clínica el día 3 de septiembre y egresó el día 21 de septiembre, ambos del año 2017, desde el servicio de Intensivo Cardiovascular. El equipo médico tratante estaba compuesto por [REDACTED] y [REDACTED]; y entre los médicos interconsultores aparece el dr. Fernando Pineda Andonaegui.

En la calificación de la causa de muerte, el médico indica que “A:- La paciente fue debidamente evaluada por su tratante, residente y especialistas, se le efectuaron exámenes de apoyo adecuados, no evidenciándose elementos que permitieran anticipar que la paciente estuviera presentaría un TEP, por lo que, ello resultó imprevisible para el equipo médico. / B:- Está descrito que el parto puede



«RIT»

Foja: 1

desencadenar en la mujer alteraciones en el ánimo, que pueden variar en rangos de mera angustia a depresión severa; ponderando ese elemento y el historial clínico de la paciente, es altamente probable que en el tiempo del puerperio inmediato se estuviera desencadenando una afección del ánimo, que se traduciría en el desborde emocional que se describe en los registros del día 05 y 05/09, la sensación de angustia o equivalentes de crisis de pánico. / C:- La muerte de la paciente califica como inevitable, puesto que al concordar la forma de presentación del PCR, la refractariedad a las medidas de reanimación, las características del TEP descritas en los exámenes de imágenes efectuados en forma inmediata post evento cardio-respiratorio; sugiere un evento agudo, masivo y por ello, de alta mortalidad. En ese contexto, es la entidad y envergadura del TEP que afectó a la enferma, lo que su vez determinó su limitada capacidad de responder de manera efectiva y eficiente a la reanimación, generándose con ello una encefalopatía hipóxica que determinó el deceso”.

Folio 96.

7.- Copia de páginas 266 y siguientes de documento titulado: “Semiología Médica”, cuarta edición, elaborado por [REDACTED] y [REDACTED]

Se señala que: “El tromboembolismo venoso comprende el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda. El tromboembolismo venoso constituye una de las “tres grandes” enfermedades cardiovasculares agudas, junto con el infarto del miocardio y el accidente cerebrovascular, siendo una causa frecuente de morbilidad. A diferencia del infarto del miocardio y del cerebral, el embolismo pulmonar (EP) tiene manifestaciones poco específicas y la consideración del contexto (presencia de factores predisponentes) es de valor crítico para levantar la sospecha diagnóstica”.

Aparece en ese documento que entre los factores de riesgo mayor para tromboembolismo venoso se encuentra: “Cirugía reciente, trauma o inmovilidad prolongada”; por su parte, con síntomas y signos de embolismo pulmonar aparece que “La disnea es el síntoma de presentación más frecuente y la taquipnea el signo más frecuente. (Tabla 21-6)”.

La aparición rápida de disnea severa, síncope y cianosis sugieren embolismo pulmonar masivo, muchas veces sin dolor torácico. El dolor torácico con tope inspiratorio habitualmente tiene como sustrato embolias pulmonares periféricas, cerca de la pleura, habitualmente de menos riesgo. Se ha desarrollado



«RIT»

Foja: 1

un conjunto de criterios que otorgan un puntaje de probabilidad diagnóstica de embolismo pulmonar (criterios de Wells), que se detallan en Tabla 21-7.”

Así, como síntomas y signos de embolismo pulmonar aparece como síntoma la disnea no explicada, dolor torácico (pleurítico o atípico) y ansiedad; mientras que como signos aparece taquipnea, taquicardia, desaturación, fiebre, distensión venosa yugular, soplo de reflejo tricuspídeo, P2 acentuado, expectoración hemoptoica, hemoptisis, Edema, eritema, sensibilidad de extremidades inferiores.

Y los criterios clásicos de Wells para evaluar la probabilidad de embolismo pulmonar, establecen distintos criterios a los cuales se le asigna puntaje, siendo que si se suman más de 4 puntos existe una alta probabilidad y si es igual o menor a 4 puntos existe probabilidad no alta. De tal forma que a los síntomas o signos de trombosis venosa profunda asigna 3 puntos, a diagnóstico alternativo es menos probable que embolismo pulmonar asigna 3 puntos, a frecuencia cardíaca sobre 100 por minuto asigna 1,5 puntos, a inmovilización o cirugía en las 4 semanas anteriores asigna 1,5 puntos, entre otros.

En los métodos diagnósticos se menciona el Dímero D, explicando que: “La presencia en la circulación de productos de degradación de la fibrina como dímero D constituye evidencia de alta sensibilidad de la presencia de EP.”; ecocardiograma, Rx de tórax, Tomografía axial computarizada (TAC) de arterias pulmonares, Cintigrafía, Ecocardiografía y ecografía venosa extremidades inferiores.

Por último, indica como estrategia diagnóstica del embolismo pulmonar, que: *“El paciente se evalúa inicialmente con la historia, examen físico, oximetría, ECG y Rx de Tórax. Si se estima que hay una alta probabilidad de EP, se inicia tratamiento anticoagulante y se prepara (o deriva) al paciente para efectuar angio – TAC de arterias pulmonares, que confirmará o descartará el diagnóstico. Si el paciente no tiene una alta probabilidad de EP con los elementos clínicos señalados, se solicita dímero D. si este es normal, existe una probabilidad muy baja de EP y deben considerarse otras posibilidades diagnósticas. Si el dímero D es alto, debe realizarse una angio – TAC de arterias pulmonares”.*

Folio 108.

8.- Copia de artículo médico titulado: “Prevención del tromboembolismo venoso durante el embarazo y el puerperio en atención primaria y especializada”, elaborado por J.L. Gallo-Valleio, M. Naveiro-Fuentes, A. Puertas-prieto y F.J.



En cuanto a la incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), se señala que: *“la incidencia estimada de la ETEV durante el embarazo en los países occidentales se ha estimado en aproximadamente un caso por cada 1.600 embarazos, con un riesgo 5 veces superior con respecto a las mujeres no embarazadas. La ETEV puede manifestarse durante el embarazo como una trombosis venosa profunda aislada de las extremidades inferiores o como un TEP. Aproximadamente el 80% de los eventos tromboembólicos durante el embarazo corresponde a trombosis venosas profundas y un 20% a embolias pulmonares. La trombosis venosa profunda ocurre con la misma frecuencia en los 3 trimestres del embarazo y posparto. En cambio, el TEP es más frecuente en el posparto”*.

Agrega que en su gravedad *“el TEP es la séptima causa de mortalidad materna, responsable del 20-30% de las muertes maternas”*.

En cuanto a los factores de riesgo, se señala que: *“el embarazo, en sí mismo, es un factor de riesgo para el desarrollo de tromboembolismo venoso, con una incidencia que es de 4 a 50 veces mayor en comparación con las mujeres no embarazadas”*.

En cuanto a la profilaxis durante el puerperio, se indica que: *“Se debe realizar una evaluación universal del riesgo trombótico en el posparto inmediato en todas las gestantes. Asimismo, debemos promover la movilización intraparto y en el puerperio precoz y evitar la deshidratación durante el parto”*. También se señalan los casos en que una paciente tiene riesgo alto y riesgo intermedio, siendo uno de los factores de riesgo mayor la cesárea en trabajo de parto.

9.- Copia de artículo titulado “Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio. Enfoque de riesgo y diagnóstico”, elaborado por el dr. C. Danilo Nápoles Méndez y MsC. Dayana Couto Núñez, publicado en MEDISAN vol.15 no.10 Santiago de Cuba oct. 2011, versión On-line ISSN 1029-3019.

En el resumen del artículo se señala que: *“La enfermedad tromboembólica venosa es la primera causa no obstétrica de morbilidad materna, con un aporte importante a la mortalidad”*.

En cuanto al cuadro clínico de la trombosis venosa profunda, se indica que: *“Debe concederse la importancia merecida al diagnóstico clínico, puesto que se impone pensar en la factible aparición de esta enfermedad en el curso del*



«RIT»

Foja: 1

embarazo y puerperio, sin olvidar que este periodo constituye, por sí solo, un estado trombofílico per se, al que suelen añadirse situaciones como hemorragia, sepsis, legrado, cesárea, trabajo de parto disfuncional, deshidratación y encamamiento, entre otras muchas.

Es típico de esta afección que la paciente refiera una intranquilidad inexplicable, considerada por ella como la posible señal de comienzo, sin embargo, otras opinan que se trata de un signo de museo, donde no se reconoce su causa, pero de todos modos deberá alertar al médico del cuadro morboso que se está presentado. La febrícula se manifiesta generalmente entre 37 y 37,5°, pero de forma desproporcionada se va instalando una taquicardia en escalera de Mahler, que se interpreta en la práctica como una disociación pulso – temperatura, cuya presentación contraria se corresponde con la fiebre tifoidea (calentamiento anormal del cuerpo y bradicardia)”.

En cuanto a la embolia pulmonar, refiere que: *“Los obstetras deben pensar siempre en esta afección, teniendo en cuenta su elevada mortalidad, por lo que será una premisa, el diagnosticar rápido, realizar el tratamiento anticoagulante de ataque, con otras medidas necesarias definidas con carácter individual y remitir de inmediato a una terapia intensiva (...)La sospecha clínica de TEP requiere estudios objetivos para confirmar la enfermedad o excluirla, pues tanto la radiografía de tórax como el electrocardiograma y la evaluación de sangre arterial fortalecen el diagnóstico. En relación con este último se conoce que en el tercer trimestre del embarazo, la presión de oxígeno puede descender hasta 15 mm Hg al adoptar la posición supina, por lo cual se aconseja obtener gases con la paciente sentada. / La disponibilidad escasa de medios de confirmación de TEP obligan a buscar apoyo en el test de probabilidad, la clínica y los exámenes complementarios señalados; criterios compartidos por Sasahara, aunque prospectivamente ello pudiera influir en la aparición de resultados positivos falsos.”* Indicando que dentro del riesgo y los signos se encuentra la taquicardia mayor de 100 lat/min (+1,5 puntos) e inmovilización o cirugía en menos de 4 semanas (+1,5 puntos), signos clínicos de TVP (+3 puntos) y diagnóstico probable de TEP (+3 puntos), entre otros.

10.- Copia de artículo titulado “Patología puerperal”, elaborado por B. Bezares, O. Sanz, I. Jiménez, del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

En el artículo se menciona como una de las principales causas de mortalidad materna durante el puerperio, la trombosis venosa profunda, y el



«RIT»

Foja: 1

tromboembolismo pulmonar como la complicación más grave de la primera. Se agrega que no parece que la patología psiquiátrica sea más frecuente en el puerperio que en otra época de la vida, *“pero sí que se describen los cuadros relacionados con este periodo, como son el “blues”, la represión puerperal y la psicosis puerperal”*.

