Foja: 1

FOJA: 1 .- .-

NOMENCLATURA

: 1. [40]Sentencia JUZGADO : 11º Juzgado Civil de Santiago

CAUSA ROL : C-6273-2018

CARATULADO : OLMOS/HOSPITAL SAN JOSE

Santiago, ocho de Octubre de dos mil diecinueve

Santiago

Vistos

Han comparecido Sergio Víctor Olmos Hernández y Sergio Andres y Eduardo, ambos Olmos Lontué, domiciliados en calle La Copa Nº 81, comuna de Lampa, calle Pardo Villalón N° 397, block 49, comuna de Lo Prado y Pasaje Puerto Cisne N° 3620, comuna de Conchalí y deducen demanda de indemnización de perjuicio en contra del Complejo Hospitalario San José, domiciliada en calle San José N° 1196, comuna de Independencia y solicita se le condene al pago de \$400.000.000, reajustes, intereses y costa.

Exponen que el día 12 de octubre de 2017, a las 21 horas falleció en dependencias del hospital demandado Mirta del Carmen Lontué Varela, quien era cónyuge y madre de los actores.

Agrega que Lontué Varela luego de 2 años de espera fue sometida a una cirugía programada de histerectomía total en razón de presentar un mioma en el útero, además de presentar anemia severa. Señala que la cirugía fue practicada con anestesia raquídea, la cual habría sido insuficiente, toda vez que la paciente sitió fuertes dolores mientras la operaba, por lo que el equipo médico, en conjunto con el anestesista Raúl Venegas, deciden aplicarle anestesia de carácter general, procedimiento que no es frecuente en este tipo de cirugías, utilizando drogas relajantes musculares.



#### Foja: 1

Señala que al terminar la cirugía la paciente sufrió un paro cardio-respiratorio por lo que se le debieron realizar maniobras de reanimación, máscara de oxígeno y cánula bucofaríngea, siendo muy difícil la ventilación en razón de que la paciente presentaba una malformación cráneo encefálica, decidiéndose por el entubamiento endotraqueal, lo cual se hizo muy dificultoso justamente por la condición física, lo que motivó la solicitud de un video laringoscopio que se encontraba en pre-partos.

Producto de todo esto es que la paciente Lontué sufrió daño neurológico severo, denominado encefalopatía hipoxica isquémica, quedando en estado vegetal.

La circunstancia antes señalada fue informada a la familia lo que generó desazón y angustia, pues se trataba de una simple operación rutinaria, rompiendo además el bienestar, tranquilidad y unión familiar, a lo que se suma la afección económica desde que se les priva de la función de una madre.

Afirman que la situación generada por el mal funcionamiento del órgano del Estado es catastrófico y devastador, afectándose al cónyuge, los hijos y los nietos, quienes se vieron obligados a vivir con un ser querido postrada y en estado vegetal.

Exponen que la negligencia está en que al haber constatado la malformación craneal, denominada micrognalia y retrognatia, que podía haber sido adverso para el acto anestésico debieron haber realizado previamente los exámenes correspondientes ara prever una muy desafortunada situación y contar con un plan anestésico de vía aérea difícil, como por ejemplo haber contado con un video laringoscopio, lo que habría facilitado una mayor visualización de la glotis y con ello permitir la introducción del tubo traqueal.

Reseñan que la paciente Lontué era una mujer fuerte y el centro de la familia por lo que su angustia aumentó al verla postrada.

Agregan, luego de transcribir el informe del anestesista Venegas que hay responsabilidad producto de una negligencia del médico anestesista, sumado a una excesiva confianza por parte del personal médico.



# Foja: 1

En cuanto al derecho cita e invoca los artículos 4 y 42 de la Ley N° 18.575, 6, 7 y 30 de la Constitución Política de la República y 38 de las Ley N° 19.966 que permiten construir lo que se denomina falta de servicio del Estado y que en el ámbito médico se traduce en un deficiente o mal funcionamiento del servicio y que en el caso de autos fue una mala praxis médica del anestesista Venegas.

Posteriormente transcribe una sentencia de la Corte Suprema, invoca el artículo 2329 del Código Civil y señala que la culpa es singularizada como una falta, como un defecto, una desatención o descuido y que en el caso de autos se evidencia a través de la falta de previsión de un acontecimiento, o una falta de observancia de la conducta necesaria para evitar las consecuencias de un acontecimiento previsible; se trata de culpa en una omisión.

Posteriormente se señala que la entidad demandada es plenamente capaz de cometer un ilícito, que lo ha hecho según lo descrito y que ello ha generado daño moral que lo cuantifica en \$200.000.000 respecto del cónyuge sobreviviente y \$100.000.000 para cada uno de los hijos.

En cuanto a la antijuridicidad señala que es manifiesta en los hechos reseñados y respecto de la causalidad se expone que se realizó un procedimiento operatorio deficiente que terminó la señora Lontué en estado vegetativo

Pide en consecuencia lo ya reseñado.

Al comparecer el Hospital San José lo hace representado por el Consejo de Defensa del Estado y pide se desestime la acción en todas sus partes, con costas.

Explica, como cuestión previa, que conforme el artículo 38 de la Ley N° 19.966 es el particular quien debe acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediante dicha falta de servicio, debiéndose tener presente, además, lo establecido en el artículo 41 en relación a la determinación del daño moral.

En cuanto al fondo del asunto se explica que el análisis objetivo de la conducta desplegada por el centro hospitalario permite descartar toda imputación de falta de servicio, pues se actuó adecuadamente en relación a los antecedentes médicos de la



Foja: 1

patología.

