NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 1º Juzgado Civil de Rancagua
CAUSA ROL : C-26372-2017
CARATULADO : FIGUEROA/servicio de salud hospital rengo

Rancagua, dieciocho de Abril de dos mil veinte.

Vistos:

.-Demanda.- Con fecha 09 de junio de 2017, comparece CHRISTIAN NICOLÁS FIGUEROA RAMÍREZ, casado, técnico jurídico, domiciliado en Avda. Coronel Marzan Poniente Nº 241, Villa Galilea, comuna de Rengo, por sí y en representación de doña BÁRBARA PAOLA FIGUEROA RAMÍREZ, soltera, matrona, domiciliada en calle Lord Cochrane Nº 181, depto. 415, Santiago, quien deduce demanda en juicio ordinario de indemnización de perjuicios originalmente en contra del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, representado legalmente Gonzalo Urbina Arriagada, ambos domiciliados en Alameda Bernardo O'Higgins N° 609, Rancagua; del Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo, representado por su Director don Fabio Andrés López Aguilera, ambos domiciliados en Avda. Renato Correa Labra N° 210, Rengo; de don Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, soltero, médico cirujano, domiciliado laboralmente en Avda. Renato Correa; de doña Patricia Belén Meza Ulloa, soltera, técnico paramédico, domiciliada en Villa Hacienda Los Montes, Pasaje Río Itata N° 427, Rengo; y de don René Alejandro Bugueño Rojas, casado, enfermero, domiciliado en Pedro de Miranda N° 747, Villa Hacienda Los Montes, Rengo.

Exponen que son hijos de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez, actualmente fallecida.

Relatan que el día 31 de octubre de 2016, a eso de las 04:28 horas de la madrugada, su madre concurrió al Servicio de Urgencia del Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo (Hospital de Rengo), dependiente del Servicio de Salud O´Higgins, debido a fuertes dolores reumáticos, a fin de que se le suministrara algún analgésico para aliviar su dolor, situación que por lo demás era habitual, pues sufría recurrentemente los dolores que le causaba su enfermedad crónica "Artritis Reumatoide".

BEXVPHHXVD

Luego de ingresar caminando, fue atendida por personal de dicho establecimiento, específicamente por el médico Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, quien luego de evaluarla, decide suministrarle una dosis de Ketorolaco en solución inyectable, como tratamiento de analgesia. Posteriormente, siendo casi las 05:45 AM, ante la permanencia del dolor manifestado por su madre, el doctor ordena suministrar una dosis de Fentalyl (medicamento similar a la morfina, de origen opiáceo, de tipo controlado y que requiere supervisión por generar efectos adversos, entre ellos, depresión respiratoria).

Indican que el enfermero encargado de realizar el procedimiento de suministrar medicamentos controlados era el Sr. René Alejandro Bugueño Rojas, quien sin considerar los protocolos de suministro de medicamentos controlados y de manera claramente negligente, procedió a encomendar dicha gestión a la técnico en enfermería (Tens) doña Patricia Belén Meza Ulloa, sin ninguna supervisión del procedimiento. A su vez, esta última, sin tomar en cuenta que no contaba con facultades profesionales para suministrar este medicamento controlado, ni tampoco lo que indicaba la ficha clínica DAU (suministrar 100 mcg de Fentanyl en 500 cc de suero fisiológico), procedió por orden de enfermero universitario Sr. Bugueño a buscar el medicamento indicado, y al no encontrarlo en el servicio de urgencia, le encomendó ir en búsqueda del medicamento al área de medicina interna, en donde la enfermera a cargo le provee una ampolla de Fentanyl inyectable de 500 mcg, supuestamente "advirtiéndole" que no disponía de ampollas de 100 mcg, indicando que si le servía, se la llevara y después mandara la receta correcta.

A continuación, la Tens doña Patricia Meza Ulloa, por orden del enfermero don René Bugueño y sin supervisión de éste, según ella a sabiendas del doctor Arciniega, procedió a inyectar 500 mcg del medicamento Fentanyl, bajo procedimiento "en bolo", es decir, de manera directa a la vena, sin disolución en suero fisiológico.

Hace presente que la dosis máxima correspondiente regulada, es de 1 mcg por kilo, la que se debe diluir en suero, pero a su madre, una mujer de 54 años con un peso inferior a 80 kilos, le fueron suministrados 500 mcg de dicho medicamento, lo que claramente corresponde a una sobredosis.

BEXVPHHXVD

Relatan que, una vez que su madre recibió la dosis de Fentanyl, no fue monitoreada ni supervisada por personal (como indica el protocolo de suministro de medicamentos controlados) sino hasta las 08:00 AM, horario de cambio de turno, en donde personal debe registrar la última visita al paciente para entregar el turno. Habiendo transcurrido aproximadamente 2 horas en las que no se realizó ninguna acción ni registro de enfermería, como evaluación y monitorización de signos vitales, lo que se debió realizar durante y posterior a la administración de Fentanyl, se constata recién ahí, el estado de inconsciencia que presentaba, todo ello claramente a raíz de la negligencia del personal del Servicio de urgencia del Hospital de rengo, al suministrar por medio de sus dependientes una sobredosis de 500 mcg de Fentanyl en bolo y sin la debida supervisión.

Señalan que a las horas, su madre comenzó un proceso de convulsiones, que procuraron aminorar mediante la entubación de las vías respiratorias, aplicación de oxígeno y medicamentos que contrarrestaran el cuadro, todo ello en procedimientos poco claros, que no se condicen con la ficha clínica, induciéndola a un coma profundo. No obstante ello, el daño neurológico por la hipoxia o falta de oxigenación cerebral, ya era evidente e irreversible.

Refieren que a las 14:00 horas de ese día, recién fueron informados de la situación y concurrieron inmediatamente al Hospital, a fin de pedir información, la que indican les fue negada, enterándose por rumores de pasillo de la realidad vivida por su madre y el tremendo error negligente cometido por personal del Servicio de Urgencia del Hospital de Rengo.

El día 01 de noviembre de 2016, ingresa su madre a UPC (Unidad de Pacientes críticos) con crisis convulsivas y compromiso de conciencia, describiendo su historia clínica de ingreso: "Historia poco clara, con antecedentes HTA, TVP antigua, artritis, depresión con varios intentos auto líticos, previos, usuaria de prednisona supuestamente en dosis altas, tabaco y antidepresivos descritos arriba, habría ingresado a urgencia por cuadro de dolor articular importante con necesidad de analgesia, Ev habitual, sin buena respuesta y más tarde uso de FENTANYL EV . en episodio confuso en urgencia describen posible error de dosificación de opiáceos, con posterior compromiso de conciencia."

BEXVPHHXVD

El día miércoles 09 de noviembre, es visitada por el Dr. Mario Canitrot, médico neurocirujano intesivista, Jefe de UPC Neurocrítica de Clínica Indisa, quien luego de evaluarla y revisar su historia clínica, señala que es improbable que su madre recupere la conciencia, debido al daño neurológico severo, a raíz de un cuadro de hipoxia que habría dañado gravemente su sistema neurológico.

El día sábado 12 de noviembre de 2016, a 12 días de lo ocurrido, frente a las gestiones y constante insistencia para su traslado a un lugar adecuado para tratar a su madre, considerando que dicho Hospital no cuenta con Unidad de Paciente Crítico específica para cubrir las necesidades de un paciente con tal nivel de daño neurológico, y frente a peticiones que no fueron debidamente oídas ni tramitadas a tiempo por el Hospital de Rengo y su director don Fabio López Aguilera, finalmente su madre – aún en estado de coma – es trasladada a la Clínica Indisa de Santiago, desde el Hospital de Rengo, por orden de dicho Hospital.

Relatan que, al ingresar a Clínica Indisa, su madre fue sometida a una exhaustiva evaluación médica, informándoles que los exámenes realizados arrojan que presenta daño hipóxico en Grado 4, es decir, Grave e Irreversible y que al intentar bajarle la sedación, su madre no responde a estímulos y se mantiene en estatus convulsivo refractario al tratamiento. Su diagnóstico específico es: "Estatus convulsivo, estatus epiléptico, Sobredosis de Opiáceos, Encelofalopatía Hipoxica Isquémica".

Finalmente, el día 07 de enero de 2017, su madre fallece en Clínica Indisa producto del daño neurológico generado por la sobredosis descrita, conforme a certificado de defunción que se acompaña.

Con posterioridad a lo relatado, el Director del Hospital de Rengo ordena realizar una investigación sumaria a fin de determinar responsabilidades administrativas del personal médico que atendió a su madre en el Servicio de Urgencia. Para dicha investigación, se designó a la fiscal doña Nidia Gatica Gajardo, de profesión enfermera, quien asume el cargo el día 08 de noviembre de 2016, transcribiendo las conclusiones alcanzadas en relación a lo ocurrido.

Señalan que su madre, pese a padecer artritis reumatoide, y que por dicha enfermedad se encontraba pensionada, era una mujer alegre, llena de

BEXVPHHXVD

vida y pilar fundamental en sus vidas, puesto que sus padres se encontraban separados hace varios años, y el cuidado, crianza y educación de ambos estuvo siempre a cargo de su madre. A raíz de esta pérdida, se encuentran emocionalmente devastados, no han podido superar su muerte y menos aun teniendo presente que la razón de su muerte fue el actuar negligente de quienes debían velar por su salud.

En cuanto a BÁRBARA PAOLA FIGUEROA RAMÍREZ, siendo una mujer joven de 29 años, con una brillante carrera de matrona, a cargo del área de Neonatología Prematura de Clínica Indisa, a raíz de su daño emocional, se encuentra en terapia psiquiátrica y atención psicológica, recibiendo dosis altas de medicamentos de tipo psicotrópicos, los que le impiden trabajar, más considerando el área clínica en que se desempeña. Actualmente se encuentra con licencia médica y su futuro como matrona es incierto, debido a que dependerá de su evolución médica, situación que sin duda generará un detrimento laboral y patrimonial.

Por su parte, en relación a la situación emocional del compareciente CHRISTIAN NICOLÁS FIGUEROA RAMÍREZ, señala que al igual que su hermana, se encuentra recibiendo atención médica de tipo psiquiátrica, debido a que no puede superar la muerte de su madre, y que todo esto ha ocasionado un desequilibrio tan grande, que su vida matrimonial se ha visto enormemente perjudicada.

En el apartado referido al derecho, fundamenta la responsabilidad extracontractual en lo dispuesto en el artículo 2314 y siguientes del Código Civil, analizando la concurrencia de sus presupuestos, abordando luego la que denomina "Responsabilidad Objetiva del Servicio Público". En relación a esto último, plantea que en el caso del Servicio de Salud O´Higgins y del Hospital de Rengo, tiene un régimen especial de responsabilidad extracontractual, de carácter objetivo y que, en su caso, inhibe de adentrarse en la consideraciones subjetivas del dolo, negligencia o culpa, citando al efecto lo dispuesto en los artículos 4 y 42 de la Ley N° 18.575, así como los artículos 38, 40 y 41 de la Ley N° 19.966.

En el apartado de "Peticiones Concretas", solicitan se efectúen las siguientes declaraciones y condenas:

BEXVPHHXVD

1.- Que se acoge, en todas sus partes, la demanda de responsabilidad extracontractual intentada en contra de los demandados.

2.- Que, en consecuencia, se les condena solidariamente, a la indemnización de perjuicios causados, por las sumas y conceptos que, a continuación se indican:

a) La suma de $200.000.000.- (doscientos millones de pesos) por concepto de daño moral.

b) La suma de $64.800.000.- (sesenta y cuatro millones ochocientos mil pesos) por concepto de lucro cesante.

Lo anterior, en los términos indicados en este escrito o, en su defecto, que se les condene en la sumas o sumas que se estime procedentes conforme a derecho, por los referidos conceptos indemnizatorios.

3.- Que todas las cantidades ordenadas pagar deberán serlo debidamente reajustadas a partir de la notificación de la demanda y aplicarse los intereses corrientes que se devenguen durante toda la secuela del juicio y hasta el día de pago efectivo.

4.- Que se condene en costas a los demandados.

.-Notificación.-

a) Con fecha 24 de julio de 2017, folio 11 [4E], se notifica personalmente la demanda a don Rene Alejandro Bugueño Rojas.
b) Con fecha 02 de agosto de 2017, folio 11 [13E], se notifica la demanda con arreglo al artículo 44 del Código de Procedimiento Civil, a doña Patricia Belén Meza Ulloa.
c) Con fecha 04 de agosto de 2017, folio 11 [14E], se notifica personalmente la demanda a don Fabio Andrés López Aguilera, en representación del Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo.
d) Con fecha 15 de enero de 2018, folio 23 [5E], se notifica personalmente la demanda a don Edison Marcelo Arciniegas Siguenza.
e) Con fecha 21 de marzo de 2018, folio 30, se notifica la demanda con arreglo al artículo 44 del Código de Procedimiento Civil, a don Gonzalo Antonio Urbina Arriagada en representación del Servicio de Salud O´Higgins.

BEXVPHHXVD

.- Excepciones dilatorias.- Con fecha 20 de abril de 2018 (folio 15, cuaderno digital 1.1 Excepciones Dilatorias), se acoge la excepción dilatoria de corrección del procedimiento planteada por los demandados Servicio de Salud O´Higgins y Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo (representación judicial o extrajudicial corresponde exclusivamente al órgano personificado Servicio de Salud O´Higgins), así como la de ineptitud del libelo planteada por el demandado Edison Arciniegas Siguenza.