En cuanto al cuadro clínico, señala que: *“es a veces muy inespecífico. El síntoma más común es la disnea (70%), seguido de dolor pleurítico (66%), tos (40%) y hemoptisis (13%). Es frecuente la sensación de angustia. El signo clínico más importante es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia. La clave del diagnóstico es la sospecha clínica. Hay que realizar además auscultación torácica, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía transesofágica, analítica, gasometría”*.

11.- Copia de artículo titulado “Consulta diaria. Qué haría usted ante... un paciente con trombosis venosa”, autoría de G. Espinosa Garriga y J.C. Reverter Calatayud, Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Servicio de Hemoterapia y Hemostasia, Hospital Clínic, Barcelona.

12.- Copia de hoja de admisión de Clínica Las Condes, sin fecha, respecto de la paciente [REDACTED]

13.- Copia de orden médica de hospitalización, emitida por la médico [REDACTED], de fecha 3 de septiembre de 2017, respecto de la paciente [REDACTED], nivel de hospitalización CEVIM, diagnosticada con pubalgia en embarazo de 38 semanas y 6 días.

14.- Copia de autorización para tramitación de la cuenta de la paciente [REDACTED] en la Isapre Colmena; autorización de gestión y cobro de seguro con Metlife; mandato especial irrevocable; y RVP (pagaré) suscrito por [REDACTED] por la paciente, en favor de Clínica Las Condes.

15.- Copia de declaraciones de consentimiento informado para cesárea y anestesia, firmados por [REDACTED] el 3 de septiembre de 2017, y declaración de consentimiento para programa de asistencia vital extracorpórea (ECMO), documento suscrito por [REDACTED], en representación de la paciente [REDACTED], el 5 de septiembre de 2017.

16.- Copia de curriculum vitae de [REDACTED], médico cirujano, ginecólogo obstetra; de [REDACTED], matrona; de [REDACTED], matrona; de [REDACTED], médico cirujano especialista en Obstetricia y Ginecología; de [REDACTED],



«RIT»

Foja: 1

matrona; de [REDACTED], médico cardiovascular; de [REDACTED], médico cardiólogo; de [REDACTED], médico cirujano, internista; de [REDACTED], médico cirujano, internista, cardiología; y, de [REDACTED], médico cirujano, internista, cardiología.

Testimonial.

[REDACTED], quien señala ser médico cirujano con especialidad en Ginecología y Obstetricia y subespecialidad en Medicina Materno – Fetal, y hacer turno en Clínica Las Condes, y que como tal, le pidieron evaluar a la paciente por encontrarse el día 5 de septiembre con taquicardia y presión sanguínea disminuida. Plantea que esa solicitud fue hecha por el enfermero residente de la Clínica. Describe que acudió a la habitación de la paciente como a las 20:30 horas, con la matrona de turno, y que la madre de la paciente no le permitió el ingreso a la habitación, por encontrarse la paciente ocupada, motivo por el cual no pudo ingresar y volvió al servicio de urgencia a evaluar a otra persona. Afirma que se informó a la dra. [REDACTED] y al enfermero residente. Posteriormente, la dra. le avisa que viene a la Clínica a evaluar a la paciente, y nuevamente, como alrededor de las 22:00 horas, se le solicita el enfermero residente volver a evaluarla. Nuevamente se dirige a su habitación y le relata haber estado durante la tarde con el pulso acelerado (taquicardia) y sensación de opresión. Señala que en ese momento la paciente estaba sin dolor, sin dificultad para respirar, con presión sanguínea normal, afebril, pero con frecuencia cardiaca aumentada (más o menos 140 latidos por minuto). Se le realiza un examen físico completo, la paciente saturaba normal, el examen físico fue normal (cardiaco, pulmonar, abdominal, ginecológico y extremidades) y se hizo una ecografía abdominal para descartar líquido libre intra-abdominal o alguna complicación post-quirúrgica. Le explica a la paciente y a su esposo que además va a solicitar exámenes de laboratorio para el estudio de su taquicardia, por no estar en ese momento clara la causa. Dice que solicita un hemograma, PCR, un electrocardiograma y Dímero D, además de una interconsulta a cardiología, para realizar todos los diagnósticos diferenciales que pudieran explicar esa taquicardia. Se informa a la dra. [REDACTED] y al enfermero residente. Posteriormente fue evaluada por la dra. [REDACTED] y por el dr. [REDACTED] sin volver a evaluar a la paciente, ni solicitársele su evaluación. Añade que la eco abdominal fue realizada por ella misma y que estaba normal. De los exámenes de laboratorio dice que no había anemia, estaba elevada la PCR (proteína C reactiva) y fuera de rango el Dímero D, en forma leve. No vio nunca el electrocardiograma. No recuerda con precisión la edad de la paciente, pero sí que era menor a 35 años, que no tenía



«RIT»

Foja: 1

antecedentes mórbidos que ella le relatara ni su familia, que era su primer embarazo y que previo a la cesárea había estado con dolor en el pubis. Tampoco entregó antecedentes de trombosis familiar. Refiere que como toda paciente en el periodo de embarazo y puerperio, por cambios fisiológicos tienen más riesgo de trombosis, pero que ella no tenía factores de riesgos mayores. Para la sospecha de un TEP y de todos los tromboembolismos venosos, se describen como factores de riesgos mayores tener un evento previo, tener una trombofilia, ser mayor de 35 años, obesidad, enfermedades crónicas que aumenten la coagulación, tabaquismo, reposo absoluto y prolongado en cama, eso principalmente. Aclara que el PCR mide inflamación en forma inespecífica, que junto al hemograma se solicitó para descartar un cuadro infeccioso causante de la taquicardia. Explica que el Dímero D es un examen que aumenta en fenómenos trombóticos, pero que también aumenta en el embarazo y puerperio por los cambios fisiológicos, sin existir valores de corte específico para esos periodos, por lo tanto, si salen normales en los rangos descritos para pacientes no embarazadas, sería tranquilizador, y que un valor alterado puede requerir de estudios adicionales. Desconoce los valores alterados en dichos periodos. Esgrime que existen tablas con los valores, pero para pacientes no embarazadas. Explica también que los resultados de los exámenes no eran específicos, que su solicitud fue realizada para hacer el diagnóstico diferencial de las diversas causas de una taquicardia en una paciente puérpera, y anticipándose a los exámenes que podía solicitar el cardiólogo, a quien solicitó una interconsulta para evaluar a la paciente. En el examen cardiaco y pulmonar solamente recuerda que estaba alterada la frecuencia cardiaca, la paciente se encontraba con taquicardia. Lo cual sería inespecífico para hacer un diagnóstico etiológico de la taquicardia, por ese motivo fue necesario solicitar exámenes. Aclara que le correspondió atender a la sra. [REDACTED] por la solicitud de interconsulta del enfermero residente y que ese día se encontraba de médico residente de turno en CEVIM (centro de vigilancia materno) y urgencias ginecoobstétricas. Agrega que no existe una prohibición, pero que estando fuera del CEVIM debe estar solicitada una interconsulta, y que como residente siempre se comunican con el médico tratante, ya que si les solicitan la evaluación y siendo ambos ginecobstetras, significa que el tratante no se encuentra en ese momento disponible para evaluar la paciente. Indica que ella puede solicitar la interconsulta a cardiología o cualquier especialidad, aunque la paciente estuviera hospitalizada en maternidad y no en el CEVIM. La diferencia es que estando fuera del CEVIM, donde es residente y médico a cargo de las pacientes, no tiene la obligación de solicitar la autorización al tratante, aunque siempre se conversa y se informa a éste. Plantea que al ser una paciente fuera del



«RIT»

Foja: 1

CEVIM, hace la sugerencia, se informa y se solicita la autorización del tratante. Después de lograr evaluar a la paciente, solicitó la interconsulta junto a los exámenes, y que en ese momento informó a la dra. que ya lo había realizado, haciendo presente que previamente el enfermero residente había hablado con ella informándole que se realizaría dicha interconsulta. Sostiene que todas las pacientes embarazadas y puérperas tienen mayor riesgo de desarrollar un trombo por los cambios fisiológicos de dichos periodos y dentro de los tromboembolismos venosos se encuentra el TEP. Expresa que en el caso de una paciente puérpera, por ser inespecífico el resultado, muchos ni siquiera lo solicitan (Dímero D). Asevera que en este caso no existía sospecha, y que por ese motivo se solicitó la evaluación por el especialista. Explica que en cualquier paciente con una alta sospecha clínica de un fenómeno de tromboembolismo venoso, independiente del valor del examen, se pueden solicitar exámenes de imágenes, como un Doppler venoso extremidades inferiores (para trombosis venosas profundas) o angioTAC (trombosis pulmonar). Desconoce si se realizaron dichos exámenes, ya que evaluó solamente una vez a la paciente, y señala que como médico de turno e interconsultora tenía la obligación de buscar las posibles causas de la taquicardia de la paciente, que fue el hallazgo de su evaluación, descartar una complicación post-quirúrgica, como líquido libre intrabdominal secundario a una hemorragia, alteraciones en la retracción uterina (inercia uterina, se ve el útero lleno de coágulos en la ecografía), y que por ese motivo se realizó una ecografía abdominal en la habitación de la paciente. Solicitó hemograma y PCR para descartar anemia e infección, y un electrocardiograma para evaluar el tipo de taquicardia. Solicitó Dímero D, ya que un valor de rango normal tiene buena especificidad. Indica que con todos estos exámenes fuera, la paciente es evaluada por el especialista (cardiólogo) para realizar el estudio de su taquicardia, especialmente con los dos últimos exámenes (electrocardiograma y Dímero D).