Agrega que se trataba de una mujer de 45 años, multípara de 2 partos normales, con antecedentes de colecistectomía, sin patología asociada y que presentaba alteración de sus flujos rojos. Las evaluaciones ginecológicas confirmaron un mioma uterino, comparable a un embarazo de 18 semanas, asociado a una anemia secundaria importante, lo que generó la obligación de una cirugía, la que en principio se dispuso para el mes de marzo de 2014, sin que se desarrollada sino hasta el 14 de abril de 2014, ingresando a pabellón a las 11:30 horas a fin de desarrollar una histerectomía total, la que se realiza con anestesia regional, pero durante la operación se pudo establecer que aquella no fue suficiente y se decide complementar con anestesia general, generándose una dificultad en la maniobra de intubación dada la presencia de características anatómicas cráneo-faciales adversas. La paciente presenta ventilación defectuosa que termina en un paro respiratorio, lo que constituye una situación totalmente imprevisible e inesperada, debiendo desarrollarse maniobras prolongadas tendientes a la reanimación de la paciente, al que luego presenta compromiso de conciencia, estableciéndose el diagnóstico de estado vegetativo.

Posteriormente se le mantiene en dependencias del hospital hasta el momento en que fallece el año 2017.

En definitiva se trata de una paciente con un gran mioma uterino con indicación quirúrgica obligatoria que presenta complicación anestésica intraoperatoria que obliga a complementar anestesia regional con anestesia general, que culmina con un paro respiratorio, del que se recupera después de múltiples maniobras, quedando en estado vegetativo persistente hasta su fallecimiento.

Dicho anterior asevera no ha existido ni una acción u omisión que pueda se imputada a su parte como causante del daño, a lo que agrega que los hechos dan cuenta de una falta de relación causal que impide acoger la demanda. Agrega que lo ocurrido fue una situación imprevisible y sin posibilidades de recuperación.



# Foja: 1

Respecto a la lex artis expone que no ha existido infracción alguna, a lo que añade que el deber deontológico del médico es ejercer la profesión con la pericia y conocimientos que su arte requiere, en dichas circunstancias sólo la impericia o negligencia implica la existencia de culpa, puesto que los profesionales médicos no pueden prometer el resultado anhelado pues éste dependerá de factores imponderables.

Respecto de lo pedido es que solicita el rechazo de las indemnizaciones solicitadas y en subsidio pide se rebaje la pretensión pecuniaria en base a lo establecido en el artículo 41 ya invocado y en cualquier caso sin reajustes, intereses y costas.

Se recibió la causa a prueba, rindiéndose la que consta en autos, para en su oportunidad citarse a las partes a oír sentencia.

### Con lo relacionado y considerando:

**Primero:** Han comparecido Sergio Víctor Olmos Hernández y Sergio Andres y Eduardo, ambos Olmos Lontué y deducen demanda de indemnización de perjuicio en contra del Complejo Hospitalario San José solicitando se le condene al pago de \$400.000.000, reajustes, intereses y costa, pretensión que se funda en los antecedentes de hecho y derecho que ya fueran reseñadas en la parte expositiva de la presente sentencia.

**Segundo:** Al comparecer el Hospital San José lo hace representado por el Consejo de Defensa del Estado y pide se desestime la acción en todas sus partes, con costas, y lo hace en base a las alegaciones que ya fueran expuestas en la primera parte de esta sentencia.

**Tercero:** De lo expuesto por las partes en sus escritos principales es posible dejar asentado que no existe controversia acerca de los siguientes hechos:

- Que Mirta del Carmen Lontué Varela presentaba, desde el año 2012, un diagnóstico de mioma uterino que obligaba a operarla.
- El día 14 de abril de 2014, aproximadamente a las 11:30 horas, Lontué Varela ingresa a pabellón de ginecología en maternidad del Complejo Hospitalario San José para la práctica de una histerectomía total.



#### Foja: 1

- 3. Haberse desarrollado la cirugía con anestesia regional, la que fue suplementada con anestesia general.
- 4. Una vez aplicada la anestesia general Lontué Varela presenta ventilación defectuosa que termina con un paro respiratorio, desarrollándose prácticas de reanimación, las que se vieron dificultadas dada la presencia de características anatómicas cráneo-faciales adversas que presentaba la paciente.
- 5. Luego de las maniobras de reanimación la paciente es recuperada y se le diagnostica estado vegetativo persistente, sin posibilidad de recuperación.
- 6. Lontué Varela fallece el día 12 de octubre de 2017.

Cuarto: La atenta lectura de la demanda permite precisar que los actores no formulan reproche alguno en el ámbito de la cirugía relativa a la histerectomía, centrando la controversia en el ámbito de la anestesia, cuestión que se constata en el párrafo tercero de la página 8 de la demanda en donde se señala "En el caso sub lite, la falta de servicio lo realiza el servicio Hospitalario San José, en consideración al actuar defectuoso y la mala praxis médica que se verifica en el accionar de sus agentes como es el médico anestesista don Raúl Venegas Bustos, quien realizó un procedimiento médico inadecuado y perjudicial para la salud de la madre y cónyuge, respectivamente, de nuestros representados, como se ha relatado en los hechos de esta demanda".