.- Corrección de la demanda.- Con fecha 31 de agosto de 2018 (folio 51), la parte demandante se desiste de su demanda en contra del Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo, por no contar con personalidad jurídica de derecho público, manteniéndose en contra del Servicio de Salud O´Higgins. Asimismo, precisa las razones por las cuales persigue la responsabilidad del Dr. Edison Arciniegas Siguenza.

.-Contestación.- Con fecha 01 de febrero de 2018, comparece don Nicolás Alejandro Cayo Márquez, abogado, evacuando el trámite de la contestación en representación del demandado don René Alejandro Bugueño Rojas.

.-Contestación.- Con fecha 14 de septiembre de 2018, comparece doña María Filipa Méndez Arroyo, abogada, en representación del Dr. Edison Arciniegas Siguenza, quien evacuando el trámite de contestación solicita negar lugar a la demanda en todas sus partes, con expresa condena en costas, o en su defecto, para el evento improbable de que se acoja, rebajar substancialmente el monto de las sumas demandadas.

.-Contestación.- Con fecha 14 de septiembre de 2018, comparece don Lucas Bastidas Barrera, abogado, en representación del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, quien evacuando el trámite de contestación solicita el total rechazo de la demanda, con costas.

.- Contestación.- Con fecha 02 de octubre de 2018, se tiene por contestada la demanda en rebeldía de doña Patricia Belén Meza Ulloa.

.-Réplica.- Con fecha 26 de septiembre de 2018, se evacua el trámite de la réplica.

.-Dúplica.- Con fecha 09 de octubre de 2018, se evacua el trámite de la dúplica por parte del demandado Servicio de Salud O´Higgins.

BEXVPHHXVD

.-Dúplica.- Con fecha 16 de octubre de 2018, se tiene por evacuado en rebeldía el trámite de la dúplica, respecto de los demandados Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, Patricia Belén Meza Ulloa y René Alejandro Bugueño Rojas.

.-Conciliación.- Con fecha 30 de octubre de 2018, rola acta del comparendo de conciliación, celebrado con la sola asistencia de los apoderados de la parte demandante y de la parte demandada Dr. Arciniegas, sin que haya podido alcanzarse entre los comparecientes. En rebeldía de los apoderados de los demandados Servicio de Salud O´Higgins y René Bugueño, como de la demandada Patricia Meza.

.- Interlocutoria de prueba.- Con fecha 09 de noviembre de 2018, se recibe la causa a prueba, resolución que se modifica al acoger las reposiciones planteadas por las partes en los términos que se lee en folio 3 del cuaderno digital 1.1 Reposición resolución de prueba.

.-Citación a oír sentencia.- Con fecha 03 de abril de 2019, se cita a las partes a oír sentencia.

Considerando:

A.- En cuanto a las objeciones documentales.

Primero: Que, en folio 106 (reiterada en folio 141) el apoderado del demandado Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, objeta los documentos acompañados por la parte demandante en folio 97, consistentes en: 1) Informe psicológico de la demandante doña Bárbara Figueroa Ramírez; 2) Informe psicológico del demandante don Cristian Figueroa Ramírez; y 3) Certificado Médico, extendido y suscrito por el medico neurocirujano Dr. Mario Canitrot Paniagua.

Plantea que por su naturaleza de instrumentos privados, los objeta por falta de integridad y autenticidad, pues no existe certeza alguna de la veracidad de su contenido, su fecha de emisión ni que hayan sido suscritos por las personas mencionadas. Agrega que, por tratarse de documentos privados que emanan de un tercero ajeno al juicio, para que pudieren eventualmente tener valor probatorio como instrumentos privados, se requería cumplir con lo preceptuado en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil. La forma de tener por reconocidos los instrumentos privados emanados por un tercero, es haciendo concurrir al tercero como

BEXVPHHXVD

testigo, dentro del término probatorio, por lo que sólo puede tener el valor de una declaración anticipada y extrajudicial de testigos y, por ende, ningún valor si no es reconocido por el tercero.

Finaliza, argumentando que los instrumentos privados no cuentan con la presunción de autenticidad propia de los instrumentos públicos, debiendo la parte que pretende valerse de los mismos, probar su autenticidad en la forma requerida en el artículo 346 N° 1 o 2 del Código de Procedimiento Civil.

Segundo: Que, en folio 135 y evacuando el traslado conferido, el apoderado de los demandantes solicita el rechazo de la impugnación de documentos formulada por el apoderado del Servicio de Salud O´Higgins, con costas. Argumenta que los documentos objetados, han sido debidamente reconocidos por cada una de las personas que los extienden y suscriben, de lo que dan cuenta de las declaraciones prestadas en calidad de testigos por los psicólogos Elena Caro Cabrera y Alex Candia Lisboa, con fecha 01 de febrero de 2019; mientras que el certificado que extiende y suscribe el médico neurocirujano Dr. Mario Canitrot Paniaguas, fue reconocido al comparecer en calidad de testigo a la audiencia ante el 26° Juzgado Civil de Santiago (Exhorto rol E-47-2019).

Tercero: Que, tratándose los objetados de instrumentos privados emanados de terceros, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, su valor probatorio como prueba instrumental queda supeditado a que los mismos sean reconocidos por la persona que aparece emitiéndolos; la falta de ratificación que se reclama no constituye en estricto rigor una causal legal de objeción, sino una regla que se entrega al juez para ponderar el valor probatorio de un instrumento privado emanado de un tercero, por lo que como objeción documental no podrá prosperar. Sin perjuicio de lo anterior, el reconocimiento efectivamente tuvo lugar, al prestar testimonio en juicio tanto los psicólogos Elena Caro Cabrera y Alex Candia Lisboa, como el médico neurocirujano Dr. Mario Canitrot Paniaguas, por lo que igualmente habrá de rechazarse la impugnación.

Cuarto: Que, en folio 156 el apoderado de los demandantes plantea incidente de impugnación de los documentos acompañados por el

BEXVPHHXVD

demandado Servicio de Salud bajo los numerales 3, 4, 5, 6 y 7 en escrito de folio 136, por tratarse de instrumentos privados y estar desprovistos del elemento "autenticidad", por lo que los impugna por Falsedad. En relación a los de los números 3, 4 y 6, señala que no contienen firma ni timbre de nadie, lo que impide que en la especie pueda prosperar como prueba instrumental, objetándolo por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil; y en cuanto a los documentos números 5 y 7, los impugna por Falsedad conforme al artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, porque la institución que figura extendiendo dicho documento no ha comparecido para efectos de reconocerlo.

En refuerzo de lo anterior, agrega que al no reunir estos documentos los requisitos contemplados por el artículo 1699 del Código Civil, aquello los hace mutar en documentos privados conforme lo dispuesto por el artículo 1702 del Código Civil y del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, por lo que son susceptibles de ser impugnados por Falsedad, toda vez que es dable poner en duda la autenticidad de aquellos debido a que en su otorgamiento no ha intervenido ministro de fe alguno, además de tratarse de un instrumento otorgado por un sujeto ajeno al juicio, pues no consta en autos su reconocimiento.

Quinto: Que, en folio 164 y evacuando el traslado conferido, el apoderado del Servicio de Salud plantea que si bien los documentos de contabilidad del Servicio de Salud O´Higgins no contienen firma o timbre por ser antecedentes electrónicos, el contenido de su información y del resto de los instrumentos privados acompañados contienen información concordante entre ellos de manera grave y precisa, lo que permite presumir que los documentos privados son auténticos y carecen de los vicios que manifiesta la contraria. Por lo anterior, solicita rechazar la objeción de documentos deducida por la demandante, con costas.

Sexto: Que, las causales de impugnación del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil se encuentran reservadas exclusivamente a los instrumentos privados emanados de la parte contra quien se hacen valer, pues solo quien se dice haber suscrito un documento podrá alegar que no ha emanado de él (falsedad) o que no se encuentra acompañado en su totalidad (falta de integridad). Tratándose como en este caso de

BEXVPHHXVD

instrumentos que no han emanado de su parte, consistentes en facturas emitidas por el Instituto de Diagnóstico S.A., lo que la parte demandante podrá sostener es que no le consta su autenticidad y que su valor probatorio queda supeditado a lo dispuesto en el artículo 346 N° 1 del código de procedimiento Civil, más ello no pasa de ser una observación al valor probatorio de los documentos; mismo carácter (observación al valor probatorio) que cabe dar a las alegaciones formuladas respecto de los documentos de contabilidad emanados del Servicio de Salud O´Higgins, por ende, no podrá prosperar como objeción documental.

Séptimo: Que, en cuaderno digital 2.0 "Objeción de documentos", el apoderado de los demandantes plantea incidente de impugnación del documento acompañado por el demandado Servicio de Salud en escrito de folio 139, por tratarse de un documento que tiene naturaleza de "privado" y está desprovisto del elemento "autenticidad", por lo que lo impugna por Falsedad, debido a que en su otorgamiento no ha intervenido ministro de fe alguno. Agrega que el documento impugnado no contiene firma ni timbre, capaz de refrendar alguna intervención de ministro de fe, por lo que es impugnado de conformidad al artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil.

Octavo: Que, se tuvo por evacuado en rebeldía el traslado conferido.

Noveno: Que, las causales de impugnación del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil se encuentran reservadas exclusivamente a los instrumentos privados emanados de la parte contra quien se hacen valer, pues solo quien se dice haber suscrito un documento podrá alegar que la estampada no es su firma y que no lo ha otorgado (falsedad) o bien, que no se encuentra acompañado en su totalidad (falta de integridad). Tratándose como en este caso de un instrumento que no ha emanado de su parte, consistente en un comprobante de pago del Servicio de Salud O´Higgins, si bien la demandante podrá sostener que no le consta su autenticidad, aquello no pasa de ser una observación al valor probatorio del documento y por ende, no podrá prosperar como objeción documental.

Décimo: Que, en folio 155 el apoderado de los demandantes plantea incidencia de impugnación de los documentos acompañados en folio 140, a saber:

BEXVPHHXVD

1.- Artículo médico denominado "Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia" y Artículo médico denominado "Tipos de dolor y Escala Terapéutica de la O.M.S. Dolor Iatrogénico": Se trata de instrumentos privados, por lo que están desprovistos del elemento "autenticidad", esto es, la verosimilitud, efectividad y correspondencia de quien otorgó, extendió y suscribió. Por lo anterior, aquellos carecer del elemento autenticidad y deben ser impugnados por falsedad, conforme a lo preceptuado en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, ya que quienes figuran extendiendo dichos documentos no han comparecido a efectos de reconocerlos. Agrega que, al no reunir los requisitos contemplados en el artículo 1699 del Código Civil, aquello los hace mutar en documentos privados conforme al artículo 1702 del Código Civil y artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, siendo susceptibles de ser impugnados por Falsedad, toda vez que es dable poner en duda su autenticidad, debido a que en su otorgamiento no ha intervenido ministro de fe alguno, además de tratarse de instrumentos otorgados por un sujeto o individuo ajeno al juicio, no constando en autos su reconocimiento.

Asimismo, los impugna por falta de integridad, ya que tal como son individualizados, forman parte de una revista, se trata de una parte del documento y no de su totalidad, no están completos ni íntegros, correspondiendo a una revista de mayor extensión, por lo que en subsidio de la anterior, viene en impugnarlos por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil.

2.- En cuanto a los documentos Guía Clínica de Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de enfermedades, Secretaría Técnica Auge, del Ministerio de Salud de Chile, del año 2011, sobre "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos" y Manual de Organización del Hospital San José de Melipilla: Impugna el primero por la causal de falsedad o falta de autenticidad, por ausencia de funcionario público competente autorizando dicho documento, pues no existe ninguna firma, timbre o elemento que permita identificar al funcionario que extiende u otorga el referido documento; y en cuanto a ambos instrumentos. Los impugna por la causal de nulidad, la cual va orientada y dirigida tanto a la ausencia del funcionario público que autoriza dicho documento, además que

BEXVPHHXVD

el documento mismo es deficiente ante la ausencia de intervención de funcionario público competente que aparezca tanto otorgando como autorizándolo. Precisa que las causales de impugnación alegadas encuentran respaldo en lo dispuesto por el artículo 342 N° 2 del Código de Procedimiento Civil y que debe ser colacionada e interpretada con lo dispuesto por el numeral 3 del artículo 342 del citado cuerpo normativo.

Undécimo: Que, en folio 165 y evacuando el traslado conferido, la apoderada del demandado Dr. Arciniegas plantea que si la demandante pretende alegar la falsedad de los documentos, debo hacerlo directamente, no bastando las imputaciones genéricas y carentes de sustento formuladas. La demandante no otorga fundamento específico de la objeción y supone su falsedad por el solo hecho de tratarse de instrumentos privados que no han sido reconocidos en juicio, más no indica siquiera las causales por las que no serían veraces ni auténticos. Agrega que las causales de impugnación, sean públicos o privados, son objetiva, concurren en el documento en sí y no en la esfera del pensamiento de aquel a quien se le ha conferido la citación del documentos acompañado; lo que en definitiva pretende hacer la demandante, es observar el valor probatorio de los documentos, no correspondiendo hacerlo en esta etapa procesal.