[REDACTED], quien señala ser médico cirujano, cardiólogo desde el año 1998, titulado en la Pontificia Universidad Católica, institución en la cual practicó la cardiología, la medicina intensiva y donde estuvo a cargo de unidades de intensivo cardiovascular y de recuperación cardioquirúrgica. Entre los años 2014 y 2017 fue jefe técnico del intensivo cardiovascular de Clínica Las Condes. Sostiene haber revisado la ficha clínica electrónica de la paciente, donde están registrados todas las evaluaciones, intervenciones y exámenes complementarios, mas no la atendió, refiriendo haber conversado con algunos de los involucrados. Indica que se trata de una paciente joven sin factores de riesgos conocidos, que en su segundo día de parto por cesárea, fue evaluada por un



«RIT»

Foja: 1

cuadro de taquicardia y malestar torácico. En ese escenario fue evaluada por un especialista en cardiología, quien evaluó a la paciente y ordenó exámenes complementarios. En el momento de la evaluación la paciente estaba clínicamente tranquila y estable, según la descripción que está en la ficha, y el especialista la evaluó con un electrocardiograma y pruebas de laboratorio, que en ese momento se explicaban por la situación de post parto y un cuadro de ansiedad que estaba previamente diagnosticado en la ficha. Posterior a la evaluación, la paciente evolucionó con un compromiso respiratorio y hemodinámico. Arguye que según se constata en la ficha, la mujer presentó un paro cardiorrespiratorio más o menos 12 horas después de la evaluación cardiológica. Posterior al paro se activaron los protocolos de emergencia de la Clínica, siendo atendida por el equipo de rescate y además por el servicio intensivo cardiovascular. La paciente evolucionó en forma desfavorable, falleciendo a los días del evento. Agrega que se hicieron todos los protocolos de exámenes e intervenciones que corresponden. Básicamente, la evaluación clínica, exámenes complementarios, y cuando fue el evento la activación del código 99 (que es la activación del equipo de rescate). Aclara que refiere que [REDACTED] no presentaba factores de riesgo, porque se trataba de una paciente joven, sin antecedentes de hipertensión, tabaquismo, diabetes o historia familiar cercana de patología cardiovascular. Además, que durante el embarazo no está registrado alzas de presión ni otras complicaciones que puedan aumentar el riesgo cardiovascular. Sostiene que la taquicardia registrada en la ficha es una taquicardia sinusal, la cual consiste en una aceleración del ritmo normal. Las causas más comunes en la práctica clínica son cuadros de ansiedad, hipertiroidismo y anemia. Plantea que, en general, las taquicardias sinusal no están relacionadas con un problema cardíaco, sino extra cardíaco. Consultado acerca de si en el caso concreto la taquicardia estaría relacionada con el cuadro de ansiedad que señaló haber constatado en la ficha clínica, indica que es una causa probable y que según consta en la ficha se interpretó de esa manera. Dice que el especialista que la vio en ese momento advirtió parámetros cardiovasculares estables (aparte de la taquicardia) y que se le interconsultó como una paciente con un cuadro de ansiedad. Añade que dentro de los exámenes de laboratorio que se pidieron en la evaluación de este cuadro clínico destaca el Dímero D. Explica que este examen se usa habitualmente dentro de la evaluación diagnóstica de cuadros de embolia pulmonar, sin ser un examen específico para este cuadro clínico. Dentro de las situaciones clínicas que pueden alterar este examen está el embarazo normal, por lo cual no es categórico de embolia pulmonar en este contexto. Indica que según consta en la ficha clínica, el dr. [REDACTED] evaluó a [REDACTED] en una sola oportunidad, lo cual fue aproximadamente 12



«RIT»

Foja: 1

horas antes del paro cardiorrespiratorio. No hubo otra evaluación ni tampoco otra interconsulta hacia el dr. [REDACTED]. Señala que por tratarse de una mujer joven, el riesgo cardiovascular es bajo, y que según consta en la ficha y lo relatado por el equipo que estuvo a cargo de la paciente, la causa del paro fue una embolia pulmonar o tromboembolismo pulmonar (TEP), que es lo mismo, y que posteriormente la paciente desarrolló un cuadro de daño cerebral secundario al paro cardíaco. Aparte del electrocardiograma y Dímero D se le practicó a la sra. [REDACTED] exámenes de laboratorio para descartar anemia y cuadros infecciosos. Además, fue evaluada por la especialista de ginecología obstetricia para descartar complicaciones post-quirúrgicas de la cesárea. Preguntado acerca de si para descartar una anemia corresponde la realización de una PCR, indica que no, ya que ese es un examen orientado a buscar infecciones e inflamaciones, que por sí solo tiene un valor relativo, ya que es un marcador muy sensible, pero poco específico, por lo cual en la actividad clínica uno lo evalúa en el contexto de la paciente y lo relaciona con otros exámenes complementarios si es necesario, concluye.

DECIMO OCTAVO: Que la parte demandada del dr. [REDACTED] rindió la siguiente prueba.

Instrumental.

1.- Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud respecto de [REDACTED], quien posee el título de médico cirujano, con especialidad en cardiología, de fecha 15 de noviembre de 2019.

2.- Impresión de pantalla de página web de CONACEM, Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, en la cual aparece [REDACTED] como especialista en cardiología, medicina intensiva y medicina interna.

DECIMO NOVENO: Que la parte demandada de la dra. [REDACTED] rindió la siguiente prueba.

Instrumental.

Folio 114.

1.- Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, respecto de [REDACTED], quien posee el título



«RIT»

Foja: 1

de médico cirujano, con especialidad en obstetricia y ginecología, de fecha 15 de noviembre de 2019.

2.- Impresión de pantalla de página web de CONACEM, Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, en la cual aparece [REDACTED] como especialista en obstetricia y ginecología.

Folio 119.

3.- Copia de Informe elaborado por [REDACTED], médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia, subespecialista en medicina materno fetal, sin fecha.

Indica en su informe que: *“Los síntomas más frecuentes en tromboembolismo pulmonar son:*

- 1. Taquicardia*
- 2. Disnea*
- 3. Lipotimia o desmayo*
- 4. Generalmente existe síntomas de trombosis en alguna de las dos piernas.*

Estos 4 síntomas estaban presente en el tromboembolismo pulmonar y también formaron parte del criterio diagnóstico para crisis de pánico. El cuadro clínico del TEP no se manifestó completamente mientras que el cuadro clínico de las crisis de pánico si se manifestó completamente, dificultando la obtención del diagnóstico oportuno del cuadro de mayor letalidad. Sin embargo, dada la gran cantidad de coágulos que se pactaron intempestivamente en los pulmones (infarto en ambos pulmones), hace presumir que a pesar de haberse instaurado terapia anticoagulante de manera oportuna, el desenlace fatal no se haya podido evitar por la agresividad del cuadro que llevó a la paciente a un paro cardiorrespiratorio fulminante” (sic).

En cuanto a los exámenes solicitados, señala respecto del Dímero D que: *“es de utilidad para excluir una trombosis venosa profunda en pacientes no embarazados. La postura de la Sociedad Americana de Obstetricia y ginecología NO recomienda su uso como parte de la evaluación de un episodio de tromboembolismo en embarazo o puerperio. La razón detrás de esta decisión se basa en que los valores incrementan paulatinamente durante el embarazo y más aún en el puerperio; aún faltan estudios por definir dichos valores. También*



«RIT»

Foja: 1

argumentan que existen casos falsos negativos documentados en la literatura médica de mujeres embarazadas con tromboembolismo venosos o preeclampsia. Un valor levemente elevado durante el embarazo o puerperio no permiten diagnosticar un TEP”.

Respecto de la Proteína C reactiva (PCR), indica que: “es una proteína producida por el hígado. Se envía a la sangre en respuesta a una inflamación. La inflamación es la manera en que el cuerpo protege los tejidos cuando ocurre una lesión o una infección, puede causar dolor, enrojecimiento e hinchazón en la región lesionada o afectada. El valor normal es menor a 10. La primera muestra tomada el 5 de sept a las 22 hrs fue de 153. Al día siguiente, en menos de 12 hrs, la Dra. [REDACTED] solicitó una nueva muestra para ver el estado de inflamación de [REDACTED], el segundo valor fue de 131. A las pocas horas después [REDACTED] hizo paro cardiorrespiratorio”.

En el análisis de la manifestación clínica señala que: “Al hacer un análisis comparativo entre el marco teórico y la manifestación clínica de dos enfermedades de distinta gravedad, se puede decir que se trató de dos patologías completamente distintas que compartieron varios síntomas en común, siendo el TEP una enfermedad poco frecuente y en ocasiones letal mientras que la crisis de angustia post parto son muy frecuentes y sin riesgo vital para la paciente. Se concluye que se trató de un caso fortuito en donde se actuó acorde al lex artis según las circunstancias en que se dio la información clínica. Se tomaron medidas pre – y post-operatorias preventivas para la evitar formación de trombos (medias compresivas, deambulación precoz, kinesiterapia motora) y se utilizaron medicamentos que no se asocian a alteraciones de la coagulación” (sic).

También señala el informante que: “La PCR estaba elevada, pero en menos de 12 hrs el valor bajó de 153 a 131 sin hacer ningún tratamiento adicional; solo con observación de la paciente. Este valor dio falsa seguridad que la inflamación estaba mejorando. / El Dímero D estaba levemente alterado, pero dentro del contexto de una puérpera reciente de cesárea, que ni siquiera para el cardiólogo, Dr. [REDACTED], permitió sospechar un cuadro de TEP”.

Concluye el médico informante que: “Los nuevos antecedentes psiquiátricos aportados por la familia desviaron la atención para seguir indagando sobre otras posibles causas de la taquicardia. / La taquicardia, disnea, lipotimia o desmayo don síntomas inespecíficos que estuvieron presente en las dos afecciones concomitantes que presentó Romina: crisis de pánico y TEP” (sic).



«RIT»

Foja: 1

Finalmente, su informe señala que: *“La medicina es un arte de las probabilidades en la interpretación de los hechos, manteniendo el principio fundamental que es la búsqueda del bien del paciente por sobre cualquier interés. El aporte tardío y parcializado de información por parte de los padres de Romina propiciaron la investigación clínica hacia una línea investigativa de orden psiquiátrico, teoría que se sustentó sobre la base de un examen físico negativo para trombosis asociado a ausencia de factores de riesgo adicionales para una enfermedad tromboembólica. Esto sesgó el juicio clínico, la certeza diagnóstica y la eficacia de las medidas terapéuticas”* (sic).

5.- Copia de Curriculum vitae de [REDACTED], en idioma extranjero, sin traducción.

Folio 122.

6.- Copias de impresiones de pantalla, en que se muestra la interacción de una persona llamada [REDACTED] y otra de nombre [REDACTED], entre los días 27 de abril de 2017 y 6 de septiembre del mismo año.

Testimonial.