**Quinto:** A los efectos reseñados y conforme lo establecen los artículos 1698 y 38 de la Ley 19.966, normas del todo concordante dada la estructura subjetiva de la responsabilidad del Estado, dado lo establecido en el artículo 44 de las Ley N° 18.575, la parte demandante rindió la siguiente prueba:

a. Ficha médica de la paciente Lontué Varela en la que consta el documento denominado "Formulario de Evaluación Preanestésica", Hospital San José, en donde se constata como antecedentes mórbidos una cirugía previa de colecistectomía, consumidora de 2 cigarrillos diarios, anemia y metrorragia. En lo relativo al "Pronóstico Vía Aérea Difícil" se registra positivo y se señala "micrognatia más retrognatia, mallanpatia IV", anestesia (ilegible)".



Foja: 1

- b. Protocolo operatorio código 67204 en que consta inicio de cirugía 11:45, fin de la misma 12:45, fin anestesia 13:57, equipo médico: Cirujano Paula Borda, Primer Ayudante Sergio Ureta y Anestesista Raúl Venegas. Se observa que la paciente sale de pabellón intubada a TAC de cerebro. Además se registra, en lo pertinente, "(...) se extirpa en un primer tiempo sólo cuerpo uterino por técnica dificultosa, paciente con dolor, se convierte anestesia general. Se extirpa cuello uterino. Ambos anexos con presencia de endometriosis, con sangrado abundante por lo que se ligan ligamentos infundíbulo pélvicos y se extirpan ambos anexos, los que se envían a estudio anatomopatológico diferido. Paciente con sobredistención importante y progresiva de asas intestinales. Se comunica a anestesista. Se cuera cúpula con puntos separados de cicryl 1 (...) Durante el término de cirugía (cierre de piel) paciente hipotensa y bradicárdica. Realiza Paro Cardio Respiratorio. Manejo por Anestesista. Se comunica a Unidad de Paciente Crítico y Neurología quien solita TAC de Cerebro para re-evaluar paciente. Paciente sale del pabellón para TAC de cerebro urgente".
- c. Informe emitido por el Servicio de Anestesia, suscrito por Raúl Venegas, en que se lee "Previo a la cirugía presenta período de metrorragia que la llevaron a una Anemia importante. Para mejorar la anemia el día antes se transfundieron 2 unidades de Glóbulos Rojos. Quedando con Hn=8.7.

El día lunes 14-04-14 encuentro una paciente de estatura baja 1.45 metros y peso 45 kilos. Llama la atención su conformación cráneo-facial micrognatia más retrognatia.

Se decide anestesia raquídea lo que se realiza a las 11:35 hrs. sin problemas iniciándose la cirugía a las 11:45 transcurriendo sin mayor problema hasta las 12:15 horas. en que presentó dolor que dificulta la continuación normal de la cirugía.

A las 12:15 hrs. se inyectó un analgésico llamado Ketamina 100 mg. lo que constituye una acción frecuente cuando se produce que la anestesia raquídea es insuficiente y como continúa con dolor se agregan 100 mg de Ketamina y midazolam 2mg. EV, posteriormente se produce bradicardia e hipotensión



Foja: 1

importante. Se ventiló con máscara de oxígeno y cánula bucofaríngea, siendo muy difícil la ventilación, por la malformación cráneo facial de la paciente, se decide la intubación endotraqueal para una mejor ventilación de la paciente, previo a esto se inyecta Rocuronio 15 mg. EV. Constatándose una laringoscopia 4. Lo que significa que sólo se visualiza el fondo del paladar y no la glotis que es lo importante para la intubación endotraqueal. Con maniobras especiales se logra visualizar algo de epiglotis y con conductor se pasa tubo endotraqueal N° 7 comprobándose posición del tubo en tráquea y conectándose a la máquina de anestesia para ventilación mecánica. Persistiendo la Hipotensión y braquicardia, se inyecta atropina 1 mg. EV. y Efidrina 12 mg. Las que se vuelven a repetir sin respuestas, por lo cual solicito ayuda al anestesista de turno Dr. Marcelo Lazo, quien acude en forma inmediata, el Dr. Lazo verificando que la capnografía es baja supone una obstrucción del tubo endotraqueal por acodadura o tapón de secreciones, decidiendo retirar dicho tubo y reentubar. El mencionado Dr. Lazo corrobora la dificultad de visualizar la glotis por la micrognatia y retrognatia, no logrando ser entubada con técnica clásica y se procede a la ventilación con máscara laríngea. En el intertanto se solicita al Pabellón Central el Video laringoscopio con el cual y con mucha dificultad se logra visualizar la epiglotis y con conductor se pasa tubo endotraqueal, obteniéndose una buena ventilación.

A las 12:35 se constata ausencia de pulso iniciándose maniobras de resucitación, que consiste en masaje cardiaco externo y ventilación con oxígeno 100%. Se inyecto endovenoso adrenalina 1 mg por 2 veces, y atropina 1 mg. por 2 veces, apareciendo pulso y presión a las 12:45 hrs. presión arterial 140/90, y pulso 140'. A esta misma hora se produce el término de la cirugía y se pide interconsulta a médico intensivista y neurólogo para evaluación y posible traslado a la UCI, los que solicitan escáner cerebral para tomar una conducta, la paciente sale del pabellón a las 13:58 hrs. con destino a imagenología para realizarse TAC. Una vez realizado este no logra mostrar mayores alteraciones quedando la paciente hospitalizada en Recuperación del Pabellón Central, conectada a ventilación mecánica y en espera de ser trasladada a la UCI, el que se realiza en horas de la tarde.



Foja: 1

En opinión del neurólogo al ser vista en el pabellón de maternidad pensó que podría tratarse a una reacción adversa a drogas, ya que presentaba una fina fasciculación de párpado y barbilla.