En cuanto a la impugnación por falta de integridad, señala que los documentos son íntegros, ya que se trata de artículos de literatura médica independientes de las revistas en las cuales fueron publicadas, con títulos, autores y bibliografía propia, independiente de cada revista en las cuales han sido publicados.

Finalmente, en cuanto a la impugnación por falsedad y por nulidad que basa en que los documentos no cuentan con la autorización del competente funcionario, precisa que el documento n° 6 en su página 60, aparece la Resolución Exenta n° 2659 que aprueba el Manual de Organización y Funcionamiento y Descripción de cargos, firmándose dicha resolución por don Mario Carmona Rojas, en su calidad de Director del Hospital San José de Melipilla; y en el caso del documento n°4, se trata de una Guía Clínica del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, documento que es de público conocimiento y que se encuentra incluso

BEXVPHHXVD

disponible para descargar sin ningún trámite en la página oficial del referido Ministerio.

Duodécimo: Que, las causales de impugnación del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil se encuentran reservadas exclusivamente a los instrumentos privados emanados de la parte contra quien se hacen valer, pues solo quien se dice haber suscrito un documento podrá alegar que no ha emanado de él (falsedad) o que no se encuentra acompañado en su totalidad (falta de integridad). Tratándose como en este caso de instrumentos que no han emanado de su parte, consistentes en los artículos médicos titulados "Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia" y "Tipos de dolor y Escala Terapéutica de la O.M.S. Dolor Iatrogénico", lo que la parte demandante podrá sostener es que no le consta su autenticidad y que su valor probatorio queda supeditado a lo dispuesto en el artículo 346 N° 1 del código de procedimiento Civil; la falta de ratificación que se reclama no constituye en estricto rigor una causal legal de objeción, sino una regla que se entrega al juez para ponderar el valor probatorio de un instrumento privado emanado de un tercero, por lo que como objeción documental, habrá de ser desestimada.

En cuanto los documentos Guía Clínica de Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de enfermedades, Secretaría Técnica Auge, del Ministerio de Salud de Chile, del año 2011, sobre "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos" y Manual de Organización del Hospital San José de Melipilla, tratándose de instrumentos públicos y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 342 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, su impugnación únicamente cabe hacerse por falta de exactitud, debiendo en consecuencia desestimarse aquella que se hace por falsedad o falta de autenticidad. Por su parte, la pretendida nulidad también habrá de desestimarse, en la medida que la Resolución Exenta n° 2659 que aprueba el Manual de Organización y Funcionamiento y Descripción de Cargos, efectivamente aparece firmada por don Mario Carmona Rojas, como competente funcionario en su calidad de Director del Hospital San José de Melipilla; y en el caso de la Guía Clínica del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, a la misma puede accederse a

BEXVPHHXVD

través del sitio web del Servicio de Salud, lo que acredita su autenticidad y exactitud.

B.- En cuanto a las tachas de testigos.

Décimo tercero: Que, en el marco de la audiencia testimonial de folio 137, el apoderado del demandado Servicio de Salud formula tacha del artículo 358 N° 5 y 6 del Código de Procedimiento Civil, en contra de la testigo doña Elena Alejandra Caro Cabrera, por cuanto de su testimonio se observa que tiene una relación con el demandante don Cristian Figueroa Ramírez, por un trabajo profesional de psicoterapia, que tiene duración prolongada de al menos seis meses y se puede extender en el tiempo; además, los servicios profesionales que son continuos, serán financiados al término de su labor por el demandante, y a mayor abundamiento, la testigo declara que desea el bienestar de su paciente. Por lo anterior, el incidentista estima que la testigo carece de imparcialidad suficiente para declarar en el presente juicio, atendido que trabaja como profesional para don Cristian Figueroa y tiene un interés indirecto en beneficiarlo, por lo que pide sea acogida la tacha, y se declare que la testigo es inhábil para declarar en el presente juicio, con costas.

Por su parte, la apoderada del demandado Dr. Arciniegas, se adhiere a la tacha formulada (dice se allana), haciendo propios los argumentos señalados por el codemandado y agregando, además, que se infiere de la declaración de la testigos que ha elaborado un informe psicológico sobre el demandante don Cristian Figueroa Ramírez, por lo que tendría un interés por lo menos indirecto en el juicio al validar dicho informe con el resultado del presente juicio, ya que ha dicho que el demandante es su paciente y dicha atención le genera honorarios a su favor.

Décimo cuarto: Que, evacuando el traslado conferido, el apoderado de los demandantes solicita el rechazo con costas de la tacha, primeramente, por no haberse opuesto una en subsidio de la otra, además que no se configura en la especie una relación de trabajo, pues la interpretación que ha hecho la Corte de la norma es que el numeral 5 del artículo 358 debe ser entendido o interpretado de manera sistemática con la norma del artículo 7 del Código del Trabajo; así las cosas, la relación que media entre la testigo y el paciente no es en los términos de la norma citada, puesto que

BEXVPHHXVD

la relación que media entre ellos es de profesional a paciente, y lógicamente supone que los servicios profesionales deben ser pagados, no hay contrato de trabajo. Por su parte, en lo que atañe a la tacha del numeral 6, debe ser rechazada porque se hace una interpretación extensiva, forzada y descontextualizada de lo dicho por la deponente, la cual de sus propios dichos supone un interés abrazado a su profesión, esto es, el bienestar psicológico de su paciente, y en refuerzo de lo anterior, la Corte suprema en diversos fallos ha dicho que el interés del testigo debe ser de tipo económico, cuestión que en la especie no se produce.

Décimo quinto: Que, en lo concerniente a la inhabilidad del artículo 358 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, la misma no se configura por el hecho de que un profesional concurra en juicio defendiendo la terapia psicológica proporcionada al demandante don Cristian Figueroa Ramírez, ni el informe psicológico elaborado respecto de su paciente, pues aquello se enmarca dentro del ejercicio legítimo de su profesión, que claramente es de aquellas de ejercicio liberal, por lo que no suponen un vínculo de subordinación y dependencia para con la parte que lo presenta, presupuesto en que descansa la inhabilidad que contempla la causal en comento. Por su parte, los honorarios que la testigo haya percibido o pueda en lo futuro percibir como profesional psicólogo tratante, no dependen directa ni indirectamente de las resultas del juicio, sino de la evolución clínica de su paciente, lo que permite descartar igualmente la causal de inhabilidad contemplada en el artículo 358 N° 6 del Código de Procedimiento Civil.

Finalmente, a título de mayor abundamiento, la testigo no puede en sede civil negarse a concurrir para prestar declaración en torno a la autoría y conclusiones alcanzadas en el informe psicológico que se le atribuye y ha sido acompañado en parte de prueba al proceso, atendido lo dispuesto en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, razones todas por lo que las tachas deducidas serán rechazadas.

Décimo sexto: Que, en el marco de la audiencia testimonial de folio 137, la apoderada del demandado Dr. Arciniegas formula tacha del artículo 358 N° 5 y 6 del Código de Procedimiento Civil, en contra del testigo don Alex Mauricio Candia Lisboa, fundada principalmente en que ha afirmado que tiene una relación laboral con la demandante Bárbara Figueroa y ha

BEXVPHHXVD

dicho expresamente que percibe ingresos por este vínculo, por lo que se aprecia claramente la parcialidad a favor de la parte que lo presenta, teniendo un interés directo o indirecto económico en este juicio, ya que la atención brindada a su paciente implica un aumento en su patrimonio.

El apoderado del demandado Servicio de Salud O´Higgins formula tacha de los numerales 5 y 6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, porque el testigo ha declarado que existe una relación laboral profesional con doña Bárbara Figueroa, que implica una intervención terapéutica prolongada de 8 sesiones quincenales, relación laboral profesional que es remunerada y la naturaleza de esta circunstancia implica una dependencia, un interés directo de carácter pecuniario. Solicita declarar inhábil al testigo para declarar en este juicio, con costas en caso de oposición.

Décimo séptimo: Que, evacuando el traslado conferido, el apoderado de los demandantes solicita el rechazo con costas de la tacha, porque a partir de la declaración del testigo subyace claramente que para configurar una relación de trabajo propiamente tal, faltan elementos provenientes del código del Trabajo, toda vez que la parte demandada omite preguntar por la existencia de elementos tales como jornada de trabajo, pago de cotizaciones previsionales, feriado legal, de modo que en la especie no se configura una relación de trabajo , sino que el contexto que la envuelve es más bien de naturaleza de prestación de servicios profesionales, por lo cual lógicamente debe percibir un pago. Asimismo, señala que no se configura la tacha del numeral 6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, por cuanto la impresión "interés" debe ser entendida como lo ha dicho nuestra Corte Suprema, esto es, como un interés económico en el o los resultados de los juicios, lo cual en la especie no ocurre, primeramente, porque no lo ha declarado el testigo y segundo porque la forma que lo interpreta la demandada implica forzar la declaración del deponente.

En cuanto a las tachas formuladas por el Servicio de Salud, solicita su rechazo con costas, valiéndose de los argumentos vertidos anteriormente, agregando para la tacha del número 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil que es la propia contraria quien alude a "la terapia de

BEXVPHHXVD

doña Bárbara Figueroa", lo cual trae asociado a una relación más bien de servicio profesional y no una relación laboral.

Décimo octavo: Que, en lo concerniente a la inhabilidad del artículo 358 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, la misma no se configura por el hecho de que un profesional concurra en juicio defendiendo la terapia psicológica proporcionada a la demandante doña Bárbara Figueroa Ramírez, ni el informe psicológico elaborado respecto de su paciente, pues aquello se enmarca dentro del ejercicio legítimo de su profesión, que claramente es de aquellas de ejercicio liberal, por lo que no suponen un vínculo de subordinación y dependencia para con la parte que lo presenta, presupuesto en que descansa la inhabilidad que contempla la causal en comento. Por su parte, los honorarios que el testigo haya percibido o pueda en lo futuro percibir como profesional psicólogo tratante, no dependen directa ni indirectamente de las resultas del juicio, sino de la evolución clínica de su paciente, lo que permite descartar igualmente la causal de inhabilidad contemplada en el artículo 358 N° 6 del Código de Procedimiento Civil.

Finalmente, a título de mayor abundamiento, el testigo no puede en sede civil negarse a concurrir para prestar declaración en torno a la autoría y conclusiones alcanzadas en el informe psicológico que se le atribuye y ha sido acompañado en parte de prueba al proceso, atendido lo dispuesto en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, razones todas por lo que las tachas deducidas serán rechazadas.

Décimo noveno: Que, en el marco de la audiencia testimonial de folio 138, el apoderado de la parte demandante formula la tacha del artículo 358 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, en contra del testigo Dr. Paul Rolando Pacurucu Yunga, por cuanto da cuenta que existe una relación laboral, esto es, de dependencia y subordinación para con el Servicio de Salud, que se manifiesta en los elementos propios y de la esencia de una relación laboral. Tratándose de funcionarios públicos, que laboran bajo la modalidad de honorarios y contratas, la Corte Suprema (4ta Sala) entiende que existe relación de dependencia y subordinación. Agrega que en refuerzo de lo anterior, es el propio testigo quien declara que quien le ha pedido que viniese a declarar es el Departamento Jurídico del Servicio de

BEXVPHHXVD

Salud O´Higgins, dependiente de quien se comporta como empleador, configurándose la causal.

Asimismo, opone la tacha del numeral 6 del artículo 358 del código de procedimiento Civil, en subsidio de la anterior, por cuanto de lo declarado por el testigo es posible inferir cuanto menos un interés indirecto en el pleito, en atención a que su empleador es el Servicio de Salud O´Higgins, lo que en la especie quiebra la imparcialidad que debe primar en un testigo.

Por lo anterior, solicita que sean acogidas las tachas propuestas, con costas.

Vigésimo: Que, evacuando el traslado conferido, el apoderado del demandado Servicio de Salud plantea que el testigo, desde hace 4 años, es funcionario público bajo la modalidad a contrata, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 18.834, no siendo aplicable el Código del Trabajo, por tanto, el fundamento de la tacha en cuanto a la subordinación, dependencia y otros, no aplican al caso. En cuanto a la segunda tacha, el testigo declara expresamente que no tiene interés en el resultado del juicio, por lo que es un testigo imparcial, por lo que solicita rechazar la tacha deducida por la demandante, con costas.

Vigésimo primero: Que, al tenor de la respuesta entregada por el testigo a la pregunta de tacha, éste ha manifestado ser el Subdirector Médico del Hospital de Rengo en calidad de contrata, por lo que nos encontramos en presencia de un funcionario que no se encuentra sujeto a una relación de subordinación y dependencia en los términos que exige la causal de inhabilidad invocada, sino ante un profesional vinculado a un establecimiento que forma parte de la red asistencial a cargo del Servicio de Salud respectivo, cuya designación y permanencia en su cargo dependen de la ley, por lo que cualquier medida que sobre el particular se adopte no pasa por la sola decisión de su jefe directo, sino que debe sujetarse en todo a las normas del derecho administrativo, quedando así a salvo de las presiones que pudieran poner en entredicho su imparcialidad. Por su parte, su remuneración depende exclusivamente de su desempeño como funcionario, no observándose que a su respecto exista un interés directo o indirecto de carácter pecuniario en las resultas del juicio, por lo que las

BEXVPHHXVD

causales de tacha invocadas respecto del Dr. Pacurucu Yunga, deberán ser desestimadas.

C.- En cuanto al fondo.