[REDACTED], quien sostiene ser médico cirujano, con especialidad en ginecología y obstetricia y haber revisado la ficha clínica de la paciente [REDACTED]. Indica que las atenciones fueron acordes con la lex artis, lo que le consta por la documentación que existe en la ficha clínica sobre la solicitud de exámenes, interconsultas a otros especialistas médicos y las evoluciones médicas del médico tratante y los médicos y matronas de turno en su momento. Refiere que según la ficha clínica, la paciente se hospitalizó por un embarazo de término y pubalgia severa. Se brindó atención preparto, atención de parto por cesárea y control pos operatorio. El parto y la evolución pos operatoria inmediata fue sin inconvenientes. Posterior a ello la paciente presentó sintomatología de difícil interpretación inicial, que culminó con un proceso trombo embólico y muerte materna. Dice que no recuerda la edad exacta de [REDACTED] pero sabe que era una mujer joven que no presentaba antecedentes que hicieran prever un proceso trombo embólico pos parto. Se tomaron las medidas habituales en pacientes consideradas de bajo riesgo, que incluyen la deambulacion precoz y frecuente, como asimismo el empleo de medias anti embólicas en extremidades inferiores.

Se le exhibe el "informe pericial" acompañado, que ratifica, reconociendo su firma. Añade que existen criterios internacionales para clasificar a las pacientes



«RIT»

Foja: 1

obstétricas como de bajo y alto riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica durante el embarazo. Expone que salvo la presencia del embarazo en sí mismo, pues éste produce múltiples cambios fisiológicos en la mujer y sin excepción alguna afecta en todas ellas su estado hematológico, la sra. [REDACTED] no presentaba ninguno de estos criterios al momento de su hospitalización para la resolución de su parto. Añade que en todas las mujeres embarazadas hay riesgo de tromboembolismo, el 100% de ellas y sin excepción. De acuerdo a lo consignado en la ficha clínica, la paciente presentó sintomatología inespecífica como taquicardia y dificultades respiratorias, que pueden ser atribuidas a múltiples causas, que no impidieron que la paciente deambulara ni afectara su lactancia en el periodo pos parto inmediato. Esta sintomatología también fue evaluada por los especialistas que estuvieron a cargo del cuidado pos parto, no atribuyéndose una causa específica a esta sintomatología. Concluye señalando que la paciente refirió en algunas ocasiones molestias a nivel de su pecho y dificultad respiratoria (disnea).

[REDACTED], quien declara ser médico con especialidad en obstetricia ginecología, con subespecialidad es medicina materno fetal, y trabajar para Clínica Las Condes hace 2 años. Señala que todo el procedimiento de [REDACTED] fue de acuerdo a la lex artis. Los hechos comienzan con una cirugía de cesárea, con una indicación quirúrgica que está de acuerdo a los estándares de manejo de estos casos. Fue realizada en forma semi electiva, es decir, no fue de urgencia. Afirma que le tocó presenciar y participar en la cirugía misma, donde no advirtió alguna complicación asociada al acto mismo. Los hechos posteriores a la cirugía los ha revisado en la ficha clínica. La paciente no tuvo en sus primeras 48 horas ninguna complicación clínica relatada en la ficha. A las 48 horas comenzaron una serie de hechos clínicos, entre los que destaca -según lo que leyó en la ficha- como signo clínico principal, la presencia de taquicardia, asociada a algunos exámenes clínicos de laboratorio de carácter general. La paciente fue evaluada por un equipo médico compuesto por su médico tratante, la residente de turno, un cardiólogo y un psiquiatra. Esta evaluación se orientó a que la explicación más plausible de sus síntomas y signos clínicos estaba asociada a causas de orden psicológico; no sin antes evaluar y descartar razonablemente las causas orgánicas más frecuentes a que la paciente estaba expuesta, es decir, hemorragias, infecciones y trombosis. Destaca que la paciente tenía 34 años y no poseía otros factores de riesgo fuera de su condición de embarazo normal. Dice que revisó para dar su declaración el chequeo realizado y escrito en la ficha clínica por la enfermera de pabellón, donde consta la utilización de medias anti embólicas



«RIT»

Foja: 1

durante el procedimiento quirúrgico. De la lectura de la ficha clínica pudo percatarse que durante la noche del segundo día de puerperio ocurrieron hechos clínicos que en su esencia eran inespecíficos, y que no se orientaban claramente a una patología en particular, sino que a varias, que en el transcurso de las horas y junto a la llegada de nuevos exámenes de laboratorio se debieran haber ido aclarando. Al tercer día de puerperio los eventos clínicos fueron evidentes y catastróficos y las causas de origen orgánico se hicieron evidentes. Expresa que con exámenes inespecíficos se refiere a aquellos que son diagnósticos de una patología en particular, como el Dímero D y la POR, reconociendo que estos estaban moderadamente elevados, y con exámenes específicos se refiere a los que pueden descartar patologías. Se realizó una ecografía abdominal orientada a descartar causas frecuentes secundarias al procedimiento quirúrgico, como hemorragias severas intrabdominales, que fueron descartadas por la residente de turno. Consultado acerca de si se realizó algún examen específico orientado a descartar TEP (causa de muerte de la paciente), le parece que no antes de la descompensación clínica.

██████████, quien indica que participó como arsenalera en la cirugía de la sra. ██████████, que fue una cesárea en septiembre de 2017. La razón de la cirugía, era que la paciente tenía una pubalgia (dolor persistente en la región del pubis), había consultado al servicio de urgencia por ello, razón por la que fue hospitalizada y se trató con analgésicos, pero el dolor persistía. Recuerda que la anestesia regional se realizó en la cama de la paciente y no en la mesa quirúrgica, ambas dentro del pabellón quirúrgico. Fue una cesárea reglada sin ningún incidente, y nació un recién nacido sano, vigoroso y todo finalizó bien, por lo que la paciente fue trasladada a su pieza o habitación. Añade que la paciente era una mujer joven, primigesta, de entre 30 y 35 años. Afirma que se usaron medias anti embolicas en ██████████, porque es parte del protocolo, y que todo paciente que se opera de una cesárea tiene suero y sonda folley, que son sondas urinarias. Agrega que el anestesista realizó la visita pre anestésica a la paciente y que durante la pausa de seguridad informa al equipo quirúrgico que la paciente es ASA1, esto es, una clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia que indica el riesgo y enfermedades preexistentes de los pacientes, destacando que era una paciente sana. En cuanto a las medidas anti trombos, señala que éstas vienen instaladas desde la habitación, las pacientes llegan a pabellón con las medias instaladas, lo hace personal de enfermería de la habitación, lo que está por protocolo, y que no tuvo contacto previo con la paciente antes de que ingresara al pabellón.



«RIT»

Foja: 1

quien expresa que la dra. [REDACTED] la llamó por teléfono en septiembre de 2017, para decirle que había hospitalizado a [REDACTED], por una pubalgia intensa sin trabajo de parto. La iban a evaluar hospitalizada, con manejo analgésico, no recuerda si en la noche anterior o en la mañana del día, le avisa que no cedió el dolor con los analgésicos y que ella junto a [REDACTED] y su familia creyeron que la mejor opción era la cesárea. Juntaron el equipo médico, coordinaron la hora para pabellón y llegó dos horas antes de la cesárea. Su labor como matrona es preparar previamente a la paciente y explicarle los procedimientos. La trasladaron del preoperatorio al pabellón, auscultó latidos, asistió al anestesista en la instalación de la anestesia epidural, hizo aseo abdominal para preparar la piel de la cirugía, instaló una sonda Foley, precisando que las medias anti embolicas de [REDACTED] ya estaban instaladas. Dice que después de esto, el personal médico se viste y comienza la cirugía. El resultado fue un recién nacido, sano y en buenas condiciones. Agrega que en el intraoperatorio no hubo ningún riesgo para la paciente que tuviera relación con la cirugía en sí. Terminando la cirugía se dieron cuenta con el equipo que estaba en pabellón, que las medias anti embolicas de [REDACTED] estaban muy manchadas con la pérdida de sangre, que se pierde durante la cesárea, y pidieron cambio de medias en la habitación. Luego fue el traslado a la habitación de [REDACTED], en donde la acompañó, ayudó a su bebé a que se pusiera en el pecho, ella estaba estable, consciente y luego se retiró. Agrega que se juntó con [REDACTED] dos veces antes de la cesárea, como consulta de embarazo, y recuerda a una mujer joven de 34 años aproximadamente, sin patología y con un embarazo fisiológico, esto es, normal sin riesgos. Aclara que la pausa de seguridad son puntos en que la encargada de pabellón, matrona contratada por la Clínica antes de la cirugía, le pregunta al anestesista, arsenaleras, a los cirujanos y al pediatra si esta todo ok, equipo completo y si la paciente tiene algún riesgo en donde tengan que estar más alerta. Si es una paciente con patologías hay que poner énfasis en ciertos puntos. Señala que existe un “checklist” que lo realiza la matrona de pabellón y ella marca lo que el paciente tiene, esto es, brazalete con identificación, vía venosa, vendas, etc. Señala que dichas medidas se las instalaron a la paciente en el pabellón previo a la cirugía.

[REDACTED], quien declara ser médico cirujano y que estando de turno en Clínica Las Condes, en Maternidad, se le solicita dar anestesia a una paciente para una cirugía de cesárea. Recuerda que era una paciente sana, con embarazo de término que ingresó ese mismo día por un cuadro de dolor tipo pubalgia severo, que no respondió a tratamientos



«RIT»

Foja: 1

analgésicos, por lo que se decidió resolver por vía quirúrgica. La paciente ingresó al pabellón consciente, orientada, con intenso dolor pélvico, se logró hacer evaluación pre anestésica, se explicó riesgos y beneficios en contexto de la anestesia, autorizándose el procedimiento, y se procedió a entrar a pabellón para la ejecución de la anestesia y posterior cirugía. Dada la intensidad del dolor, la paciente no pudo ser transferida a la mesa quirúrgica, y se monitorizó en su cama, se administró la anestesia correspondiente, anestesia espinal combinada estándar, con lo cual cedió el dolor, pudiendo transferirse a la mesa quirúrgica y continuar con la cirugía. La cirugía evolucionó sin incidentes, tampoco hubo incidentes respecto a lo anestésico. Finalizado el procedimiento quirúrgico, la paciente se trasladó a su pieza. Aclara que la evaluación pre anestésica consiste en consultar los antecedentes médicos, quirúrgicos, farmacológicos y de alergias que pudieran tener alguna implicancia de riesgo perioperatorio en la paciente. Reitera que la mujer era sana y se encontraba cursando un embarazo de término, sin factores de riesgo agregados, pero con un cuadro agudo de dolor de muy difícil manejo. En la evaluación anestésica, los factores de riesgos se objetivan principalmente por la historia clínica descrita por los pacientes, y cuando aparecen factores o situaciones que puedan revestir riesgos ante cirugías principalmente electiva, que no es el caso de la paciente en cuestión, se complementa con exámenes pertinentes. Agrega que existen dos instancias de clasificación de riesgo, habitualmente utilizadas en el perioperatorio, la primera, la clasificación de Asociación Americana de Anestesiología, que intenta describir más que el riesgo el estado físico de un paciente previo a la cirugía, y la clasificación de riesgo de la cirugía propiamente tal. ■■■■■ con los antecedentes descritos, caería en la categoría de bajo riesgo, según afirma. Indica también que como es habitual, le correspondió la administración del antibiótico profiláctico o preventivo, el retracto uterino posparto para prevenir hemorragias posoperatorias, y que la pausa de seguridad se haya ejecutado, donde se constata las medidas de trombo profilaxis. Se utilizó medias anti embolicas, y según indicaciones, reposo relativo, concluyó.