CONCLUSIÓN: analizando el caso con el Dr. Lazo pensamos que la paciente presentó primariamente una reacción adversa al anestésico llamado Ketamina, lo cual único a una dificultad importante para la ventilación pulmonar por la malformación cráneo facial lo que asociado a la anemia condicionó el paro cardiaco que la llevó a su estado actual".

- d. Informe Clínico emitido por el médico Cayetano Napolitano, Unidad de Ginecología, en que se lee, en lo pertinente, "Ingresa al pabellón de ginecología en maternidad alrededor de las 11:30 para practicar su cirugía programada como histerectomía total la cual se inicia con una anestesia regional demorando el acto quirúrgico alrededor de una hora según protocolo: 1. Dra. Paula Borda Silva. 2 Dr. Sergio Ureta Barra. Anestesista Dr. Raúl Venegas Bustos. El acto quirúrgico no tuvo incidente de significación salvo resistencia muscular y aumento de la presión intra abdominal de la paciente por lo que el equipo en conjunto con el anestesista deciden convertir la anestesia en anestesia general para lo cual utilizan drogas relajantes musculares siendo la intubación muy dificultosa con un tiempo de ventilación defectuosa de 7 a 10 minutos hasta la entubación endotraqueal definitiva (ver informe del servicio de anestesia en ficha clínica). Resalta en este informe la presencia de características anatómicas craneofaciales de la paciente adversas para el acto anestésico. La paciente luego de maniobras prolongadas de reanimación es recuperada ingresando ese mismo día a la UCI con diagnóstico de: Post operatorio reciente de histerectomía total. Paro respiratorio recuperado"
- e. Registro Ingreso UTI, 20 de mayo de 2014, proveniente de recuperación maternidad, en que se lee, en lo pertinente, "Al término de la cirugía (cierre de pared), paciente presentó bradicardia e hipotensión severa, PCR, el cual se manejó mediante maniobras de RCP avanza (además de realizar re-intubación, en vía aérea de difícil acceso (por edema e hipertrofia de tejidos faríngeos y peri glóticos). Luego de aproximadamente 7 minutos, se logró recuperación de pulso,



- Foja: 1
  - requiriendo de apoyo ventilatorio mecánico. Además se solicitó evaluación por neurología, ya que paciente persiste con compromiso de conciencia luego de la reanimación. Se ingresó a UCI para apoyo con ventilación mecánica invasiva, monitoreo hemodinámico, neuroprotección, y evaluación de condición neurológica. En UCI fue evaluado por neurología, encontrándose Encefalopatía isquémica con factores del mal pronóstico (...)".
  - f. Documento denominado "Matriz de Análisis de Eventos Centinelas (CAUSA-RAIZ), de 17 de abril de 2014, emitido por la Jefa de la Unidad de Gestión de Calidad, del Complejo Hospitalario San José, que señala, en lo pertinente, que el evento es anestésico, que ocurre en forma intraoperatoria al pasar de anestesia regional a general. En la descripción se señala "Registros: En ficha clínica se chequea completitud de registros mínimos, según protocolo: a) pausa de seguridad realizada; b) Recuento de gasas, compresas e instrumental realizada; c) Registro de material estéril ok; d) No se registra evaluación pre anestésica antes de la cirugía; e) Consentimiento informado completo; f) Evaluación de riesgo de ETE completa: paciente de alto riesgo; g) Registro de anestesia regional que indica en observaciones la realización del masaje cardiaco; h) Registro de profilaxis AB: cefazolina 1 g EV; (...)". Bajo el acápite denominado "Lluvia de ideas en relación a las causas" se lee "factores técnicos, ¿Qué etapas del proceso no se hicieron de acuerdo a la norma? Evaluación pre anestésica no realizada"; factores humanos, ¿Qué factores humanos contribuyeron al resultado? Exceso de turnos, disminución estado de alerta por cansancio; factores de la organización, ¿Qué factores organizacionales afectaron de m anera directa o indirecta?, implementar equipos de anestesistas completos en pabellones de maternidad; otros factores, ¿Qué otros factores organizacionales afectaron de manera directa o indirecta en la ocurrencia del evento? Excesiva confianza en procedimiento de rutina".
  - g. Informe emitido por el Departamento de Responsabilidad Médica del Servicio Médico Legal, de 24 de mayo de 2016, en el que se señala "Es una situación de Vía Aérea difícil anticipada como la descrita, se debe contar con una Plan Anestésico de Vía Aérea Difícil, que incluya opiniones de expertos, presencia de 1,