Vigésimo Segundo: Que, habiéndose sometido al procedimiento previo de mediación, como se acredita con el documento no objetado de fecha 06 de abril de 2017, los actores interponen demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad por Falta de Servicio, en contra del Servicio de Salud de O'Higgins, y solidariamente en contra del médico cirujano Dr. Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, de la técnico paramédico doña Patricia Belén Meza Ulloa y del enfermero don René Alejandro Bugueño Rojas, acusando que por negligencia del personal del Servicio de Urgencia del Hospital de Rengo, el día 31 de enero de 2016, su madre doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez fue víctima de una sobredosis del medicamento denominado Fentanyl, similar a la morfina, de origen opiáceo, de tipo controlado y que requiere supervisión por generar efectos adversos, entre ellos, depresión respiratoria.

Precisan que, habiéndose prescrito una dosis de 100 mcg de Fentanyl en 500 cc de suero fisiológico, terminó suministrándosele de manera directa y sin disolución en suero fisiológico, una dosis de 500 mcg, sin que fuese monitoreada ni supervisada por el personal del mencionado establecimiento, permaneciendo internada en la Unidad de Paciente Crítico del Hospital de Rengo hasta el día 12 de noviembre de 2016 y posteriormente derivada a la Clínica Indisa de Santiago, ingresando bajo diagnóstico de "Estatus convulsivo, estatus epiléptico, Sobredosis de Opiáceos, Encelofalopatía Hipoxica Isquémica" y falleciendo el día 07 de enero de 2017, producto del daño neurológico generado por la sobredosis descrita.

Vigésimo tercero: Que, rectificando su demanda y en relación a la responsabilidad que persiguen respecto del demandado Dr. Edison Arciniegas Siguenza, precisa que la actitud desplegada por el médico es ineficiente, poco docta y de irreverencia completa hacia la paciente fallecida, toda vez que como médico, debió haber conocido a ciencia cierta todos los riesgos que involucraba la suministración de un medicamento a la paciente que resultó fallecida, en este caso, el Fentanyl. Lo que se reprocha, es su obrar con descuido al despreocuparse por completo de la paciente, al no

BEXVPHHXVD

haber velado por que se suministrara la dosis correcta de dicho medicamento, de efectuar el constante monitoreo de todos sus signos vitales, de estar atento a las necesidades y asistencias médicas que le surgieron, en el fondo, de aplicar la lex artis, vale decir, de aplicar de modo diligente los trabajos de su oficio, de efectuar su trabajo con el más alto grado de perfección, lo que en este caso, por la forma en que se ejecutó y las graves consecuencias que se generaron, estuvo por lejos cerca de cumplirlas. Sostiene que en su actuar, el demandado no buscó ante todo velar por el bien de su paciente, no interpretó correctamente los síntomas y signos que presentaba, erró en los procedimientos y exámenes pertinentes; careció de pericia y prudencia, pues no debió permitir bajo ningún aspecto que el medicamento que nos ocupa, se aplicara sin su supervisión directa.

Vigésimo cuarto: Que, evacuando el trámite de la contestación, el apoderado del demandado René Alejandro Bugueño Rojas reconoce que efectivamente la Sra. Lorena del Carmen Ramírez Pérez ingresó la fecha indicada al Hospital de Rengo, por dolores reumáticos, y que su representado se encontraba en el establecimiento cumpliendo funciones como enfermero, formulando como alegaciones o defensas:

1.- Descarta que haya obrado de manera negligente, pues básicamente el protocolo establece la figura del médico jefe y habría seguido con apego las instrucciones de éste.

2.- Actualmente no existe vínculo de subordinación y dependencia con el Hospital o el Servicio de Salud, y a la fecha de los hechos no se encontraba en la función para la cual estaba contratado en modalidad boleta de honorarios, recayendo la responsabilidad en el Hospital de Rengo y en el Servicio de Salud.

3.- En cuanto al informe efectuado por la Clínica Indisa, no constaría cómo fue hecho, sumado a que se desconoce si la madre de los actores tenía otras condiciones que predispusieran el resultado fatal, no verificándose el vínculo de causalidad correspondiente, pudiendo estar en la hipótesis del artículo 45 del Código Civil, un imprevisto imposible de resistir.

4.- Respecto a los requisitos contenidos en los artículos 2314 y siguientes del Código Civil, controvierte el ilícito extracontractual atendido que no

BEXVPHHXVD

resultaría tan evidente que la madre de la parte demandante haya fenecido por la conducta del cuerpo de salud del cual era parte su representado.

5.- En cuanto a la indemnización, plantea que la misma es siempre de naturaleza reparativa y no busca un lucro o ganancia. Agrega que no corresponde el lucro cesante, atendido que las pensiones de carácter vitalicio eran personalísimas; y pretender la suma de $200.000.000.- a título de daño extrapatrimonial solamente revela el afán de lucro.

Vigésimo quinto: Que, evacuando el trámite de contestación, la apoderada del demandado Dr. Edison Arciniegas Siguenza describe la siguiente secuencia de hechos:

1.- El día 31 de octubre de 2016, el Dr. Arciniegas se encontraba de turno en el Servicio de Urgencias del Hospital Ricardo Valenzuela Sáenz de Rengo, en su calidad de médico cirujano. Dicho turno era compartido además con los médicos Dr. Lara y Dr. León, teniendo este último la calidad de jefe de turno.

2.- La paciente, doña Lorena Ramírez Pérez, ingresó a urgencias aproximadamente a las 05:00 de la madrugada del día señalado, por segunda vez, ya que había consultado anteriormente en la mañana del 30 de octubre del mismo año, por la misma patología. El motivo de su ingreso fue por dolor articular derivado de artritis reumatoide.

3.- En esta segunda atención en urgencias del Hospital de Rengo, la paciente, luego de ser categorizada en triage y de que se le tomaran los signos vitales por personal correspondiente, fue atendida por su representado, quien en cumplimiento de todos los protocolos médicos vigentes, pidió la información médica pertinente, realizó examen físico a la paciente y dio las indicaciones que el caso clínico ameritaba.

La paciente refirió tener un cuadro de artritis reumatoide tratado por paracetamol, celebra SOS (sólo en casos de mucho dolor) y metrotexato. También refirió que había tomado la medicación habitual ese día. Mencionó además que era paciente de salud mental, con cuadro depresivo y trastorno del sueño. Respecto de este último trastorno, tenía indicados medicamentos, pero hace 15 días que no los consumía. Al examen físico tenía evidente malformación articular de las manos, dolor articular y sobrepeso.

BEXVPHHXVD

Respecto a los signos vitales de la paciente doña Lorena Ramírez, fue ingresada hemodinámicamente estable, con Glasgow 15/15 (escala que mide el nivel de conciencia de una persona). En efecto, la paciente ingresó al Hospital de Rengo sola, sin compañía de amigos o familiares.

4.- La paciente refirió que el dolor que manifestaba era muy intenso y que no tenía antecedentes de daño hepático o renal, por lo que a las 05:30 horas el doctor Arciniegas prescribió ketorolaco de 60 mg, no intermuscular sino que endovenoso. Luego de aplicado el medicamento la volvió a evaluar y la paciente seguía hemodinámicamente estable, pero el dolor no había cedido al medicamento, razón por la que tuvo que ordenar la aplicación de un medicamento que pudiera tener un efecto mayor en la paciente, de manera de manejar y resolver la urgencia consultada. Así las cosas, es que recetó Fentanyl de 100 mg diluido en 500 cc de suero fisiológico, registrando esta situación en la Hoja DAU (Dato de Atención de Urgencia). La paciente fue trasladada a Clínica para administración de medicamentos por enfermero, según se indició por doctor Arciniegas.

5.- Por encontrarse de turno en Urgencias y luego de dar las indicaciones pertinentes, siguió atendiendo a otros pacientes, cuando la TENS doña Patricia Meza Ulloa, demandada también en estos autos, le comentó que el medicamento indicado estaba agotado en urgencias, pero que en la sección de medicina interna contaban con stock, razón por la que le pidió al médico que prescribiera una receta para hacer la solicitud del mismo. Con el objetivo de poder agilizar el cumplimiento de lo indicado, su representado accedió a hacer una receta en que prescribió Fentanyl de 100 mg 1 ampolla, de manera que la referida TENS pudiera solicitar lo prescrito en la sección del mencionado Hospital.

6.- Siguió atendiendo pacientes hasta aproximadamente las 06:10 de la madrugada y luego entregó turno al doctor Lara, viendo a la paciente una última vez, encontrándola consciente, a la espera de que el medicamento se diluyera completamente.

7.- A las 08:10 horas aproximadamente, la mencionada TENS doña Patricia Meza, fue a buscarlo a la residencia y recién en ese momento, se informó que había habido una confusión en la aplicación de la dosis indicada y que se había diluido una dosis de 500 mg de Fentanyl, en lugar de los 100 mg

BEXVPHHXVD

que había señalado. Esta fue la primera noticia que tuvo respecto de la confusión en la aplicación del medicamento.

8.- Al tomar conocimiento de la situación, inmediatamente reaccionó y corrió a ver a la paciente, quien estaba siendo atendida por el Dr. Lara. El médico de urgencias doctor Lara, quien había sido informado con anterioridad de lo ocurrido por encontrarse de turno, había evaluado a la paciente, concluyendo que tenía compromiso de conciencia y ordenó que le pusieran oxígeno, que fuera monitorizada y ordenó que le practicaran un examen de electrocardiograma.

9.- Posteriormente, reevaluaron a la paciente en conjunto con el médico jefe de turno Dr. León, encontrando que saturaba menos de un 90%, no respondía a estímulos, Glasgow de 6 a 8. Se administró 2 dosis de naloxona, que es el antídoto para efectos adversos al medicamento prescrito.

10.- Después del cambio de turno de urgencias, fue el doctor Ortega quien evaluó a la paciente y al no ver una mejoría en ella, indició una tercera dosis de naloxona, pasándola a reanimador para proteger vía aérea y proceder a su intubación. La paciente fue intubada sin ninguna complicación, logrando que saturara correctamente, es decir, logró ser estabilizada para su posterior traslado al Hospital Regional Rancagua.

Conforme a la precedente relación de hechos, desarrolla las siguientes alegaciones y defensas:

A.- Ausencia de requisitos legales que hagan exigible la responsabilidad civil extracontractual alegada: Plantea que la conducta de su representado fue en todo momento correcta en relación a la lex artis del caso, sin que se haya actuado en forma negligente, imprudente o con impericia, ya que todos los procedimientos aplicados a la paciente fueron realizados dentro de la esfera de cuidado necesario, tomando todas las precauciones requeridas para la situación que motiva esta demanda. Como consta de los antecedentes clínicos del caso, se cumplió con los protocolos médicos generales y específicos para la atención de urgencias, indicación de medicamentos y evaluación de la paciente. En ningún momento actuó con descuido o despreocupación de la paciente, es decir, el doctor Arciniegas consultó por antecedentes necesarios, realizó examen físico, ordenó la aplicación de medicamentos adecuados, reevaluó a la paciente, cambió

BEXVPHHXVD

medicación ante la falta de respuesta de estos, indicó nueva medicación, verificó que esta fuera aplicada por personal de enfermería, consultó a este mismo personal por la evolución de la paciente, todo esto además teniendo en cuenta que encontrándose prestando servicios en un hospital público, el profesional no puede tener dedicación exclusiva durante su turno a una sola paciente y, en este entendido, hizo todo lo que estaba a su alcance para que ésta pudiera obtener lo deseado, que corresponde a una recuperación de su buen estado de salud.

Sostiene que si la paciente obtuvo el lamentable resultado inesperado, fue por causas que exceden de la responsabilidad de su representado, ya que no puede imputarse a éste, el actuar de personal del Hospital de Rengo. Si bien el doctor Arciniegas fue el médico que atendió a la paciente según consta en Hoja DAU, en virtud del principio de confianza que le asiste respecto de los restantes funcionarios que se encontraban de turno en el Hospital de Rengo, su representado sólo pudo esperar que las funciones de estos sean desarrolladas de forma idónea; la responsabilidad de su representado, consiste en ordenar que se lleve a efecto la atención de urgencias en estricto cumplimiento a la lex artis y supervisar que esto efectivamente ocurra, pero en caso alguno se puede extender a la realización en sí del acto, en este caso, a la administración correcta del medicamento Fentanyl. El límite de su actuar termina precisamente en la indicación de la dosis correcta y la orden de que esta sea aplicada, pero lo ocurrido en cuanto al retiro en farmacia del medicamento, el traslado de este al lugar en donde se encuentre la paciente y específicamente la administración en sí del mismo, está dentro de la esfera del resguardo de personal del Hospital distinto de los médicos que ejercen funciones en él.

.- Sin perjuicio de lo señalado, expone que su parte en ningún momento puede afirmar que el error en la aplicación del medicamento, haya sido la causa directa del fallecimiento de la paciente, ya que es de cargo de la demandante probar esta condición, analizando además su relación con la condición de base de la paciente, el deterioro en su estado de salud previo a los hechos de este juicio, la causa del fallecimiento, edad de la paciente, entre otros antecedentes.

BEXVPHHXVD

.- En cuanto al lucro cesante, alega que no es procedente por no tratarse de un daño cierto, ya que no existe la seguridad de que la demandante hubiese percibido las supuestas dos pensiones de carácter vitalicio, sobre todo en atención a su edad y estado de salud. El lucro cesante debe entenderse como la suma de dinero que dejó de percibir por el supuesto daño causado y no como la suma de dinero que "dejará" de percibir.