VIGESIMO: Que, adicionalmente, según consta en los folios 189 y 190 de la tramitación, Clínica Las Condes –respondiendo a un requerimiento del Tribunal– acompañó el historial médico de ■■■■■ en ese establecimiento de salud, que en mayor medida coincide con la ficha clínica N° 669182, ya acompañada por la parte demandante y por la propia Clínica Las Condes.

También se incorporó un documento denominado: “Evolución Clínica”, emitido por Clínica Las Condes, sin firma ni nombre del profesional que lo suscribe, en el que se da cuenta de las atenciones médicas realizadas a la



«RIT»

Foja: 1
paciente [REDACTED] entre el 3 de octubre y el 5 de diciembre de 2006, manifestando una crisis de pánico, que fue en mejoría hacia el último control.

Además, constan fichas de atenciones ambulatorias en distintas especialidades y de evolución clínica que recibió la misma paciente en Clínica Las Condes, entre los años 2009 y 2017.

VIGESIMO PRIMERO: Que, así las cosas, corresponde valorar las probanzas rendidas por las partes, comenzando por los instrumentos. En este sentido, no se registran impugnaciones fundadas en causal legal y acogidas respecto de ninguno de los que fueron puestos en conocimiento de la contraria, ni alegaciones respecto de las virtudes formales de los públicos. Ahora bien, consta en autos el reconocimiento de los informes emitidos por [REDACTED] y [REDACTED], que si bien tienen la pretensión de ser un peritaje, serán considerados, por haber sido validados por sus autores y, especialmente, porque en varias ocasiones operan en contra del interés que los acompañó, conforme se verá más adelante.

En consecuencia, se reconoce a los instrumentos señalados el valor probatorio que la propia Ley les atribuye, según su naturaleza.

En este sentido, los instrumentos públicos acompañados hacen plena fe en cuanto al hecho de haberse otorgado, gozando de una verdadera presunción de autenticidad, tanto respecto del hecho de haber sido dados por las personas que comparecen en él, como –en su caso- de haber sido autorizados por la persona que actúa como ministro de fe pública. Además, los instrumentos públicos hacen plena fe en cuanto a su fecha.

Además, siempre respecto de los instrumentos públicos, “Se entiende que en cuanto a la existencia de su contenido, es decir, al hecho de que él fue declarado por las partes, tiene valor de plena prueba; y que en cuanto a la sinceridad de las declaraciones entre las partes también hace plena prueba. Sin embargo, respecto de terceros ese poder de convicción ya es inferior, o sea, no obstante la aptitud de persuasión que ostenta el instrumento público (en el que puede constar y ordinariamente consta el contrato que se impugna por simulación) es perfectamente posible demostrar la falta de sinceridad de las declaraciones en él contenidas. Entre las partes, ello podrá hacerse mediante otra plena prueba en contrario, por ejemplo, otro instrumento público y, por terceros, lisa y llanamente con otros diversos medios probatorios” (Excma. Corte Suprema, Rol N° 45.940-2016).



«RIT»

Foja: 1

Por ello se valora con el carácter de escritura pública a los documentos privados reconocidos por la parte a quien se opusieron o que se mandaron tener por reconocidos, en los casos y con los requisitos prevenidos por la ley. Esto, porque el artículo 346 del Código de Procedimiento Civil indica pautas procesales para establecer el reconocimiento de los documentos privados presentados al juicio, pero su valoración se encuentra contenida en normas del Código Civil.

Por otro lado, las confesionales rendidas por [REDACTED], en representación de Clínica Las Condes, [REDACTED] y [REDACTED], quienes se refieren a hechos consignados en la ficha clínica, permiten confirmar su efectividad. Sin embargo, cuando los absolventes – especialmente la dra. [REDACTED] intenta justificar el procedimiento médico seguido, incurren en opiniones -por cierto interesadas- acerca de lo hecho y de lo que se podía hacer, fundadas en la ciencia médica, que no obligan al Tribunal, puesto que en esos aspectos declaran como expertos.

En cuanto a las testimoniales, salvo la del dr. [REDACTED], que amerita un pronunciamiento especial, el Tribunal advierte que los comparecientes -en buena medida- son profesionales de la salud, que se enteraron de lo ocurrido por haber atendido personalmente a [REDACTED], o bien, a partir del estudio de su ficha clínica. Y si bien discrepan en algunos puntos, se colige la existencia de ciertos acuerdos, transversales entre estos facultativos, que permitieron al juzgador formarse una convicción respecto de la mirada con que se debe analizar el caso presentado.

Adicionalmente, no puede soslayarse que se trata de testigos expertos, vale decir, personas traídas al juicio para ilustrar acerca del estado actual de su ciencia, de lo que se sigue que toda coincidencia entre los presentados -por una y otra parte- se tendrá presente para dirimir la contienda, como un dato de alta valía, precisamente por su transversalidad.

Así pues y en términos generales, concuerdan los declarantes –salvo los psicólogos y un compañero de labores, obviamente- en que las embarazadas – durante la gestación y en el puerperio- tienen un riesgo mayor de sufrir un tromboembolismo, describiendo factores de riesgo, como la edad, las preexistencias y el propio embarazo, entre otros, aspecto este último que se percibe como no enteramente pacífico, coincidencia que se extiende a la presencia de una sintomatología normalmente inespecífica e incluso a la utilización de medias anti-embolicas durante la cesárea, conforme al protocolo establecido, aunque disienten respecto de su mantención en el post-operatorio.



«RIT»

Foja: 1

Con todo, [REDACTED] –presentada por la defensa de la dra. [REDACTED] declara que terminada la cirugía se dieron cuenta que las medias anti-embolicas de [REDACTED] estaban manchadas con sangre, por lo que pidieron cambio de medias en la habitación, antecedente que permite concluir que la instalación de tales calcetas en el post-operatorio no era algo extraño, sino que una práctica.

Por otro lado, los relatos de los psicólogos y del compañero de labores de [REDACTED] cuyos dichos se enmarcan principalmente en el plano afectivo, a partir de su observación personal y/o profesional, se aprecian como plausibles, incluso lógicos, comoquiera que no puede esperarse una reacción distinta después de una pérdida tan inesperada, y en el contexto del nacimiento de un hijo.

Por fin, se constata que no hay declaraciones verdaderamente contradictorias, puesto que no existen diferencias significativas en cuanto a la dinámica de los hechos concretos, antes, durante y después del parto. En efecto, los desacuerdos surgen con la valoración que cada uno hace de lo acontecido y de las medidas adoptadas o no, conforme a la ciencia médica, siempre en la búsqueda de una respuesta. Sin embargo, tales divergencias son legítimas, por no ser la medicina una ciencia exacta, y se explican por la calidad de expertos que se ha reconocido a estas personas. Es por ello que el Tribunal, con base en la prueba producida, seguirá uno de los caminos informados por estos especialistas, conforme se analizará más adelante, en una mirada de conjunto.

Por todo lo cual, se valora los testimonios –salvo el entregado por el dr. [REDACTED]– con arreglo a lo estatuido en el artículo 384 N° 2 del Código de Procedimiento Civil, por haber dos o más contestes en cada aspecto tratado, dejando a salvo las legítimas diferencias entre cada uno de ellos, en lo atinente a su opinión profesional.

VIGESIMO SEGUNDO: Que la versión del testigo [REDACTED], presentada por la parte demandada del dr. [REDACTED], no será considerada, por estar contaminada con un vicio de ilicitud.

En efecto, el declarante sostiene que se enteró de los hechos porque leyó el expediente, y contrainterrogado “para que aclare quien le mostró el expediente penal”, contestó: “Cuando se me solicitó una opinión como especialista del caso en cuestión, respondí que debía ver los antecedentes, los cuales me fueron expuestos en la oficina de [REDACTED], no recuerdo por cuál de todos los abogados que trabajan ahí”. Más adelante, el deponente descartó ser interviniente en el proceso penal.



«RIT»

Foja: 1

Al respecto, cabe destacar que el artículo 182 del Código Procesal Penal establece lo siguiente:

“Las actuaciones de investigación realizadas por el ministerio público y por la policía serán secretas para los terceros ajenos al procedimiento.

El imputado y los demás intervinientes en el procedimiento podrán examinar y obtener copias, a su cargo, de los registros y documentos de la investigación fiscal y podrán examinar los de la investigación policial.

El fiscal podrá disponer que determinadas actuaciones, registros o documentos sean mantenidas en secreto respecto del imputado o de los demás intervinientes, cuando lo considere necesario para la eficacia de la investigación. En tal caso deberá identificar las piezas o actuaciones respectivas, de modo que no se vulnere la reserva y fijar un plazo no superior a cuarenta días para la mantención del secreto, el cual podrá ser ampliado por el mismo período, por una sola vez, con motivos fundados. Esta ampliación no será oponible ni al imputado ni a su defensa.

El imputado o cualquier otro interviniente podrá solicitar del juez de garantía que ponga término al secreto o que lo limite, en cuanto a su duración, a las piezas o actuaciones abarcadas por él, o a las personas a quienes afectare.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos anteriores, no se podrá decretar el secreto sobre la declaración del imputado o cualquier otra actuación en que hubiere intervenido o tenido derecho a intervenir, las actuaciones en las que participare el tribunal, ni los informes evacuados por peritos, respecto del propio imputado o de su defensor.

Los funcionarios que hubieren participado en la investigación y las demás personas que, por cualquier motivo, tuvieran conocimiento de las actuaciones de la investigación estarán obligados a guardar secreto respecto de ellas”.