Foja: 1

2 o más operadores anestesiólogos, u otorrinolaringólogos o cirujanos con privilegios en el manejo de vías áreas críticas. Debe haber un algoritmo claro de manejo. Debe contarse con fibrobroncoscopio flexible o video laringoscopio. Además dispositivos supraglóticos de 2ª generación, tubos traqueales de distintos diámetros. La máscara laríngea es un dispositivo que se ubica sobre la glotis del paciente, sobre las cuerdas vocales subyacentes, que amoldado con aire (se infla como un globo) se amolda al paladar del paciente u permite VENTILAR y OXIGENAR a un paciente. Forma parte del algoritmo de vía aérea difícil de distintas asociaciones anestesiológicas del mundo y permite un uso de rescate en situaciones de vía aérea difícil. Un videolaringoscopio es un instrumento con forma de laringoscopio, pero que en su extremo distal está iluminado por un cable de fibra óptica. Esto permite una visualización de mejor imagen de la glotis y sus componentes adyacentes. Permite ver la pasada del tubo traqueal por las cuerdas vocales adyacentes. Permite ver la pasada del tubo traqueal para asegurar la captura de la vía aérea. Ambos forman parte de los algoritmos de vía aérea difícil y deben ser utilizados como 1ª sección en Intubación difícil anticipada, o como parte de rescate en condiciones de No puedo intubar – No puedo Ventilar, que deben ser declaradas por el anestesiólogo operador. Existen varias clasificaciones de vía aérea. Debe ser consignado su grado de dificultad en la evaluación pre anestésica y en los casos de complejidad revelada por este examen clínico y su homologación a la vía aérea observada en el paciente, determinar un plan anestésico distinto. Las más utilizada es la Clasificación de Mallampati (...) Rocuronio es un fármaco bloqueador neuromuscular que relaja los músculos esqueléticos, permitiendo la visualización de las estructuras glóticas, la ventilación manual y mecánica del paciente y el avance de un tubo traqueal al sistema respiratorio del paciente. Para una dosis de 15 ml (5mg/ml) disolución estándar, como la descrita por Ud., es necesario un paciente de 150 Kg de peso. Para revertir su efecto, se debe contar con un monitor de la función neuromuscular (estimulador de nervio periférico, TOF Watch, etc) que informan de la profundidad del bloqueo neuromuscular y de drogas que antagonicen su efecto como neostigmina o idealmente sugammadex".



Foja: 1

h. Copia del sumario administrativo desarrollado a fin de establecer las eventuales responsabilidades en relación a evento centinela de anestesia sufrido por la paciente Lontué, el que finaliza con resolución del mes de octubre de 2014 en la que se señala, en sus considerandos y conclusiones "Que el presente sumario se establece en consecuencia a las declaraciones consignadas y al material que se recoge de la ficha médica, se cumple con los protocolos exigidos de seguridad de atención, en paciente que será sometido a intervención quirúrgica. Consta en ficha médica visita pre anestésica, protocolo de cirugía segura en pabellones, profilaxis tromboembólica y consentimiento informado. Que se toma declaración a los 4 profesionales, médicos que dieron atención a la paciente, coincidiendo las respuestas en los puntos más importantes que se considera pudieron haber sido causales del evento centinela. Que todos coinciden que la anemia que presentaba la paciente es lo que determina la necesidad de cirugía. La maneta de proceder realizando transfusión antes de la cirugía y el ingreso de las pacientes a pabellón con anemia concomitantes es habitual en este tipo de cirugía. No es considerada por ninguno de los interrogados como causa desencadenante del evento. Que la paciente era una mujer sana y no presentaba criterios de riesgo asociados que la categorizara de manera especial. Que la aparición del quejido fue la razón de aumentar la analgesia en esta paciente. Que la conversión de cirugía regional a generalizada no es habitual, pero se presenta en algunas ocasiones. En esta paciente la razón fue la respuesta adversa que presentó después del aumento de la analgesia. Que la conversión de cirugía regional a generalizada no es habitual, pero se presenta en algunas ocasiones. En esta paciente la razón fue la respuesta adversa que presentó después del aumento de la analgesia. Que con todos los antecedentes y analizando las declaraciones más el material de apoyo adjuntado, no es posible adjudicar responsabilidades particulares en el caso de la Sra. Mirta Lontué Varela. Propone: Propone respetuosamente al señor Director Dr. José Cancino Villegas, salvo su superior resolución el sobreseimiento del presente Sumario Administrativo, por no poder adjudicar responsabilidades administrativas en los hechos investigados.



### Foja: 1

- i. Resolución Exenta N° 6289, de 22 de octubre de 2014, por el Director (s) del Complejo Hospitalario San José, José Cancino, en que resuelve: "SOBRESÉASE el presente Sumario Administrativo ordenado instruir por Resolución Exenta N° 2489 de fecha 05 de mayo de 2014, por no haberse acreditado la existencia de responsabilidades administrativas comprometidas en los hechos investigados".
- j. Dichos de Venegas Bustos, médico anestesiólogo, quien expresa que la paciente tenía 44 años, se le practicaría una histerectomía, que el día anterior a la intervención había recibido 2 unidades de glóbulos rojos como transfusión, para enfrentar en mejores condiciones dicha intervención, en la cual tiene bastante práctica, no demorándose la misma más allá de una hora, por lo que el servicio opta por dar una anestesia regional, la que da una buena relajación muscular, además de ser, la mayoría de las veces inocua en comparación con la general. Agrega que realizo la punción raquídea, logrado una excelente analgesia para la paciente y relajo muscular, pudiendo ser intervenida en aproximadamente 30 minutos de intervención y cuando los cirujanos se disponían a practicar el cierre de la operación, la paciente manifiesta dolor para practicar dicho cierre. En esas circunstancias decide suplementar con analgesia para que pueda ser terminada en forma correcta la intervención, eligiendo el analgésico Ketamina, inyectando en forma endovenosa 100 mg y se esperan dos minutos luego de lo cual y por la respuesta no satisfactoria, es que suplementa con 100 mg más de ketamina, con lo cual logra una buena analgesia, que permite practicar el cierre de la intervención, pero en el intertanto la paciente presenta una reacción alérgica violenta al medicamento ketamina, que se caracteriza por hipotensión arterial, bradicardia y gran edema de glotis, con lo cual se dificulta la ventilación en forma manual de la paciente, decidiendo practicar una intubación endotraqueal que facilite la ventilación de la paciente. Reseña que trata de reanimar a la paciente, para sacarla del shock, y en el momento de tratar de intubar se dan cuenta de la dificultad para hacerlo, por su problema de deformación cráneo facial que presentaba, que se caracterizaba por una micrignatia y retrognatia, lo cual es imposible poder darse cuenta antes, al momento de realizarse la intubación endotraqueal, pues para que ese problema se evidencie se necesita que la