.- No existe nexo causal entre la conducta desplegada por el Dr. Arciniegas y el supuesto perjuicio sufrido por la paciente. Para que se configure este requisito de la responsabilidad extracontractual, el supuesto daño sufrido por la paciente debe ser consecuencia directa e inmediata del actuar negligente o imprudente del médico, lo que no sucede en la especie, ya que los supuestos perjuicios sufridos por la paciente no son causa del actuar de su representado. La falta de relación de causalidad entre la acción u omisión imputable a una persona y el daño sufrido por otra, acarrea la exención de responsabilidad de la primera, por cuanto se entiende que supuesto daño sufrido por el actor, se debe a una situación que excede de las obligaciones de su representado y además ésta no ha podido evitarse o preverse por el mismo.

B.- En cuanto a los perjuicios demandados: Alega que, no concurriendo en la especie los requisitos para dar por acreditada la responsabilidad que se imputa a su representado, no existe daño alguno que indemnizar. Particularmente, con respecto al daño moral demandado, en el improbable caso que se determine que se dan los requisitos para establecer la responsabilidad de su representado, señala que el daño moral debe ser legalmente acreditado y corresponde a la parte demandante probar la verdad de sus proposiciones. La existencia del daño moral debe ser probada por quien alegue haberlo sufrido, No existen daños morales evidentes, ni aun respecto de víctimas directas, por cuanto todo daño es excepcional y de aplicación restrictiva, no escapando a estas características el de índole moral.

Vigésimo sexto: Que, evacuando el trámite de contestación, el apoderado del demandado Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, efectúa la presente relación de hechos:

BEXVPHHXVD

1.- El día 31 de octubre 2016, a las 04:28 horas AM, la Sra. Lorena Ramírez es llevada por familiares, según se consigna en Dato de Atención de Urgencia. Se brinda atención médica oportuna según lo reglado por los protocolos de categorización. A las 04:35 A.M., es decir, a los 7 minutos después de su ingreso se controlan los signos vitales de la paciente, que son: T° 36° C (normal), FC: 95 x (normal), P/A 159/91 (Hipertensión Arterial). La sospecha de diagnóstico en observación es Artritis Reumatoidea, Poliartralgias. Por indicación médica, se indica suero fisiológico 20 cc más Ketorolaco 60 mg endovenoso.

2.- Posterior a dicha indicación, se indica por médico de turno suero fisiológico 500 cc más Fentanyl 100 mg. Cabe señalar, que al momento de suministrar Fentanyl ocurre un evento adverso o de tipo centinela, imposible de prever, pues se otorga una dosis superior a la indicada respecto del medicamento Fentanyl, por ex funcionaria del Servicio de Salud. A consecuencia de dicho evento adverso, la paciente pierde conciencia. Cabe recalcar, que no existió paro respiratorio ni cardiorrespiratorio. Inmediatamente el equipo médico reacciona ante dicho evento adverso, ante el cual, se decide suministrar Naloxona y posteriormente Midriasis bilateral, se decidió intubación orotraqueal, utilizando Rocuronio y Etomidato, sin ningún incidente. Hija de paciente informa a profesionales que se encontraban tratando a la paciente en ese momento, que podría haber existido un posible intento de autolisis con cajas vacías encontradas en la basura de su casa.

3.- Luego de este accidente de carácter fortuito, se indica la necesidad de obtener una imagen cerebral y evaluación en neurología. Por lo cual, se hace derivación al Hospital Regional Rancagua, se toma TAC y es evaluada por neurólogo, quien describe que paciente no tendría alteración imagenológica. Luego, al regresar al Hospital de Rengo, sufre signos de convulsión, a lo cual se da respuesta mediante dosis alta de Midazolam y Propofol, con buena respuesta inicial.

4.- El día 31 de octubre 2016, se realiza TAC de cerebro, sin evidencia de lesión aguda y como plan, se dispone soporte general en Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional Rancagua. En dicha unidad,

BEXVPHHXVD

fue necesario suministrar Midazolam y Propofol y otras prestaciones, con el objetivo de restablecer la paciente.

5.- El día 07 de noviembre del 2016, se mantiene a paciente tranquila con tratamiento farmacológico. El día 09 de noviembre 2016, la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, clínicamente bien perfundida, durante la noche no presenta mioclonías. Evaluada por neurointensivista, se decide un probable traslado al extrasistema.

6.- Posteriormente, por decisión de la familia de la paciente y con apoyo de la Dirección del Hospital de Rengo, se traslada a paciente a Clínica Indisa-Santiago, poniendo término a la atención brindada en el Hospital de Rengo. El día 07 de enero 2017 fallece doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez en dependencias de la Clínica Indisa-Santiago. Precisa que el Hospital de Rengo o bien el Servicio de Salud O´Higgins asumió todo el costo y los gastos de las prestaciones médicas brindadas en la Clinica Indisa-Santiago, lo que superó los $100 millones de pesos y que es un elemento a valorar, ya que la normalidad es que un paciente Fonasa y atendido en la Red Asistencial debe ser atendido dentro de la Red Pública.

En relación a los hechos descritos, plantea las siguientes conclusiones:

a) La paciente es llevada al Hospital de Rengo el día 31 de octubre 2016, por haber ingerido pastillas. Sin embargo, la demandante no informa este motivo a los profesionales de la salud del Hospital de Rengo. Es falso, que la paciente ingresara al Hospital de Rengo por motivos reumáticos.

b) A consecuencia de este incumplimiento de deber información que recae en la propia demandante, el evento centinela o hecho imprevisible, consistente en otorgar una dosis distinta a la indicada de Fentanyl, aumentan considerablemente los riesgos de dañar la salud de la paciente. Si la paciente no hubiera ingerido pastillas en su casa, la madre de los demandantes no hubiera sido dañada en su salud por el Fentanyl.

c) La dosis de Fentanyl no causa el fallecimiento de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez, por diversas razones: **Factor Temporal:** El evento centinela o adverso ocurre dos meses antes del desenlace fatal de la madre de los demandantes; **Multiplicidad de causas o**

BEXVPHHXVD

concausas: Existieron otros antecedentes clínicos de la paciente, que causan que el evento adverso actuara con mayor gravedad, pues consta que la paciente se medicó en su hogar con pastillas antes de asistir a urgencia del Hospital de Rengo (existiendo antecedentes de varios intentos de autoliticos), artritis, depresión, tabaquismo, Hipertensión Arterial, TVP antigua, usuaria de prednisona en dosis alta, consumo de antidepresivos. Si todos estos antecedentes no hubieran existido y se tratara de una paciente con buena salud de 54 años, las dosis de Fentanyl no hubiera actuado en la forma que ocurrieron los hechos.

d) El Servicio de Salud O´Higgins hizo esfuerzos más allá de lo realizado por un servicio normal, a fin de restablecer la salud de la paciente. No tan solo brindo un tratamiento oportuno y multidisciplinario a la paciente después del evento adverso, sino que además, se respetó la decisión de la familia para que la paciente fuera traslada fuera de la red asistencial, asumiendo el costo completo de la atención brindada en la Clínica Indisa-Santiago, equivalente a más de $100 millones de pesos. En otro caso semejante, en las atenciones y derivaciones, deben primar los Hospitales de Mayor complejidad como lo es, el Hospital Regional Rancagua. En su defecto buscar un Hospital de Alta Complejidad en otra Red, que pueda brindar la solución, como sería el caso, si desde el Hospital Regional Rancagua se deriva un Hospital de Mayor Complejidad en Santiago.

En razón de lo anterior, alega la inconcurrencia de los presupuestos fácticos para configurar la responsabilidad del Servicio de Salud O´Higgins, desarrollando las siguientes alegaciones y defensas:

A.- Ausencia de hecho generador del daño: Plantea que no concurre respecto del Hospital de Rengo, el primero de los requisitos de la responsabilidad patrimonial demandada, esto es, la existencia de un "hecho imputable", ya que no ha existido acción u omisión ilícita alguna por parte del demandado, que haya podido causar el daño o fallecimiento que acusan los demandantes, por lo que el resto de los requisitos de la responsabilidad, esto es, la culpa del servicio, los daños y la relación de causalidad,

BEXVPHHXVD

simplemente no pueden configurarse, por faltar la acción u omisión de quien se pretende hacer efectiva la responsabilidad.

.- La prestación de servicio existió: Según se desprende de la relación de hechos, la atención médica existió. Sin perjuicio de ello, se confunden los fundamentos del demandante, atendido que existió un evento adverso y hechos ocurridos en la Clínica Indisa - Santiago (2 meses), que interrumpen la causalidad entre el daño reclamado y la eventual falta de servicio.

.- La prestación de servicio es adecuada: Sostiene que la prestación de servicios no es deficiente. La mera existencia de un error sin culpa, o bien un evento adverso no posible de prever, son circunstancias que no pueden ser calificadas de deficiencia. Los imprevistos también forman parte de la normalidad de todo servicio. La prestación de servicio no puede ser interpretada como un modelo ideal, sino con parámetros normales ajustados a la realidad local de cada hospital.

.- La prestación de servicio es oportuna: La atención siempre fue oportuna dentro de los plazos establecidos en los protocolos de categorización.

B.- En atención a la relación de causalidad, no existe relación de causalidad directa y necesaria entre falta de servicio y daño moral demandado por la actora a propósito del fallecimiento: Sostiene que, según los hechos expuestos, la causa basal de los daños físicos que sufre la paciente, son atribuibles a la ingesta de medicamentos no informados al profesional funcionario del Hospital de Rengo. Si la paciente no hubiera consumido pastillas o bien, no hubiera tenido los antecedentes mórbidos que padecía, el evento adverso no hubiera provocado riesgo alguno en la salud de la paciente. Hace presente que la demandante tiene la carga de probar la relación de causalidad entre la eventual falta de servicio y el daño moral que demanda. Por último, plantea que no existe relación de causalidad, ya que la eventual falta de servicio que reprocha la demandante en contra del Servicio de Salud O´Higgins, son hechos imposibles de prever por esta demandada.

C.- Eximente de responsabilidad por imprevisibilidad del evento adverso: Señala que, conforme a las circunstancias descritas, procede en derecho aplicar la causal de exoneración especial de los Servicios de Salud

BEXVPHHXVD

de responsabilidad administrativa sanitaria, establecida en el inciso 2° del artículo 41 de la Ley N° 19.966. El principio orientador de la norma citada, implica que nadie está obligado a lo imposible, lo que sucede en este caso: El Hospital hizo todo lo que pudo dentro de sus recursos, y sería irreal sancionarlo por no haber hecho aquello que superaba sus posibilidades. La norma otorga un reconocimiento pleno al concepto de lex artis, imperante en un determinado momento como parámetro necesario de responsabilidad, excluyendo la obligación de pago o de indemnizar daños causados.

D.- No es posible condenar al Servicio de Salud, en razón de los daños demandados: Respecto al lucro cesante, la demandante exige bajo este concepto $64.800.000.-, petición que se cuestiona por infundada, pues no hace análisis y descripción alguna de la situación planteada, debiendo probar de qué forma los hechos ocurridos en el Hospital de Rengo causarían la pérdida de una ganancia actual y futura, y bajo qué parámetros; y respecto al daño moral, estima que no debe indemnizarse porque dicho perjuicio no tiene relación causal con falta de servicio, pues se desconoce que la causa del fallecimiento de la madre de los demandantes sea a causa directa y necesaria por la dosis de Fentanyl. El fallecimiento es causado por una pluralidad de causas, principalmente, por la ingesta de pastillas.

E.- Respecto de los reajustes e intereses demandados: Plantea que la obligación al pago de reajustes, no puede tener una existencia anterior al nacimiento de la obligación principal a la cual accede, cuya fuente sería la sentencia ejecutoriada; y en cuanto a los intereses, señala que el pago de una indemnización no puede en caso alguno constituir una fuente de lucro o ganancia para el demandante, pues, de ser así estaríamos en presencia de un enriquecimiento ilícito, y por otro lado, tampoco puede sostenerse que exista mora, dado que ni siquiera existe deuda líquida a cuyo pago esté obligado este Servicio de Salud O´Higgins.

F.- El Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins no debe ser condenado en costas: Señala que no es factible la condenación en costas, ya que hay motivos más que suficientes para que los actores acrediten en el proceso todo lo que han sostenido, en especial respecto de los daños alegados, en todas sus dimensiones. Asimismo, existe

BEXVPHHXVD

normativa expresa que debe ser apreciada por los tribunales de la República, y que otorga privilegio de pobreza a esta institución pública por el sólo ministerio de la ley, como continuador legal del Servicio Nacional de Salud.

Finalmente, para el evento de condena y en su escrito de dúplica, plantea además las siguientes alegaciones y/o defensas:

1.- La exposición imprudente de los demandantes y victima al daño: En materia sanitaria, es perfectamente posible ponderar y valorar los antecedentes mórbidos de la paciente, como asimismo, el incumplimiento al deber de información ocasionado por la demandante, hija de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez respecto a la automedicación de pastillas de supuesta índole anti-depresivos. Sostiene entonces, que la paciente o bien los responsables de la misma, no mantenían un autocuidado adecuado respecto a su salud, la que se encontraba deteriorada al padecer Hipertensión arterial, depresión, Trombosis venosa profunda con tratamiento con anticoagulantes orales, Artritis Reumatoídea, paciente afectada en salud mental con diversos intentos de autolisis, factor que influye en los perjuicios demandados; y asimismo, se debe tener presente la participación culpable de la víctima y la demandante, al no informar de la automedicación de la paciente, lo que implica rechazar de plano la demanda o al menos reducir considerablemente los montos indemnizatorios.