Pues bien, con el mérito de la medida para mejor resolver decretada por el Tribunal, se pudo confirmar que [REDACTED] no es interviniente en los autos Rit 12529-2017 del 4° Juzgado de Garantía de Santiago, Ruc 1710058196-5. Del mismo modo, que el fiscal no ha dispuesto que determinadas actuaciones, registros o documentos sean mantenidas en secreto respecto del imputado o de los demás intervinientes.



«RIT»

Foja: 1

En consecuencia, como los dichos del testigo se basan en información que no debió estar a su alcance, por disposición legal, no serán tenidos en cuenta, por estar viciados.

VIGESIMO TERCERO: Que con la prueba rendida, después de valorada, se tienen por establecidos los siguientes hechos:

1.- Que [REDACTED] nació el 9 de marzo de 1983, siendo sus padres [REDACTED] y [REDACTED]. Consta igualmente que era hermana de [REDACTED] y [REDACTED].

2.- Que [REDACTED] contrajo matrimonio con [REDACTED] el 14 de marzo de 2015, siendo los padres de [REDACTED], nacido el 3 de septiembre de 2017.

3.- Que [REDACTED] fue atendida en Clínica las Condes “por visitas médicas” en distintos años entre 1984 y 2017, apareciendo que en 2006 habría manifestado -al menos- una crisis de pánico, que fue superando hacia el último control registrado, habiendo sido tratada con clonazepam, decidiendo el profesional a cargo -en la última visita médica- que mantuviera el cuadro farmacológico indicado por 18 meses, ya que en pocos días viajaría a Barcelona.

4.- Que de acuerdo a lo consignado en la ficha clínica y lo expresado por los médicos que intervinieron antes, durante y después del parto, la médico tratante de [REDACTED] fue la dra. [REDACTED], especialista en ginecología y obstetricia, quien tuvo un mayor contacto con la paciente, por haberla acompañado durante su embarazo. Siendo la especialidad señalada la única que se encuentra inscrita para esa profesional en el registro sanitario correspondiente.

5.- Que el 3 de septiembre de 2017 la paciente [REDACTED] ingresó al Servicio de Urgencias de Clínica Las Condes a las 08:38 horas, por un dolor pélvico, cuando cursaba un embarazo de 38 semanas y 6 días, habiendo sido hospitalizada en ese recinto el mismo día a las 10:23 horas. Se le diagnosticó subluxación de sínfisis (del pubis), tanto en el embarazo como en el parto y posterior puerperio.

6.- Que el mismo día, alrededor de las 22:00 horas, la paciente fue sometida a una cesárea, a cargo de la dra. [REDACTED], por cuanto la pubalgia no cedió con analgésicos. El procedimiento quirúrgico finalizó sin incidentes registrados.



«RIT»

Foja: 1

7.- Que en la cesárea se utilizaron medias antiembólicas, siendo su uso parte del protocolo de la Clínica, conforme se puede constatar en la ficha completa, especialmente en su página 3590, lo que ratifican los testigos [REDACTED] y [REDACTED], siendo necesario agregar que esta última también indicó que las medias que portaba la madre se mancharon de sangre durante la cirugía, por lo que se solicitó su cambio en la habitación, sin que exista información de que se haya cumplido con tal prescripción.

8.- Que el 5 de septiembre de 2017 a las 13:15 horas, la dra. [REDACTED] consigna por primera vez en la ficha clínica que la paciente tenía sensación de lipotimia al pararse, añadiendo que se encontraba emocionalmente inestable, impresión que renovó en su registro de las 16:19 horas, agregando que tenía una sensación de “apretar el pecho” y mucha taquicardia. La tratante también anotó un dato supuestamente aportado por familiares de la sra. [REDACTED], en términos que, antiguamente, habría sufrido de crisis de pánico, siguiendo un tratamiento, apuntando –conforme a la misma fuente- que hace años que no tenía de esas crisis.

La dra. [REDACTED] se decantó por el dato recibido de los familiares de la paciente, considerando que –a su juicio- no tenía factores de riesgo y que los malestares que evidenciaba eran casi todos emocionales.

No obstante, la paciente le negó haber sufrido crisis de pánico y no consta que la tratante haya revisado su ficha pretérita, en la que aparece que, efectivamente, varios años atrás, fue diagnosticada en tal sentido.

Así las cosas, la dra. [REDACTED] determinó como primera probabilidad la enfermedad psiquiátrica, según confesó ante el Tribunal.

9.- Que el mismo día, la dra. [REDACTED] realizó una interconsulta de ginecología y obstetricia a las 21:00 horas, dejando registro en la ficha clínica de los síntomas de la paciente, añadiendo que no presentaba signos de TVP (trombosis venosa profunda), así como de su impresión de que obstétricamente estaba normal. Sin perjuicio de lo anterior, dispone la realización de exámenes de laboratorio, como el “Dímero D”, por factor de riesgo (por ser puerpera), “Proteína C Reactiva” (PCR) y un electrocardiograma, además de una interconsulta a Cardiología, con el dr. Fernando Pineda, para conseguir todos los diagnósticos diferenciales que pudieran explicar la taquicardia.

El “Dímero D” arrojó niveles altos a las 21:12 horas, a saber: un 2,60 ug/ml, siendo el intervalo de referencia menor a 0,5. Mientras que la PCR registró a la



«RIT»

Foja: 1

misma hora un valor de 153,00 mg/L, siendo el intervalo de referencia menor a 10, hallazgos que fueron comentados por la dra. [REDACTED] con la dra. [REDACTED] y el dr. [REDACTED] quienes le señalaron que era normal en el puerperio. Lo anterior, de acuerdo a lo consignado en la ficha clínica, contrastado con los testimonios de los médicos involucrados, ya sea como absolventes o testigos.

10.- Que siempre el 5 de septiembre de 2017, pero a las 22:28 horas, después de las insistencias del padre de la sra. [REDACTED], se efectúa una interconsulta con el dr. [REDACTED], cardiólogo, interconsulta solicitada por la dra. [REDACTED], debiendo apuntarse que la dra. [REDACTED] no lo hizo antes, por haber quedado su teléfono sin batería, según explica.

El especialista revisó los exámenes requeridos por la dra. [REDACTED] y descartó una patología cardíaca, atribuyendo la taquicardia a una causa “extracardiaca”, indicando que desde el punto de vista cardiovascular no era necesario un estudio mayor, excluyendo asimismo un TEP (Tromboembolismo Pulmonar), a partir del cuadro clínico considerado.

11.- Que, pocos minutos después, a las 22:56 horas, la dra. [REDACTED] registró en la ficha clínica que la paciente tuvo un examen físico bueno y que no habían signos evidentes de complicación, escribiendo que su impresión era que la paciente estaba somatizando una patología psiquiátrica no resuelta, insistiendo con el diagnóstico de crisis de pánico, el que sería evaluado la mañana siguiente por un especialista.

12.- Que el 6 de septiembre de 2017, a las 10:08 horas, se realizó la interconsulta de psiquiatría, a cargo del dr. [REDACTED], quien indica que no fue posible en un primer momento sostener la entrevista, pues la paciente se encontraba disneica, taquicárdica y angustiada, por lo que obtuvo la historia de parte de sus familiares.

Luego que la Olanzapina –antipsicótico- recetada por el profesional le hiciera efecto, la paciente le indicó que su ansiedad había disminuido, manteniendo su preocupación por los síntomas que estaba experimentando.

13.- Que, el mismo día, a las 12:04, el dr. [REDACTED] evaluó a la paciente, consignando que presentaba disnea, trastorno de ansiedad descompensado y crisis de pánico, cuestionando la existencia de un trastorno de la personalidad. El galeno refiere en su “evolución clínica” que el descontrol es persistente, y la disnea y la taquicardia severas, por lo que el psiquiatra – telefónicamente- prescribe medicamentos.



«RIT»

Foja: 1

14.- Que a las 13:07 horas, la sra. [REDACTED] presenta un compromiso de consciencia y un paro cardiorrespiratorio, siendo atendida, en primera instancia, por el dr. [REDACTED] para luego quedar en manos del equipo de reanimación, por haber sido activado el código 99 (interno de emergencia).

15.- Que el mismo 6 de septiembre la paciente fue operada, mediante la implantación de un "ECMO: ECPR femoral" (oxigenación extracorporea), observándose un posible TEP. El registro lo realizaron los doctores [REDACTED] y [REDACTED], quien también indica que podría tratarse de un TEP masivo.

Consta que a las 16:13 horas se realizó una "Angio TAC Pulmonar" por [REDACTED], examen que confirmó un tromboembolismo pulmonar multisegmentario bilateral, con signos de sobrecarga ventricular derecha.

Luego de una interconsulta de cirugía de tórax realizada por el dr. [REDACTED], se indica que el TAC evidencia una imagen de condensación LID, sugerente de una neumonía aspirativa.

16.- Que con fecha 18 de septiembre de 2017 se registra la muerte cerebral de [REDACTED], que falleció dos días después, cuando tenía 34 años de edad, anotándose como causa del deceso: muerte cerebral / encefalopatía hipóxico isquémica / tromboembolia pulmonar.

17.- Que todo el proceso descrito, desde la internación de la sra. [REDACTED] en Clínica Las Condes para dar a luz a [REDACTED] hasta su muerte, ha dolido intensamente a quienes comparecen como demandantes, padecimiento que no ha sido remitido en su totalidad y que ha marcado las vidas de estas personas, en la creencia de que con otra atención, [REDACTED] podría estar viva.

VIGESIMO CUARTO: Que, adentrándonos en el caso y como punto de partida, se constata que ninguno de los especialistas que comparecieron en el juicio afirmó que el tromboembolismo pulmonar era imposible de prever, discrepando, más bien, en cuanto a la existencia o no de indicadores de la enfermedad.

Asimismo, que en todas las mujeres embarazadas hay riesgo de tromboembolismo, sin excepción. Así lo afirma el dr. [REDACTED], especialista en ginecología y obstetricia, presentado por Clínica Las Condes.



«RIT»

Foja: 1

Volviendo al tema de los indicadores, reveladores de la presencia del mal, algunos facultativos sostienen que la sra. [REDACTED] presentó una sintomatología inespecífica, como taquicardia y dificultades respiratorias, que pueden ser atribuidas a múltiples causas, y no necesariamente a un tromboembolismo como el que le quitó la vida.