Foja: 1

paciente esté dormida, relajada y se pueda practicar la laringoscopía, que va a visualizar la glotis de la paciente y permitir la intubación. Agrega que dada la dificultad, en la intubación, solicitó ayuda de un segundo anestesista, como normalmente ha sugerido la técnica, tiempo en el cual se le ventilaba en forma manual, con 100% de oxígeno y máscara laríngea. El segundo anestesista solicita a pabellón central que bajen el único instrumento llamado video laringoscopio que existe en el Hospital. Una vez llegado el instrumento se reinicia el intento de intubación, siendo aún dificultoso la visualización de parte de la glotis con dicho instrumento; pero finalmente se logra una intubación endotraqueal con un tubo N° 7 y con ello logrando una buena ventilación y oxigenación. Agrega que por el tubo endotraqueal se aspira gran cantidad de secreciones muy espesas. Una vez lograda una buena ventilación nuevamente se produce bradicardia seguida de un paro cardio respiratorio del cual la paciente se recupera mediante técnicas habituales, luego es trasladada al servicio de recuperación para mantenerla ventilada. Precisa que una hora antes de la intervención realizó la evaluación pre anestésica y en ella la paciente refirió haber recibido anestesia general en razón de haberse practicado colecistectomía. En ese momento consigna que la paciente presenta una deformidad cráneo facial, caracterizada por micrognatia y retrognatia, lo que sumado a la cirugía que se practicaría hizo que se utilizara anestesia regional, suplementando con oxígeno brindado por mascarilla facial, pero lamentablemente la paciente tuvo una reacción más corta de lo habitual, por lo que fue necesario suplementar con una dosis analgésica, agregando que en menos del 1% de los pacientes sometidos a anestesia raquídea es necesario suplementar con ketamina, siendo una droga bastante segura y que no presenta depresión respiratoria. Añade el testigo que tiene una experiencia de 30 años, que ha enfrentado circunstancias similares sin complicaciones. En lo que dice relación con la ketamina reitera que es un medicamento seguro y que la paciente resultó ser alérgica, lo cual no es posible de ser conocido previamente, shock anafiláctico que fue el causante del paro cardiorespiratorio. Responde que la presencia del video laringoscopio no afecta en gran medida a los resultados del proceso, ya que finalmente todo partió de un shock anafiláctico, por tanto la precocidad de haber



Foja: 1

contado con ese instrumento no hubiese mejorado la situación, por lo demás, agrega que el diagnóstico fue de inmediato por médicos expertos y difícilmente podría haberse tenido un mejor resultado. Respecto de la ketamina señala que fue administrada en los rangos permitidos para una persona del peso de la paciente. Afirma que no hubo intubación esofágica ya que después de intubar por vía endotraqueal se comprueba que se encontraba en la tráquea de la paciente. Respecto del examen que realizó a la paciente señala que observó una dificultad para practicar la intubación y era grados 4, que importa que sólo se visualizaba el fondo del paladar y ello recomendaba anestesia regional. Adiciona que actualmente existe un protocolo para manejo de vía aérea difícil, pero éste no existía el 2014.

- k. Expresiones de Sergio Ureta, médico cirujano ginecológico, quien señala que operó con Paula Borda, quien estaba haciendo la especialidad de ginecología y obstetricia, y cuando se encontraban cerrando la pared se presenta una distensión, que generalmente corresponde a molestias dolorosas, por lo que se solicita al anestesista que le administre una sedación analgésica para completar la cirugía, lo cual se produce y terminan la operación, momento en el cual se enteran que la paciente había hecho un paro cardiorrespiratorio. Afirma que el tener que complementar la anestesia raquídea es muy excepcional, lo mismo que las reacciones adversas a la misma.
- En los mismos términos se expresa Paula Borda quien a la época era becada de la especialidad de ginecología y obstetricia en el Hospital San José.

**Sexto:** La prueba referida en el motivo precedente autoriza a la luz de la precisión formulada en el motivo cuarto de la presente sentencia, permite asentar que la paciente Lontué Varela presentaba una condición craneal denominada micrognatia y retrognatia, grado IV, lo que era de conocimiento del médico anestesista (ficha clínica/declaración de Venegas).

Sobre esta condición cráneo facial el documento denominado "Matriz de Análisis de Eventos Centinelas (CAUSA-RAIZ)" asienta, como ya se señaló, que "no se registra evaluación pre anestésica antes de la cirugía", aseveración que se encuentra contradicha



Foja: 1

con la declaración de Venegas -quien refirió haberla realizado- y la constancia en el "Formulario de Evaluación Pre anestésica".

La existencia de micrognatia y retrognatia en la paciente Lontué Varela determinaba que se estaba frente a una situación de vía aérea difícil (Informe del Servicio Médico Legal) y por ende se debía contar con un "Plan Anestésico de Vía Aérea Difícil", plan que "incluya opiniones de expertos, presencia de 1, 2 o más operadores anestesiólogos, u otorrinolaringólogos o cirujanos con privilegios en el manejo de vía aérea crítica" (Informe Servicio Médico Legal).