2.- Empleo y valoración de la relación de causalidad y los perjuicios conforme la teoría de la pérdida de chance: Si bien podría entenderse, la existencia de un vínculo causal entre la eventual falta de servicio y una disminución en las posibilidades de sobrevivencia de la paciente (pérdida de chance), alega que en ningún caso existe un vínculo directo entre el fallecimiento y una eventual falta de servicio. Los exámenes y atención médica se brindaron y el factor más importante en traer aparejado por consecuencia el deceso de la paciente, no es la dosis de Fentanyl suministrada a la paciente, sino una multiplicidad de causas, expuestas al contestar la demanda, considerando como principal causa de ello, los antecedentes mórbidos que padecía la paciente (condición propia de la paciente), y la condición propia del recinto hospitalario al ser de mediana

BEXVPHHXVD

complejidad (no cuenta con la misma exigencia que tiene un centro hospitalario de alta complejidad respecto a sus recursos físicos y personales).

3.- Contribución del Servicio de Salud O´Higgins para reparar los daños causados a la víctima y demandantes, una vez ocurrido el evento centinela: Costeó a solicitud de los demandantes la atención médica de la paciente en el área privada de la salud. Plantea que la cifra fue ascendente aproximadamente a cien millones y si bien no extingue lo discutido en el fondo del presente juicio, dicha contribución, que tiene por única finalidad dar soporte, cobertura y auxilio tanto a la víctima como a los demandantes, es una circunstancia que ha de ponderarse para amortizar el daño moral exigido por la demandante.

4.- Problemas de índole personal entre demandantes y víctima: Expone que la madre de los demandantes sufría depresión y en ese contexto, se brindaba atención médica, conforme salud mental. De lo cual, se desprende que la relación de cada uno de los demandantes con su madre, que genera el daño moral pretendido, presenta problemas de carácter personal, lo que debe ser ponderado y valorado respecto a los montos exigidos por cada uno de los demandantes.

Vigésimo séptimo: Que, la demanda intentada en contra del Servicio de Salud del Libertador Bernardo O'Higgins, debe analizarse bajo la lógica del régimen de responsabilidad en materia sanitaria de los Órganos de la Administración del Estado, que estatuye el artículo 38 de la Ley N° 19.966, disposición que expresamente señala:

"Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.

El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio.

Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. La conducta imprudente o dolosa del funcionario deberá siempre ser acreditada en el juicio en que se ejerce la acción de repetición,

BEXVPHHXVD

la que prescribirá en el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la sentencia que condene al órgano quede firme o ejecutoriada."

Vigésimo octavo: Que, siguiendo en este sentido las explicaciones del profesor don Enrique Barros Bourie, en su obra intitulada "Tratado de Responsabilidad Extracontractual", la responsabilidad por falta de servicio no exige un juicio de reproche personal respecto del agente del daño, sino una valoración objetiva de la conducta de la Administración, que permita calificar de defectuoso su funcionamiento, comparando el servicio efectivamente prestado con el que se debió ejecutar por el órgano de la Administración; se trata de un juicio de valor acerca del nivel y calidad del servicio que era exigible, que se obtiene comparando la gestión efectiva del servicio con el estándar legal o razonable de cumplimiento de la función pública. La falta de servicio denota el incumplimiento de un deber de servicio, que puede consistir en que no se preste un servicio que la Administración tenía el deber de prestar, sea prestado tardíamente o sea prestado en una forma defectuosa de conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar.

Vigésimo noveno: Que, a fin de acreditar que el servicio prestado a la paciente ha sido deficiente, generando como consecuencia los daños cuya indemnización se reclama, los demandantes aportaron las pruebas que a continuación se analizan:

A.- Documental.

.- <u>Folio 1</u>.

1.- Certificados de Nacimiento de Christian Nicolás Figueroa Ramírez (25/08/1983) y de Bárbara Paola Figueroa Ramírez (04/03/1988), conforme a los cuales los demandantes son hijos de don Mario Figueroa Gálvez y doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez.

2.- Certificado de Defunción emitido por Clínica Indisa. Doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez, fallece a la edad de 54 años, a las 23:10 horas del 07 de enero de 2017:

a) CAUSA INMEDIATA (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte): STATUS CONVULSIVO GRAVE REFRACTARIO.

BEXVPHHXVD

b) CAUSAS ORIGINARIAS (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata): DAÑO HIPÓXICO ISQUÉMICO SEVERO.

3.- Certificado de Defunción de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez, emitido por el Servicio de Registro Civil (no indica causa de muerte).

4.- Copia de la Investigación Sumaria que se ordenara instruir por parte del Director del Hospital de Rengo, al Servicio de Urgencia del mencionado establecimiento, por la atención de la paciente doña Lorena Ramírez Pérez.

.- Folio 89.

6.- Certificado de nacimiento de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez, nacida el 15 de enero de 1962 (54 años a la fecha de los hechos).

7.- Certificado de matrimonio de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez. Contrajo matrimonio con don Mario del Carmen Figueroa Gálvez, con fecha 24 de septiembre de 1982 (divorciada 23/08/2016).

8.- Copias del Protocolo del Hospital de Rengo Ricardo Valenzuela, relativo a administración de medicamentos endovenosos, de marzo de 2016.

Objetivo: Administrar medicamento directamente al torrente sanguíneo del usuario con fines diagnósticos y/o terapéutico, a través de un catéter venoso periférico o central.

.-**Tarjeta de tratamiento:** Cartulina donde se registran los 5 correctos de la administración de medicamentos: a) Paciente correcto; b) Medicamento correcto; c) Dosis correcta; d) Vía de administración correcta; e) Horario correcto.

.- **Responsables:** a) de la indicación: Médico, Matrona / b) de la aplicación: Médico, Matrona, Enfermera(o), Técnico Paramédico / c) de la supervisión: Jefe de servicio, Supervisor(a) de servicio clínico o unidad de apoyo.

9.- Copias del Protocolo manejo del dolor agudo en pacientes post operados del Hospital de Rengo Ricardo Valenzuela, de mayo de 2016.

Escala de evaluación del dolor EVA (Escala Visual Análoga): Es un instrumento que permite valorar el dolor. Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia de síntomas a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del dolor que se está evaluando. Es el método más

BEXVPHHXVD

sencillo de interpretar y el más utilizado. En los extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

En cuanto al manejo del dolor, se establece la siguiente escala:

.- Metamizol Sódico, 2 grs cada 8 horas (6 grs al día)

.- En caso de tener antecedentes conocidos de alergia al Metamizol Sódico, utilizar:

.- Ketorolaco Trometamol 60 mg cada 500 cc de suero, por 3 veces al día.

.- Diclofenaco sódico 75 mg. IM cada 8 hrs.

.- Si el paciente presenta nauseas o vómitos, tratar esta sintomatología con antieméticos (ondasentron, metroclopramida) previo al uso de opioides.

.- En caso de presentar dolor con EVA de 4 o más, en Servicio de Recuperación, utilizar Fentanilo con indicación médica en dosis de 1 gama por kilo de peso. Ej. Paciente de 75 Kg = 1.5 ml.

.- En caso de mantener EVA mayor o igual 4, administrar Morfina SC, según indicación de anestesiólogo.

Responsables en manejo del dolor agudo: a) sala de recuperación, la enfermera encargada del servicio.

.- <u>Folio 97</u>.

10.- Ficha Clínica de la paciente doña Lorena Ramírez Pérez, extendida por el Hospital de Rengo, destacando los siguientes antecedentes:

.- Datos Atención de Urgencia e Informe de Lesiones. 31/10/2016 Hora de ingreso: 04:28. Motivo consulta: Dolor en Articulaciones. PA 159/91 PAM 114 FC 95 Temperatura 36. Traído por familiar. Diagnóstico: Reumatoidea + poliartralgia. Firma y timbre del Dr. Edison Arciniegas Siguenza.

.- Formulario de Notificación de Eventos Adversos o Centinelas.- 31/10/2016. Se consigna diagnóstico: Artritis Reumatoidea.- Servicio que notifica: Urgencia. Evento adverso: Error de medicación. Notificado por Patricia Meza Ulloa.

.- Solicitud de Interconsulta o Derivación.- bajo diagnóstico Síndrome Convulsivo. En fundamentos del diagnóstico "Paciente con síndrome convulsivo, por administración de fentanyl (…)"

BEXVPHHXVD

.- DAU (Dato de Atención de Urgencia) Hospital Rancagua.- Ingreso 31/10/2016 17:13 Procedencia: Hospital Rengo.- Tipo Accidente/Suceso: Médico / Traído por: ambulancia. Diagnóstico: síndrome convulsivo. Indicación médica: TAC cerebro "cuadro convulsivo en contexto de intoxicación por opiáceos. TAC "sin evidencia de lesión aguda"

.- Datos Atención de Urgencia e Informe de Lesiones.- 31/10/2016.- Hora ingreso: 20:01 Hospital Rengo. Diagnóstico status convulsivo.

.- Ingreso Unidad Paciente Crítico Hospital de Rengo.- 01/11/2016 01:00 AM

Morbidos: artritis / TVP – TACO / Depresión / Urolitiasis / HTA

Farm/Droga: Prednisona (relatan dosis altas ¿?) – Hidralazina – Neosintron – Sertralina – Zoplicona – BUPR

No registra alergias.

MOTIVO DE INGRESO: Status Convulsivo.

HISTORIA CLINICA: Historia poco clara. Con antecedentes de HTA, TVP antigua, artritis, depresión con varios intentos autolíticos previos; usuaria de prednisona supuestamente en dosis altas, TACO y antidepresivos descritos arriba. Habría ingresado a Urgencia por cuadro de dolor articular importante con necesidad de analgesia EV habitual, sin buena respuesta y más tarde uso de Fentanyl EV. En episodio confuso en Urgencia describen posible error de dosificación de opiáceos, con posterior compromiso de conciencia. No habría ocurrido ni paro respiratorio ni cardiorrespiratorio durante este evento, pero en contexto de compensación de conciencia se decide usar Naloxona y luego frente a falta de respuesta clara y notorias midriasis bilateral (no compatible con SD de Intoxicación con opiáceos puso) se decidió intubación orotraqueal, utilizando en SRI Etomidato y Rocuronio, sin incidentes. Hija relata posible nuevo intento de autolisis con cajas vacías encontradas en la basura de su casa: Sertralina, Zoplicona, Bupropion y otras de menor importancia. Sin embargo no hay claridad de la certeza de este último evento…Horas más tarde la paciente, sin mediar nueva sedación, evoluciona con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Se llama a UPC y asisto para evaluación. Responde inicialmente bien a Midazolam y Propofol EV, indicando la necesidad de imagen cerebral y evaluación por neurología. Se envía al HRR, donde se

BEXVPHHXVD

toma TAC (no tenemos imágenes) y es evaluado por neurología, quien describe en Hoja de Atención de Urgencia que no tendría alteración imagenológica. Al reingresar a Urgencia, nuevamente con status convulsivo, por lo que fue necesario dosis altas de Midazolam y Propofol + Carga de Fenitoína, con buena respuesta inicial. Al ingresar a esta unidad de cuidados intensivos en la madrugada fue necesario dosis altas en carga e infusión de Midazolam y Propofol, con respuesta intermitente regular, persistiendo con algunas mioclonías, por lo que en la mañana se indica asociar a lo ya descrito Levetiracetam en carga y luego c/12 hrs x 5MG + Fenobarbital en carga EV y luego por 5MG, con lo cual finalmente se regulan todo tipo de movimientos anormales.

Planes:

.- Se inicia terapia anticonvulsivante.

.- Finalmente con: Midazolam + Propofol + Fenitoina + Levetiracetam + Fenobarbital

.- Se plantea estudio toxicológico pero sin posibilidad por horario inhábil. Evaluar necesidad el miércoles.

.- Se deja con terapia ATB ante eventual posibilidad de aspiración y orina con leucocituria.

.- Se deja con hidrocortisona EV en contexto de antecedentes de uso de dosis altas de prednisona

.- El día miércoles evaluación por neurología.

Dr. Claudio Oses Vergara, médico residente UPC

.- Resonancia Magnética de Encéfalo.- Clínica Isamedica.- 03/11/2016.-

Antecedentes: Obs. Encefalopatía hipóxico isquémica.

Impresión: Significativo incremento de señal de ambos hemisferios cerebelosos con captación del contraste y áreas de restricción en difusión.

Lesiones de carácter cortical que comprometen la región supratentorial bilateral a nivel témporo parietal derecho y fronto parietal izquierdo con restricción en difusión. Las características descritas hacen planteable un cuadro de encefalopatía hipóxico isquémica.

Focos de gliosis inespecífica periventricular bilateral.