Sin embargo, consta igualmente que por prescripción de la dra. [REDACTED] [REDACTED], se realizó un examen de laboratorio denominado “Dímero D”, que se usa para detectar si un paciente sufre de trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolia pulmonar (EP). En la especie, la orden se justificó en un factor de riesgo (por ser la paciente puérpera), con el propósito de conseguir todos los diagnósticos diferenciales que pudieran explicar la taquicardia, test que arrojó niveles altos, a saber: un 2,60 ug/ml, siendo el intervalo de referencia menor a 0,5. No obstante, la dra. [REDACTED] y el dr. [REDACTED] le señalaron –a la dra. [REDACTED]– que era normal en el puerperio.

Por último, se comprobó que la dra. [REDACTED] y el dr. [REDACTED] pusieron más atención en el estado de ansiedad y angustia que evidenciaba la madre, que en la búsqueda de otras explicaciones de la sintomatología que persistentemente estaba presentando, especialmente la taquicardia y una dificultad respiratoria, basándose la tratante en lo contado por los padres, en cuanto a que en el pasado su hija sufrió crisis de pánico, y en su propia apreciación, motivo por el que solicitó una interconsulta psiquiátrica, que no contribuyó al esclarecimiento de lo que estaba sufriendo la sra. [REDACTED].

VIGESIMO QUINTO: Que, por consiguiente, a partir de los presupuestos fácticos de que dan cuenta las probanzas analizadas, cabe deducir, al tenor de lo que disponen los artículos 426 del Código de Procedimiento Civil y 1712 del Código Civil, presunciones graves, precisas y concordantes, suficientes a juicio del Tribunal, para formar el convencimiento legal de que [REDACTED] presentaba indicadores o factores de riesgo mayor –incluso esperables– después de la cesárea, que debieron alertar a la tratante y demás galenos que intervinieron, entre éstos y de un modo particular, al dr. [REDACTED], en línea con lo avizorado por la dra. [REDACTED], que ordenó el “Dímero D”, test que tuvo por necesario en el entendimiento de que una paciente puérpera, por esa sola circunstancia, entraña un riesgo de tromboembolismo, y para buscar una explicación a la taquicardia.

De hecho, la dra. [REDACTED] declaró en el juicio que todas las pacientes embarazadas y puérperas tienen mayor riesgo de desarrollar un trombo, por los

«RIT»

Foja: 1

cambios fisiológicos que experimentan en dichos periodos, precisando que dentro de los tromboembolismos venosos se encuentra el TEP.

Así pues, la mirada del cuadro que estaba padeciendo la sra. [REDACTED] -por parte de la tratante y del cardiólogo demandado- fue superficial o ligera, porque los profesionales a cargo no exploraron más allá, aun cuando contaban con el dato de un “Dímero D” disparado, conformándose con su impresión de que se trataba de una paciente que estaba somatizando un problema psíquico o emocional. Es más, a esta altura parece evidente que no prestaron atención a las inquietudes manifestadas por la dra. [REDACTED] que ciertamente estuvo más cerca de acertar con el diagnóstico.

Dicho lo cual, no puede soslayarse la conclusión de [REDACTED] en su informe, reconocido en audiencia, por ser significativa, cuando indica que el aporte tardío y parcializado de información por parte de los padres, propició la investigación clínica hacia una línea investigativa de orden psiquiátrico, teoría que se sustentó sobre la base de un examen físico negativo para trombosis, asociado a ausencia de factores de riesgo adicionales para una enfermedad tromboembólica, lo que “sesgó” el juicio clínico, la certeza diagnóstica y la eficacia de las medidas terapéuticas, según señala.

En el fondo, el dr. [REDACTED] acusa una torcida interpretación de los hechos, intentando responsabilizar a los padres por la entrega de datos inexactos (en el plano psiquiátrico). Sin embargo, la justificación pretendida por el informante no se condice con el mérito de lo consignado en la ficha clínica, ni con lo esperable de los facultativos que atendieron a la sra. [REDACTED], particularmente los que fueron demandados en esta sede. En efecto, contando con antecedentes críticos y objetivos, simplemente se plegaron al discurso inicial de los padres, consistente en que [REDACTED] había sufrido –en el pasado- crisis de pánico, desatendiendo criterios generalmente aceptados, como aquel que reza que todas las pacientes embarazadas y púerperas tienen mayor riesgo de desarrollar un trombo.

Tal “sesgo” en el juicio clínico da cuenta de la superficialidad constatada más arriba. Incluso llama la atención que habiendo confiado desmedidamente en la tesis primera de los padres, los médicos no hayan abierto los ojos ante el clamor posterior de estas mismas personas, particularmente del padre, acorde a la sintomatología persistente de su hija, con taquicardia y dificultad respiratoria, además de una desesperación manifiesta, pero enteramente esperable en una paciente con tales trastornos de salud, que se encontraba al borde de la muerte.



«RIT»

Foja: 1

En suma, podría decirse que los padres de [REDACTED] detectaron *antes* la gravedad de la situación que estaba atravesando, cosa de la que no se convencieron los galenos hasta que, pocas horas después, presentó un compromiso de consciencia y un paro cardiorrespiratorio.

Por último, consta que la paciente usó medias antiembólicas –de compresión- durante la cesárea, y que se prescribió la continuidad de su usanza durante el puerperio. Así lo señalan las testigos [REDACTED] y [REDACTED], especialmente la última, quien precisó que las medias que portaba la madre se mancharon con sangre durante la cirugía, por lo que se solicitó su cambio en la habitación, sin que exista información de que se haya cumplido con tal disposición.

De cualquier manera, dicho antecedente es consistente con el riesgo cierto y efectivo de un tromboembolismo en el periodo posterior al parto, puesto que de otra manera no se hubiera mandado su cambio en la habitación, todo lo cual descubre un comportamiento errático al interior de un mismo nosocomio, puesto que algunos de sus profesionales dieron importancia al factor de riesgo (embarazo y puerperio), mientras que otros (desgraciadamente los que estaban a cargo) desestimaron toda influencia en el diagnóstico, pese a que contaban con datos claros y contundentes en sentido contrario.

VIGESIMO SEXTO: Que, en términos amplios, los autores sostienen que un médico debe responder cuando su conducta se califica de culpable. La culpa constituye un elemento esencial para que el médico quede obligado a indemnizar al paciente. Por eso es usual señalar que los galenos tienen “obligaciones de medios” y no de resultados, pues se comprometen hacer todo lo posible para lograr una curación, pero no aseguran un resultado específico. El médico se encuentra obligado a entregar al paciente o enfermo una prestación concienzuda, atenta y conforme a los conocimientos de la ciencia. Se le exige un comportamiento acorde a los conocimientos actuales de la ciencia (Carlos Pizarro Wilson. “Responsabilidad profesional médica. Diagnóstico y perspectivas”. Revista Médica de Chile).

VIGESIMO SEPTIMO: Que, en la especie, no cabe duda de que los médicos demandados no entregaron a la sra. [REDACTED] una prestación concienzuda, atenta y conforme a los conocimientos de la ciencia, conforme se ha venido razonando, máxime cuando se trata de *especialistas*, antecedente definitivamente esclarecedor de su negligencia, por lo que no cabe si no concluir que el proceder censurado por los demandantes resultó en buena medida



«RIT»

Foja: 1

acreditado, y con ello, que la prestación no se ajustó a la *lex artis*, esto es, al parámetro de comparación de la actividad desplegada por los médicos, caracterizada como una obligación de previsión, asistencia, diligencia, cuidado y garantía.

A mayor abundamiento, no pasa desapercibido que la angustia que exteriorizaba la paciente, que tanta importancia mereció a los médicos demandados para descartar otros males, casi acatando un dato pretérito proporcionado por los padres, fue otro motivo de alerta desatendido de la presencia de una trombosis venosa profunda. En efecto, en relación al cuadro clínico mencionado y de conformidad al artículo titulado “Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio. Enfoque de riesgo y diagnóstico”, acompañado al proceso, los autores sostienen que es típico de esta afección que la paciente refiera una intranquilidad inexplicable, reconociendo que otros opinan que se trata de un signo de museo, donde no se reconoce su causa, concluyendo que *“de todos modos deberá alertar al médico del cuadro morboso que se está presentado”*.

VIGESIMO OCTAVO: Que los hechos establecidos evidencian un fenómeno de “concausas”, vale decir, varias causas, asociadas a distintos agentes, que producen el efecto lesivo. Se trata de circunstancias que ocurrieron en el contexto del parto, especialmente después, que se encuentran interrelacionadas entre sí y que en su conjunto ocasionaron la muerte de la sra. [REDACTED]

En efecto, existe una conexión necesaria entre las decisiones médicas adoptadas y el fallecimiento de la paciente, como resultado de un conjunto de negligencias.

Cabe destacar que Clínica Las Condes también contribuyó al efecto lesivo, comoquiera que las prestaciones médicas fueron otorgadas en sus instalaciones, por especialistas con que esa entidad mantiene contratos, independiente de su naturaleza, por lo que su desempeño no puede serle indiferente. De hecho, varios galenos fueron los que intervinieron en el caso en estudio, consistente con la circunstancia de conformar dicho nosocomio una organización sanitaria, con reglas y protocolos.

El Tribunal, consciente de que la medicina no es una ciencia exacta, estima que las razones que hacen responsables a los facultativos demandados, son extensibles a la Clínica, entre otras cosas, por haberse acreditado la existencia de diferencias de apreciación, en su aproximación al caso, entre distintos médicos,



«RIT»

Foja: 1

habiéndose optado por el camino equivocado, que no era el aconsejado, de acuerdo a las alertas de tromboembolismo, correlativas a la intervención quirúrgica propiamente tal y la sintomatología.

Así, la dra. [REDACTED], para detectar si la paciente sufría de una trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolia pulmonar (EP), prescribió un examen de laboratorio denominado “Dímero D”, cuya necesidad justificó en la existencia de un factor de riesgo (por ser la paciente puérpera), con el propósito de conseguir todos los diagnósticos diferenciales que pudieran explicar la taquicardia, test que arrojó niveles altos, a saber: un 2,60 ug/ml, siendo el intervalo de referencia menor a 0,5. No obstante, la dra. [REDACTED] y el dr. [REDACTED] le señalaron – a la dra. [REDACTED] – que era normal en el puerperio.

En la misma línea, las testigos [REDACTED] y [REDACTED], especialmente la última, expusieron la necesidad de que la madre siguiera usando medias antiembólicas después de la cirugía, consistente con el factor de riesgo antes aludido, que fue desatendido por la tratante y por el cardiólogo demandado.