Respecto de este aspecto preparatorio Venegas respondiendo acerca de la existencia de un protocolo para intervenir quirúrgicamente a personas que presentaban una vía aérea difícil contesta que "Actualmente sí existe, pero en el año 2014, cuando ocurrieron los hechos, no había protocolo" y agrega que ese protocolo dice que "habiendo vía aérea difícil, y existiendo la posibilidad de anestesia general, se debe contar con los elementos que faciliten la intubación vía traqueal. En la actualidad se requiere contar con tubos endotraqueales de distinta forma, conductor de tubo endotraqueal, y en lo posible, un video laringoscíopico para los pacientes más dificultosos".

Lo referido por Venegas tiene sentido desde que "El manejo de la vía aérea y la mantención de una adecuada oxigenación son objetivos centrales del quehacer del anestesiólogo" (Análisis de Algoritmo de Manejo de Vía Aérea Difícil, Kunze N., Sandra, Revista Chilena de Anestesia, 2009, N° 38, pp. 91 – 100), "por lo que si se enfrenta una vía aérea difícil y esto no se logra, se puede llegar a una situación de emergencia, con consecuencias deletéreas para el paciente" (Kunze N, op. Cit).

Es por lo anterior que la evaluación y planificación preoperatorias adquieren importancia, acciones que deben "considerar los 4 abordajes de la vía aérea, intentando anticipar dificultades: la ventilación con máscara facial, el uso de dispositivos supraglóticos, la intubación traqueal y el abordaje cervical. De esta manera, se puntualiza que el anestesiólogo debe tener una estrategia definida antes de la inducción anestésica. Esta estrategia debe no sólo estar en la mente de este profesional, sino que debe ser discutida y compartida con el equipo colaborador en el período de "pausa de seguridad". El resultado de esta planificación debe derivar en la formulación de los planes A, B, C y D



Foja: 1 descritos en las guías" (El Aporte de las Nuevas Guías de la Sociedad de Vía Aérea Difícil (DAS), Urtubia V, Ricardo, Escudero Z, Eliana, Esparza G, Orlando y Gutiérrez G, José,

Revista Chilena de Anestesia, 2015, N° 44, pp. 151 – 162).

En consecuencia ha de dejarse establecido que Venegas, quien participa como médico anestesista, en conocimiento de que Lontué Varela presentaba una condición de vía aérea difícil, dada la presencia de micrognatia y retrognatia, no generó un plan de acción alternativo (plan b).

El que sólo el año 2015 se haya establecido un protocolo de acción en el Complejo Hospitalario San José, del que por cierto no existe noticia en el proceso, no exime de responsabilidad profesional a Venegas y es así pues ya desde el año 2009 que en la literatura especializada se venía exigiendo la adopción de planes alternativos, así lo pone de manifiesto la publicación de ese año de la Sociedad de Anestesiología de Chile, sociedad de la cual es parte según él mismo es miembro.

Séptimo: Ahora pese a la inexistencia de un plan de acción alternativo (plan b), según se ha dejado asentado en el motivo precedente, lo cierto es que se hace necesario verificar si Venegas obró, en lo sustantivo, ajustado a lo que el arte de su profesión ordena; cuestión que adquiere importancia desde que la literatura especializada viene sosteniendo, ya desde el año 2009, que "Los expertos concuerdan en que el uso de estrategias de manejo claras y específicas mejoran el resultado, sin embargo, no hay evidencia suficiente que demuestre la efectividad de aplicar un algoritmo, por lo que aún existe controversia sobre su verdadera utilidad" (Kunze N, op. Cit.) y en el mismo sentido se expresan Urtubia V, Ricardo -el año 2015- cuando señalan que el foco en la intubación difícil no es a la anticipación, sino en el manejo, es así como exponen que las guías, que no son más que propuestas técnicas, "de la ASA, actualizadas en 2013, abordan la vía aérea difícil anticipada y no-anticipada. Sin embargo, desde la publicación de las primeras guías en 2004, la DAS se ha centrado en la intubación difícil noanticipada argumentando que los problemas con la intubación han sido la causa más frecuente de muertes relacionadas con Anestesia, fundamentalmente ligados al trauma tisular por el procedimiento" y agregan, luego de invocar cifras, que "Esto nos demuestra una vez más que no existe ningún sistema de anticipación confiable y que el



Foja: 1 problema de la intubación fallida sigue siendo lo relevante" (Urtubia V y otros, op. Cit).

Según describe el informe del Servicio de Anestesia Venegas, una vez que constata que se ha producido bradicardia e hipotensión importante "ventila con máscara de oxígeno y cánula bucofaríngea (...) se decide la intubación endotraqueal para una mejor ventilación de la paciente, previo a esto se inyecta Rucoronio 15 mg. EV. Constatándose una laringoscopia 4. Lo que significa que sólo se visualiza el fondo del paladar y no la glotis que es lo importante para la intubación endotraqueal. Con maniobras especiales se logra visualizar algo de epiglotis y con conductor se pasa tubo endotraqueal N° 7 comprobándose posición del tubo en tráquea y conectándose a la máquina de anestesia para ventilación mecánica. Persistiendo la hipotensión y braquicardia, se inyecta atropina 1 mg. EV. y Efidrina 12 mg. las que se vuelven a repetir sin respuestas, por lo que solicitó ayuda al anestesista de turno Dr. Marcelo Lazo, quien acude en forma inmediata, el Dr. Lazo verificando que la capnografía es baja supone una obstrucción del tubo endotraqueal por acordadura o tapón de secreciones, decidiendo retirar dicho tubo y reentubar. El mencionado Dr. Lazo corrobora la dificultad de visualizar la glotis por la micrognatia y retrognatia, no logrando ser entubada con técnica clásica y se procede a la ventilación con máscara laríngea. En el intertanto se solicita al Pabellón Central el Video Laringoscopio con el cual con mucha dificultad se logra visualizar el epiglotis y con conductor se pasa tubo endotraqueal, obteniéndose una buena ventilación. A las 12:35 se constata ausencia de pulso iniciándose maniobras de resucitación, que consiste en masaje cardiaco externo y ventilación con oxígeno 100%, se inyectó endovenoso adrenalina 1 mg. por 2 veces y atropina 1 mg. por 2 veces, apareciendo pulso y presión a las 12:45 presión arterial 140/90 y pulso 140".