BEXVPHHXVD

.- UPC-Evolución Diaria Hospital Rengo.- Fecha 09/11/2016.- Paciente hemodinámicamente estable aun sin apoyo de NAD PAM 80, clínicamente bien perfundida, durante la noche no presenta mioclonias pero en la mañana durante el aseo presenta generalmente mioclonias cuando se la moviliza o se le realiza algún tipo de manejo, evaluada por neurointensivista Dr. Canitrot coincide con diagnóstico de lesión hipóxica, descripción de evaluación en ficha clínica. Se ajusta terapia con Benzodiazepinas orales. Dr. Rolando Marín, Jefe UPC

11.- Informe psicológico de la demandante doña Bárbara Figueroa Ramírez, elaborado por el profesional don Alex Candia Lisboa, con fecha 02 de enero de 2019. Conclusiones: Bárbara Figueroa Ramírez denota síntomas y signos traumáticos generando conflictos socio afectivo en el área personal, laboral y familiar, que le han contribuido a un deterioro en su salud mental y emocional. Además, se da como resultado la existencia causal entre el evento ocurrido entre octubre del 2016 y marzo del 2017 y el desarrollo del trastorno de estrés agudo y adaptativo, manifestado en crisis de pánico, fobia social y estrés postraumático (resultado corresponde a evaluación practicada entre el 07 y el 17 de diciembre de 2018).

12.- Informe psicológico del demandante don Cristian Figueroa Ramírez, elaborado por el profesional doña Elena Caro Cabrera, con fecha 27 de diciembre de 2018. Conclusiones: Don Christian ha sufrido un grave quiebre en su vida tras el fallecimiento de su madre, aunque no se encontraba viviendo con ella, ha generado la pérdida repentina la sensación de abandono, generando sentimiento de soledad en lo emocional, lo que genera conflictos en el ámbito personal con el padre ausente y el deseo de sobreproteger a la hermana. Al realizar la evaluación, presenta un importante perjuicio y daño moral, que se evidencia, en el dolor que él ha sufrido en su alma, esa angustia, pena y dolor que le han acompañado desde que le avisan de la muerte de su madre, con el sentimiento de no poder despedirse, a la vez que esta muerte se encuentra asociada a la negligencia médica. Don Christian se encuentra experimentando un cuadro de Depresión y Ansiedad Leve, lo que implica un estrés, a la fecha no lo limita en su vida cotidiana laboralmente, pero sí en su vida personal, perjudicándole en sus relaciones interpersonales, existiendo momento de

BEXVPHHXVD

ofuscación, y falta de energía para enfrentar la vida. Lo anteriormente descrito le está significando el sentir en momento de la vida el no disfrutar de la vida, a la vez de alejarse de sus seres queridos, denotando molestias con ellos.

.- Duelo no resuelto por la pérdida de su madre, dado que él era muy cercano a ella.

.- Se observan rasgos de deterioro de su nivel socio afectivo, dificultad para expresar sus emociones, insomnio, alteraciones del apetito, se observan rasgos de ansiedad, lo que constituye un daño importante en su estado del ánimo. A nivel emocional se presente inestable, con bajo nivel de motivación por desarrollar sus actividades cotidianas y relacionarse con sus amistades.

.- Se reportan indicadores de ansiedad angustiosa leve, que se ha generado a partir de la muerte de su madre.

13.- Certificado médico extendido y suscrito por el médico neurocirujano Dr. Mario Canitrot Paniagua, con fecha 17 de noviembre de 2016.

La paciente Lorena Ramírez Pérez, se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos UPC Neurocrítica de la Clínica Indisa, desde el día 12 de noviembre de 2016, hasta la fecha. Su diagnóstico:

.- Estatus Convulsivo Resuelto.

.- Obs. Estatus epiléptico No convulsivo.

.- Sobredosis de Opiaceos.

.- Encefalopatía Hipóxica Isquémica.

La paciente se encuentra en condición Crítica y con Riesgo Vital.

.- <u>Folio 98</u>.

14.- Email de fecha 29 de enero de 2018, enviado del correo electrónico transparencia@ispch.cl del Instituto de Salud Pública, al correo electrónico danilo408@gmail.com.

15.- Acuse de recibo de Solicitud de Acceso a la información Ley de Transparencia AO005T0003153, de fecha 16 de enero del año 2019 realizada mediante el portal web de trasparencia, por medio de la cual se requiere del ISP (Instituto de Salud Pública) los protocolos de aplicación o de suministro del medicamento Fentanyl o Fentanilo, concretamente el medicamento aplicado vía intravenosa.

BEXVPHHXVD

16.- Oficio ordinario número 00175, de fecha 28 de enero del año 2018, emanado del Instituto de Salud Pública, por medio del cual se informa de la respuesta entregada ante el requerimiento señalado en el número anterior.

17.- Respuesta emanada del Subdepartamento Autorizaciones y Registro Sanitario DEPARTAMENTO AGENCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS, de fecha 22 de enero del año 2019, firmada por la Químico Farmacéutico de Departamento Agencia Nacional de Medicamentos, doña Patricia Carmona Sepúlveda.

El principio activo fentanilo corresponde a un estupefaciente sujeto a las disposiciones legales establecidas en el reglamento de Estupefacientes (Decreto Supremo N° 404/83 del Ministerio de Salud) y como tal su condición de venta es bajo receta cheque.

El uso de este medicamento debe realizarse solo por personal médico con experiencia en el uso de anestésicos intravenosos.

Adjunta a la respuesta el folleto de información al paciente correspondiente al productos FENODID SOLUCION INYECTABLE 0,5 MG/10 ML (FENTANILO) registro sanitario N° F-22766/16 (producto farmacéutico que contiene fentanilo, por vía inyectable, más reciente en obtener su registro sanitario).

18.- Folleto enviado por el Instituto de Salud Pública mediante email de fecha 29 de enero del año 2019, relativo a la información al paciente sobre el uso del FENODID en solución inyectable, registro ISP F-22766-16.

Fórmula: cada ampolla contiene

.- Citrato de fentanilo equivalente a 0,5 mg de fentanilo.

.- Vehículo cbp 10 ml

Indicaciones: FENODID está indicado en: Analgésico narcótico complementario en anestesia general o regional; administración junto a un neuroléptico como droperidol, en premedicación anestésica, en inducción anestésica y como un coadyuvante en la mantención de la anestesia general o regional.

Administración como agente anestésico con oxígeno en pacientes de alto riesgo a los que se les practica una intervención de cirugía mayor.

Precauciones Generales: Solo debe ser utilizado por personal con experiencia en el uso de anestésicos intravenosos y en el manejo de la

BEXVPHHXVD

depresión respiratoria, siempre y cuando existan los elementos necesarios para la reanimación cardiopulmonar, incluyendo antagonistas de opiáceos, oxígeno y equipo de intubación endotraqueal.

El fentanilo puede causar depresión respiratoria la que puede persistir por un tiempo mayor que el efecto analgésico. Debe ser realizado un monitoreo estricto de la función respiratoria durante la cirugía y en el período postoperatorio inmediato y se deberá cerciorar de que la respiración se restablezca y se mantenga antes del egreso de la sala de recuperación. Esta depresión se puede presentar sobre todo en pacientes sumamente enfermos, debilitados, en ancianos y en aquellos con problemas respiratorios.

Dosis y vías de administración: La dosis de FENODID debe ser individualizada para cada caso y se debe tomar en cuenta la edad, el peso, el estado general, uso de otros medicamentos, duración, anestesia utilizadas y tipo de cirugía.

La vía de administración es intravenosa lenta o intramuscular.

En anestesia general:

.- Para cirugía menor: 2 mcg por Kg de peso por vía intravenosa.

.- Para cirugía mayor: dosis moderadas de 2 a 20 mcg por kg de peso por vía intravenosa.

En anestesia local y regional: de 0,7 a 1,4 mcg por kg de peso por vía intravenosa.

19.- Noticia de fecha 15 de noviembre del año 2016, extraída del sitio digital www.rengonotas.cl en donde consta la entrevista realizada a Cristian Figueroa Ramírez y al entonces director del Hospital de Rengo don Fabio López, por los hechos del 31 de octubre del año 2016 ocasionados a doña Lorena Ramírez Pérez.

20.- Dos videos de fecha 15 de noviembre del año 2016, correspondientes a entrevista extraída del sitio digital www.rengonotas.cl en donde consta la entrevista realizada a Cristian Figueroa Ramírez y al entonces director del Hospital de Rengo don Fabio López, por los hechos del 31 de octubre del año 2016 y que afectaron a doña Lorena Ramírez Pérez.

B.- Testimonial.

.- <u>Folio 137 (audiencia de fecha 01 de febrero de 2019)</u>.-

BEXVPHHXVD

1.- Elena Alejandra Caro Cabrera, reconoce el informe psicológico de 27 de diciembre de 2018, manifestando que el diagnóstico de don Cristian Figueroa Ramírez es un trastorno depresivo ansioso con síntomas de rasgos de suicidio leve, frente a la pérdida de su madre y lo que ha significado el proceso de no concluir el duelo. Las conclusiones frente a todo el daño ocasionado es un proceso de no término de situaciones vividas por su madre, siendo esta situación cuando don Cristian llega a Urgencia ya no puede contactarse con ella, pues estaba en situación de coma, generándole angustia, frustración, todo lo cual ocurre en el Hospital de Rengo. En cuanto al pronóstico psicológico del demandante, señala que su trastorno de ansiedad con rasgo suicida frente al duelo por la pérdida de su madre, es posible lograr superarlo en la medida que el proceso legal concluya, debido a que esto le produce ansiedad, generándole frustraciones que le han provocado problemas interpersonales y laborales.

Repreguntada si es posible catalogar o clasificar en una escala, la magnitud del daño psicológico, sostiene que en la actualidad el daño provocado a don Cristian es grave, generándole cambios significativos a nivel conductual, como también en el área emocional, personal, llegándole a afectar su vida sexual.

2.- Alex Mauricio Candia Lisboa, refiere que Bárbara Figueroa vivenció todo el deterioro físico como psicológico de su madre, acompañando todo el proceso cuando ésta agonizó, implicando dificultades emocionales en su paciente. Precisa que su paciente desarrolla tres trastornos en su salud mental: Trastorno de angustia, crisis de angustia, trastorno de estrés postraumático y trastorno fóbico. Respecto a lo observado a los daños y perjuicios, expone que Bárbara Figueroa presenta inestabilidad en su ámbito laboral, ya que manifiesta un estado de evitación y rechazo con rasgos fóbicos a toda unidad de salud, quien trabaja justamente en una unidad médica como matrona, lo que implicó una conducta evitativa en su ejercicio laboral, solicitando licencias médicas; además, en su unidad laboral administra justamente el medicamento Fentanyl, que produjo según Bárbara el deceso de su madre, por lo que posteriormente es trasladada a otras áreas menos complejo de donde se desempeñaba, perdiendo beneficios académicos. Agrega que durante el proceso de su madre, Bárbara hace un

BEXVPHHXVD

quiebre relacional con su pareja que mantenía por dos años, lo que ella atribuye a los mismos síntomas relacionados con su salud mental. Reconoce el informe psicológico que le es exhibido, como de su autoría.

3.- Felipe Santiago Arturo Quiero Barahona, quien relata haberse encontrado y conversado con la Sra. Lorena Ramírez el día de los hechos en el Hospital de Rengo. Precisa que la Sra. Ramírez tenía algo inyectado con aguja en su brazo derecho, por lo que su madre (del testigo) le preguntó que tenía, contestando que mucho dolor a sus huesos y que le habían aplicado un medicamento y esperaba como evolucionaba, siendo todo lo que conversaron, porque a su madre le dieron el alta. Consultado si la Sra. Ramírez era acompañada por algún familiar, indica que estaba sola, precisando que lo declarado data del 31 de octubre de hace dos años, entre 2006 o 2017, pasado de la media noche.

4.- Jorge Efraín Valencia Vergara, quien relata haber llevado a la Sra. Lorena Ramírez al Hospital esa fecha, pues mientras regresaba a su casa en calle Colo Colo 518 de Rengo y al pasar por el paradero de Villa Oriente de calle 11 de Septiembre, la vio en el paradero y le pareció extraño verla a esa hora pues el sector es peligroso, parando y preguntando qué le pasaba, a lo que respondió que quería ir al Hospital ya que estaba con dolor de su rodilla, llevándola en su vehículo particular al Hospital de Rengo. Refiere haberse metido en el lugar que llegan las ambulancias y le ofreció bajarla, a lo que ésta le dijo que no, dándole las gracias por haberla llevado, y no quiso que la esperara. Por lo anterior, consta al testigo que la Sra. Lorena Ramírez estaba sola, no iba acompañada por algún familiar. Consultado si la Sra. Lorena Ramírez se expresaba con claridad el día de los hechos, responde que sí, con claridad, sólo se quejaba del dolor de su rodilla.

.- Testimonial folio 170 [5E].- (audiencia de fecha 05 de febrero de 2019).