Por ende, no siendo la Clínica un ente aislado, sino que comprometido con la acertada prestación de los servicios médicos, debe responder, por no haber adoptado –a través de sus profesionales– las decisiones idóneas en el caso de la sra. [REDACTED] máxime cuando existieron diferencias entre sus facultativos, demostrando con ello una falta de atención y supervisión inexcusable, máxime cuando quienes acuden a ese centro asistencial y pagan por sus servicios, lo hacen en el convencimiento de que obtendrán una atención solícita y cuidadosa, esto es, de calidad superior.

En suma, no corresponde disociar el rol de la médico tratante de aquel que cumplió el dr. [REDACTED] y la propia Clínica, por tratarse a los ojos de la paciente y de su familia, en definitiva, de un equipo, habiendo actuado todos ellos negligentemente y, por tanto, responsables del cuasidelito civil.

Por estas razones, más allá de analizarse el caso con la óptica de la responsabilidad por el hecho propio o ajeno y conforme a todo lo ya tratado, debe atenderse y ponerse el foco en la figura del artículo 2317 del Código Civil, también invocada.

VIGESIMO NOVENO: Que, en cuanto a la alegación de existir dos contratos diferentes, uno con la Clínica y otro con los médicos, cabe reiterar lo ya planteado en el basamento precedente para desestimar tal defensa, máxime cuando consta en la documental rendida que los pagos se hicieron a Clínica Las



«RIT»

Foja: 1

Condes, y no separadamente. Así se desprende, por ejemplo, de los comprobantes de caja y de los resúmenes de bonificaciones acompañados en el escrito del folio N° 125.

Todavía más, si se considera el “cuadro de coberturas” incluido en las condiciones particulares de la póliza individual de seguro para prestaciones médicas de maternidad, Mamá Feliz II, contrato de seguro celebrado entre Seguros CLC S.A. y [REDACTED], aparece claramente que aborda desde la hospitalización hasta los gastos médicos, señalando como prestador a Clínica Las Condes, de lo que se sigue invariablemente que la paciente, cuando ingresó a ese centro asistencial, celebró un solo contrato y no dos o más, según los servicios prestados.

En estas condiciones, no corresponde distinguir en el plano de las ideas aquello que se presentó a la paciente –en la realidad- como una sola y misma cosa, esto es, una Clínica en donde sería atendida en el parto y puerperio, lo que incluye, lógicamente, las atenciones médicas.

TRIGESIMO: Que, en cuanto al postulado de haberse verificado en la especie un caso fortuito, esto es, el imprevisto a que no es posible resistir, el que constituye una causal de exoneración de responsabilidad por falta de antijuridicidad, o de culpa, o de nexo causal entre el hecho y el daño, pues suprime la voluntariedad del agente en el hecho, solo cabe decir que será rechazado, porque el daño se debió a la negligencia de las demandadas y no a una causa extraña a la voluntad de éstas.

TRIGESIMO PRIMERO: Que, determinado el hecho materia del reproche, en tanto y cuanto no encaminado conforme a la *lex artis*, corresponde analizar la efectividad del daño extrapatrimonial esgrimido, así como su relación con aquél.

TRIGESIMO SEGUNDO: Que, en materia de daño moral, entendido éste como la lesión de un interés extramatrimonial y personalísimo, es pertinente decir que los dolores que los demandantes han debido padecer y, en general, todas las alteraciones de su vida normal, producen un efecto en la esfera íntima de las víctimas, que atendido el principio de reparación integral del daño, debe ser satisfecho.

Nótese que [REDACTED] una mujer de 34 años, que concurrió a Clínica Las Condes para dar a luz a [REDACTED], sin antecedentes mórbidos de relevancia, salió muerta de ese lugar, que fue elegido por ella y su familia, no gratuito, por lo que no es aventurado pensar que estas personas depositaron su confianza en esa



«RIT»

Foja: 1

entidad y sus profesionales, consistentemente –además- con el prestigio y buen nombre de que goza.

La verdad es que no cuesta entender el dolor que sufrieron [REDACTED] y [REDACTED], sus padres, lo mismo que [REDACTED], su marido, y también [REDACTED] y [REDACTED], sus hermanos. El deceso intempestivo y absolutamente inesperado de [REDACTED] los ha golpeado duro, tal y como señalan [REDACTED] (psicoterapeuta), [REDACTED] (psicólogo) y [REDACTED] (compañera de labores de [REDACTED]), todos testigos de la parte demandante, que se refirieron con detenimiento a las secuelas soportadas por estas personas, así como a su proyección. Tanto así que la última de las mencionadas ha contado que la Universidad del Desarrollo –que era el lugar donde trabajaba- resolvió imprimir su legado en la “Beca [REDACTED]”, decisión de Rectoría que descubre, sin lugar a dudas, el impacto generado por su fallecimiento.

Si a esto se suma la creencia y sensación de que [REDACTED] de haber recibido una atención acertada y oportuna, podría estar viva, cosa que no se puede descartar, por ser una posibilidad cierta, se concluye que el dolor sufrido por estas personas y especialmente el desamparo materno que padecerá [REDACTED], de por vida, al ser despojado desgraciada e injustamente de su mamá en una etapa crucial para su desarrollo futuro, amerita, en Justicia, una satisfacción de reemplazo que se evaluará prudencialmente, por no poder hacerse de otra forma, ya que el sufrimiento de carácter espiritual, físico o psíquico que perjudica a una persona, no puede ser determinado por elementos estrictamente económicos.

Con todo, para determinar el quantum, se observa que la muerte puede ser tenida por el mayor de los males, y que el sufrimiento probado es de tal magnitud, que [REDACTED] –quien dice ser psicólogo y haber atendido a la familia- estima que ir a una Clínica por el nacimiento de un hijo, nieto o sobrino, y salir de ella con la muerte de la madre, psicológicamente sería uno de los traumas más difíciles que puede pasar una familia, con proyección –personal y grupal- hasta el fin de sus días.

Por tanto, en virtud de estas consideraciones y del grado bastante de la negligencia reportada y demostrada, las demandadas deberán pagar a las víctimas mediatas o por repercusión las siguientes indemnizaciones por concepto de daño moral: \$300.000.000 para [REDACTED] (hijo recién nacido de



«RIT»

Foja: 1

██████████); \$100.000.000 para ██████████ (viudo de ██████████
██████████); \$100.000.000 para ██████████ (madre de ██████████);
\$100.000.000 para ██████████ (padre de ██████████
\$20.000.000 ██████████ (hermana de ██████████); \$20.000.000 para
██████████ (hermana de ██████████); y \$20.000.000 para
██████████ (hermano de ██████████), más reajustes e
intereses corrientes, desde que esta sentencia resulte ejecutoriada.

TRIGESIMO TERCERO: Que las demandadas deberán concurrir al pago de estas indemnizaciones en forma solidaria, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 2317 del Código Civil, varias veces citado, por cuando el cuasidelito fue cometido por todas, por haber desplegado acciones o incurrido en omisiones que, en su conjunto, desencadenaron el fallecimiento de la paciente.

Esta conclusión se encuentra entrelazada con el fenómeno jurídico de las concausas abordado en esta sentencia.

De cualquier manera, esta solución se conforma con los caracteres esenciales de la solidaridad, a saber: unidad de la obligación, unidad de la prestación y pluralidad de sujetos pasivos.

TRIGESIMO CUARTO: Que, en cuanto a la demanda deducida por ██████████
██████████ y ██████████, como sucesores de ██████████, en
contra de Clínica Las Condes, ██████████ y ██████████
██████████ en sede contractual, será rechazada, toda vez que la pretensión –
una indemnización por daño moral- incide en un bien evidentemente
personalísimo y, por ende, se trata de una acción no transmisible.

En este sentido, el profesor Ramón Domínguez Águila ha señalado que:
“los derechos o bienes de la personalidad son por esencia unidos a su titular y, por lo mismo, intransmisibles y desaparecen con su titular. A ellos ha de aplicarse el principio actio personalis moritur cum persona. Los derechos extrapatrimoniales no quedan sujetos, en principio, a la devolución sucesorial. Concebir la transmisibilidad de la acción por daño moral implicaría aceptar que el interés a reparar sobrevive a su titular y pasa a los herederos, en una ampliación del principio de la continuación del causante por sus herederos que claramente va mucho más allá que su justificación” (Sobre la Transmisibilidad de la Acción por Daño moral, Revista Chilena del Derecho Vol. 31 N°3 pág. 493-513, año 2004).

TRIGESIMO QUINTO: Que la prueba no considerada especialmente en nada altera la decisión que se hará, por ser innecesaria, debiendo estarse las



«RIT»

Foja: 1

partes a las razones por las que se acogerá la acción interpuesta en sede aquiliana.

TRIGESIMO SEXTO: Que no se condenará en costas a las demandadas, por no haber sido totalmente vencidas.

Por estas consideraciones y visto además lo dispuesto en los artículos 45, 1437, 1698, 1699, 1700, 1702, 1706, 1712, 1713 y 2314 y siguientes del Código Civil; 144, 170, 342, 346, 358, 383, 384, 399 y 426 del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I. Que se rechazan las tachas respecto de los testigos [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la parte demandante.

II. Que se acogen las tachas respecto de los testigos [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la parte demandante.

III. Que se acogen las tachas respecto de los testigos [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la demandada Clínica Las Condes.

IV. Que se rechazan las tachas respecto del testigo [REDACTED], presentado por las demandadas Clínica Las Condes y [REDACTED].

V. Que se rechazan las tachas respecto de los testigos [REDACTED] y [REDACTED], presentados por la demandada [REDACTED].

VI. Que se acoge la demanda de lo principal del escrito correspondiente al folio N° 1 del proceso, solo en cuanto se condena a las demandadas -Clínica Las Condes S.A, [REDACTED] y [REDACTED]- a pagar solidariamente las siguientes indemnizaciones por concepto de daño moral: \$300.000.000 para [REDACTED]; \$100.000.000 para [REDACTED]; \$100.000.000 para [REDACTED]; \$100.000.000 para [REDACTED]; \$20.000.000 [REDACTED]; \$20.000.000 para [REDACTED]; y \$20.000.000 para [REDACTED], más reajustes e intereses.

VII. Que se rechaza la demanda del primer otrosí del mismo escrito.

VIII. Que no se condena en costas.



«RIT»

Foja: 1

Regístrese, notifíquese y oportunamente archívese.

Rol C-31.108-2018

**DICTADA POR DON MATIAS FRANULIC GOMEZ, JUEZ TITULAR DEL
VIGESIMO NOVENO JUZGADO CIVIL DE SANTIAGO.**

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Santiago, dieciocho de Marzo de dos mil veinte



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.

A contar del 08 de septiembre de 2019, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>