Sobre este obrar no existe ningún antecedente probatorio que lo cuestiones desde el punto de vista técnico; de hecho el Servicio Médico Legal cuestiona la inexistencia de un plan alternativo, lo que a juicio de este sentenciador resulta intrascendente desde el punto de vista causal.

Reafirma lo que se viene razonando lo expuesto por Hernán Lechuga, en el documento autodenominado "Informe Pericial Médico Legal" en donde en su acápite V se



Foja: 1

lee "El análisis de los hechos clínicos permite constatar que se hizo correctamente el diagnóstico previo de una Vía Aérea Difícil, identificando algunos de sus predictores. También la estrategia elegida, una anestesia raquídea, fue la adecuada. Sin embargo, no se elaboró ni se implementó debidamente el llamado Plan B (...)".

En este punto del análisis cabe tener presente que el error –entendiendo por ello la infracción a lex artis- no deba sustentarse del análisis de causalidad, pues no basta la ocurrencia del mismo para que se gatille la obligación de indemnizar, sino que debe existir entre la infracción y el resultado un vínculo relacional

Lo anterior importa tener en consideración que la causalidad presenta dos funciones, una relaciona el hecho con el daño en el ámbito empírico y otra en la que se analiza si tal hecho fue el causante de los daños -que pueden o no ser concretos-dependiendo de la función del daño resulta imputable normativamente al victimario (Algunas Consideraciones de la Relación de Causalidad Material y Jurídica en la Responsabilidad Civil Médica, Barcia L. Rodrigo, Cuaderno de Análisis Jurídico, Colección de Derecho Privado IV, Responsabilidad Médica, Universidad Diego Portales, 2010, pp.85 – 126).

Cuando el artículo 2329 del Código Civil señala que "Por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta" lo que hace es establecer una noción de causalidad jurídica, que lleve a un juicio de imputación, es decir, "a una atribución de un hecho a una persona, por la vía de un juicio normativo, en el que ha de buscarse la conexión del hecho con la posición del demandado respecto del hecho" (La causa del daño en la jurisprudencia reciente, Baraona G., Jorge, Revista Chilena de Derecho, Vol. 30 N° 2, pp. 345 – 379 (2003) Sección Estudios).

Lo anterior adquiere trascendencia desde que la indagación por el vínculo causal no puede estar orientada sólo a una cuestión empírica, más aún en casos de omisión, como es lo que ha sucedido en el caso de autos.

En esta perspectiva –la omisiva- el único vínculo que es posible establecer entre el demandado y el resultado dañoso es la transgresión a un deber de conducta, o la



Foja: 1

utilización intencional de un curso causal conocido y por ende lo que debe hacerse es un "ejercicio de reconstrucción causal hipotética inverso, es decir, preguntarse qué hubiera ocurrido de haberse desplegado la conducta debida por parte del presente responsable. Si el resultado dañoso no se hubiese producido, quiere decir que la omisión puede considerarse causa del resultado" (Baraona G., op.cit).

Dicho lo anterior cabe recordar lo expresado en los primeros párrafos del presente fundamento en los cuales se asienta el que el actual estado de la ciencia pone el acento en la conducta a desarrollar una vez desencadenado el evento y no en las medidas preventivas, pero más allá de ello, en el caso de autos y como también ya se dejó establecido, no existe ningún reproche a la técnica empleada por Venegas, limitándose el cuestionamiento a la omisión del Plan B, sin que se haya acreditado que de haber existido haya cambiado el desarrollo de los acontecimientos.

En consecuencia la demanda planteda en estos autos no puede prosperar.

**Octavo:** Pese a haberse desestimado la demanda en todas sus partes no se condena en costas a los actores.

**Noveno:** La prueba que no ha sido referida en las reflexiones precedentes ha sido excluida de valoración desde que tuvo por objeto el acreditar algunos ítems indemnizables (declaraciones de Puga y Briones), ser intrascendente respecto de los hechos asentados (dichos de Dahl, Vera y Borda) o haber sido presentada extemporáneamente (informe Servicio Médico Legal).

Atendido lo antes razonado, las normas sustantivas invocadas, lo establecido en el artículo 1698 del Código Civil y 144 y 170 del Código de Procedimiento Civil, se declara:

- Se rechaza en todas sus partes la demanda interpuesta por Sergio Víctor
  Olmos Hernández y Sergio Andres y Eduardo, ambos Olmos Lontué, en contra del Complejo Hospitalario San José.
- II. Cada parte soportará sus costas.

Registrese y Notifiquese

Rol N° 6273-2018



Pronunciada por Ricardo Núñez Videla, Juez Titular	
Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162	
del C.P.C. en Santiago, ocho de Octubre de dos mil diecinueve	

Foja: 1