5.- Mario Marcelo Canitrot Paniagua, quien declara conocer del caso desde una semana de sucedidos los hechos, cuando se le solicitó realizar interconsulta para evaluar una paciente neurocrítica grave (persona críticamente enferma con riesgo vital debido a una patología neurológica). La paciente Lorena Ramírez se encontraba en coma persistente y con daño cerebral extenso debido a un paro cardiorrespiratorio inadvertido. Señala

BEXVPHHXVD

haber revisado los antecedentes en ficha y resultados de exámenes donde era evidente el daño cerebral hipóxico isquémico (daño neuronal por falta de oxígeno) asociado a un estatus epiléptico secundario (actividad epiléptica cerebral no convulsiva, secundaria a las lesiones isquémicas cerebrales), recomendando su traslado inmediato a una UCI de mayor complejidad, dado que habían mucha terapias que podrían intentarse para mejorar su pronóstico vital y neurológico, pero que no podían ser otorgadas en la UCI del Hospital de Rengo por su nivel básico de resolutividad. Revisando con detalle la ficha, expone que queda explícito cada uno de los procedimientos y terapias realizados durante su estadía en la UCI del Hospital de Rengo, desde la noche del 31 de octubre hasta el 08 o 09 de noviembre, cuando el testigo asiste. Sostiene que si bien el manejo en UCI fue correcto y adecuado a los protocolos vigentes, pero con las dificultades que implica no contar con exámenes y especialistas adecuados, sin duda el daño hipóxico isquémico extenso dejó secuelas graves y con riesgo vital a Lorena Ramírez, y provocaron el estatus epiléptico hiperrefractario que la llevó a la muerte, provocados por un paro respiratorio después de la administración de Fentanyl endovenoso.

.- Ratifica el certificado de fecha 17 de noviembre de 2016, el cual lleva su timbre profesional, RUT y firma.

.- En cuanto al tratamiento dispensado a la paciente en Clínica Indisa, explica que se realizaron múltiples intervenciones farmacológicas, antiepilépticas, en conjunto con el Dr. Rubén Darío Ramírez, epileptólogo de Clínica Indisa, logrando controlar el estatus epiléptico convulsivo y no convulsivo, ambos secundarios al daño cerebral hipóxico. Por su severo cuadro de lesión cerebral presentó una recaída en su condición epiléptica, llegando a un estatus epiléptico hiperrefractario, que no respondió a todas las terapias que corresponden a esta extrema condición con riesgo vital inminente, incluyendo el coma barbitúrico, consolidándose así un aumento del daño cerebral irreversible y su fallecimiento.

.- Declarando al punto 5.- explica que el Fentanyl es una droga controlada de alto riesgo que se utiliza habitualmente y casi exclusivamente en pacientes críticos y pabellones quirúrgicos, puesto que su efecto, incluso en dosis bajas, puede causar la muerte por depresión respiratoria y otras

BEXVPHHXVD

múltiples complicaciones. Habitualmente como analgésico potente se utiliza en dosis de 10 microgramos hasta 0,5 microgramos por kilo de peso, con los cuidados y vigilancia estricta posterior a su administración. Si un paciente recibe Fentanyl endovenoso, incluso en dosis bajas, requiere monitoreo estricto para controlar la posible aparición de depresión respiratoria. Si esta depresión respiratoria no es advertida, la paciente cae en paro respiratorio con la consecuente muerte o en su defecto extenso daño hipóxico isquémico cerebral, que la pueda mantener con severas secuelas neurológicas o que la pueden conducir a la muerte por un estatus epiléptico hiperrefractario. Con mayor razón, cuando se indican o administran inadvertidamente dosis superiores o definitivamente sobredosis.

En este caso, se administró una dosis excesivamente alta de Fentanyl en un Servicio de Urgencia donde no se encuentra registrado que se hubieran mantenido los cuidados acordes al uso de este fármaco, por lo que su administración en esas condiciones y dosis, causaron de manera directa la depresión respiratoria con el consecuente daño hipóxico isquémico cerebral masivo y posteriormente su muerte.

C.- Confesional.- Folio 178.- La parte demandante provoca la confesión del demandado Dr. Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, quien interrogado al tenor del pliego de posiciones responde:

1.- Que la paciente Lorena Ramírez acudió por un cuadro de dolor poliarticular debido a su patología crónica de artritis reumatoidea (pregunta 1).

2.- En cuanto a los medicamentos que ordenó fuesen suministrados a la paciente doña Lorena Ramírez Pérez, el día 31 de octubre del año 2016, señala: Inicialmente ketorolaco 60 mg, posterior a reevaluación de la paciente, ordené suero fisiológico 500 cc más fentanilo 100 gamas endovenoso (pregunta 3).

3.- En relación a los riesgos del medicamento Fentanyl o Fentanilo inyectable, señala: Son varios efectos, los más frecuentes son nauseas, vómitos, somnolencia. En cuanto a los riesgos menos frecuentes del medicamento Fentanyl, más que riesgos son efectos adversos que pueda presentar el medicamento y depende de la dosis y de la velocidad en la que se le administra, por lo que en dosis adecuada diluida en solución salina

BEXVPHHXVD

endovenoso lenta, no debería presentar efectos adversos o riegos. Como efectos menos frecuentes, se puede presentar reacción alérgica a la composición del medicamento (pregunta 7).

4.- Consultado sobre las consecuencias que puede producir una sobredosis de opioides: La sobredosis como consecuencia puede producir depresión del sistema respiratorio (pregunta 8).

Trigésimo: Que, a fin de acreditar sus excepciones, alegaciones y/o defensas, el demandado Servicio de Salud O´Higgins se valió de las siguientes pruebas:

A.- Documental.

.- Folio 136.

1.- Ficha clínica Hospital de Rengo de doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez. Cabe consignar que copias de la ficha clínica de la paciente obran en Custodia N° 363-2019 y Custodia N° 1548-2019.

2.- Evolución UCI Neurocritica, de fecha 26 de noviembre 2016, que emana de Clínica Indisa.

.- Ingreso UCI Neuro: 13/11/2016

.- Tratante: Dr. Mario Canitrot.

.- <u>Diagnósticos</u>:

1) Status Convulsivo en TTo
2) Obs. Ingesta Medicamentosa
3) Sobredosificación de Opiáceos.
4) Encefalopatía hipóxica isquémica.
5) Artritis – Esclerodermia
6) HTA
7) TVP en TACO (INR Subterapéutico)
8) Traqueobronquitis: CAET: Klebsiella Blee
9) Colonización en Orina por Klebsiella Blee

.- <u>Antecedentes</u>:

MED: artritis; TVP – TACO; depresión; urolitiasis; HTA; esclerodermia

CX: Apendicectomía – cesárea – litotripsias

DROGAS: Prednisona (relatan dosis altas ¿?) – hidralazina – neosintron – sertralina – zoplicona – bupropion – metotrexato

ALERGIAS: (-)

BEXVPHHXVD

.- **Historia actual**: Trasladada desde UCI Rengo, habría ingresado a urgencia de dicho hospital el 01.11.2016 por cuadro de dolor articular importante con necesidad de analgesia ev habitual, sin buena respuesta y más tarde uso de fentanyl ev 100 mcg luego 500 mcg por error en prescripción (según relato extraoficial) con posterior compromiso de conciencia, no se registró paro respiratorio ni cardiorrespiratorio durante este evento, se maneja compromiso de conciencia horas después de haber infundido fentanyl con naloxona y sin respuesta por lo que se maneja vía aérea en forma avanzada, se describió midriasis bilateral.

.- Hija relata posible nuevo intento de autolisis con cajas vacías encontradas en la basura de su casa: sertralina, zoplicona, bupropion y otras de menor importancia, no se realizó toxicológico en los primeros.

.- Evoluciona con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Se manejó con midazolam y propofol ev en bic + fenitoina. Se realiza TAC de cerebro evaluado por neurólogo, quien describe en hoja de atención de urgencia que no tendría alteración imagenológica relevante. Posteriormente persiste con mioclonias, por lo que se asoció levetiracetam en carga y luego c/12 h x sng + fenobarbital en carga ev y luego por sng y ácido valproico. No se realizó eeg para monitorizar estatus, ni niveles de FAE. Rnm el día 03.11-2016 que describen: "significativo incremento de señal de ambos hemisferios cerebelosos con captación de contraste y áreas de restricción en difusión. Lesiones de carácter cortical que comprometen la región supratentorial bilateral a nivel témporo parietal derecho y fronto parietal izquierdo con restricción en difusión. Las características descritas hacen planteable un cuadro de encefalopatía hipóxico-isquémica.

.- Progresa desde hace 1 día con fiebre y aumento de parámetros sépticos, es trasladada a Indisa por necesidad de manejo neurocrítico estricto.

.- 13.11 se ha mantenido desde su ingreso en UCI con hdn estable sin necesidad de dva, con tam 103. Con mioclonias al menor estímulo táctil y/o doloroso, que ceden con la administración de lorazepam, por lo que se deja inicialmente con bic de propofol, además de la multidroga anticonvulsante vía oral que ya está recibiendo. Tiene pendiente realizar hoy TAC y angio de torax, tac de cerebro, informe de eeg que se terminó a las 8am y niveles de fae, que se reciben fenobarbital elevados por lo que se

BEXVPHHXVD

disminuye dosis y fenitoina bajos, pendiente de kopodex. Vml en modo espontáneo que se pasa a controlado por sedación por convulsiones y necesidad de estudio por imágenes.

.- 14.11.16 paciente afebril, hd estable, bajo efecto de sedación con soporte ventilatorio, se espera adecuada respuesta al aporte de volumen, en todo caso se plantea posibilidad de monitoreo hemodinámico invasivo.

.- 15.11.16 afebril, hd estable con soporte ventilatorio, ayer posterior a examen de rmn cerebral presentó desaturación, retención de co2, teniendo en cuenta que se llevó a sas1. Posteriormente se llevó a sas2 con aprv, logrando estabilizar. Informe de eeg descarta actividad epileptogena, pero muestra presencias de actividad theta difusa. Se midió pia en 10.

.- 16.11.16 afebril, hd estable, con episodios de bradicardia sinusal, llegó informe de rmn cerebral que describe focos de refuerzo lepto meníngeo temporal derecho, en relación a probable encefalitis límbica, además de informe de eeg muestra status epiléptico, se realizó pl para estudio. Hoy se procedió a traqueostomía, y se repite eeg de 3 hrs, se añadió toripamato a los otros faes.

.- 17.11.16 afebril, hd estable, traqueostomizada con apoyo ventilatorio, acpv, en sas1. Se someterá a coma barbitúrico para inducir estado de supresión eléctrica cortical para control de status epiléptico, con meta de bis de 20, para posterior control con eeg, de no resultar se plantea hipotermia. Se suspende faes para este efecto.

.- 18.11.16: Sedada para SAS1 y BIS<20, buscando "estallido supresión" para manejo de status no convulsivo (propop; fenta; dormo; tio); HD estable; afebril; bien adaptada a VM, modo AC PS VNI, con TQT permeable pero con importante fuga por cuff a pesar de estar hiperinsuflado, logrando optimizar el sello a expensas de posicionarlo tensionando hacia superior, con lo que disminuye considerablemente el volumen fugado, buen intercambio gaseoso. Último EEG muestra Disfunción Córtico Subcortical bihemisférico en grado severo. Status focal frontocentral derecho, proceso encefalopático severo.

.- 19.11.16 Sedada como parte del tto para Status no convulsivo, BIS>20, HDN estable sin DVA. Ventilada en AC/V con lo cual mantiene VM7lx, con PCO2 estable <40, PAFI 200 -> 162 -> 151, por lo cual se hacen

BEXVPHHXVD

modificaciones al ventilador y control de gases. TQT con cuff sin fuga por ahora con PCO2 39. Función hepática estable, solo con TGP 107 y GGT 791, protrombina 75,8% por lo cual mantenemos igual dosis de valproico. Afebril. Presentó deposiciones abundantes (700ml). Se disminuye Fentanil hasta suspender, manteniendo BIS entre 5-20. Diuresis amplia, BHA -10l, BUN y urea en ascenso, creat normal, Na en 155 por lo que se comienza con agua por SNG y se disminuye furosemida ev. Se recibe EEG del 18.11.16: Trazado alternante con franco predominio de las fases inactivas sobre las fases activas. Objetiva un coma anestésico de nivel protuberancial. No contiene signos irritativos.

.- El 20.11.16 se presentó empeoramiento progresivo de insuficiencia respiratoria a pesar de no demostrar en Tac de torax imagen de condensación inflamatoria ni signos de congestión pulmonar, persiste atelectasia bibasal > a derecha. Se realizan maniobras de reclutamiento alveolar con pobre respuesta. Se mantiene en modo AC/V, Fr 20x VM 7,4. PIM26 Pr media 18PEEP 14 Pmeseta23 Pr distensión 9 FiO2 70%, lox 17 DA-aO2 366 (esperada en 14 según edad). Se decide repetir Rx de tórax pues no encuentro causa de SDRA en la paciente ni imágenes que lo sugieran, tampoco se encontró sufrimiento intestinal en pabellón para buscar causa extrapulmonar de distress. Los parámetros inflamatorios en las últimas 24 horas han aumentado, se decide repetir PCT para descartar causa infecciosa y no secundario a la intervención quirúrgica. Se conversa con familiares que deciden LET para procedimientos invasivos, HD y escalar en DVA, ni RCP. Se decide disminución progresiva de thiopental, mantengo midazolam y propofol. Se realizó intervención quirúrgica en la madrugada sin inestabilidad hemodinámica ni requerir DVA, no evidenciándose oclusión intestinal ni signos de isquemia intestinal, solo adherencia que involucraba ileón distal liberada por laparostomia exploradora convertida. Al momento afebril, HD estable, con retiro de sedación, recibe aporte nutricional por SNG a caída libre para mejorar la distención abdominal. Rx tórax sin alteraciones, manejando PaFI02<200 asociado a aumentos de presiones en VMI. Se cambió de canula a 9 para mejorar compromiso ventilatorio. Durante el procedimiento la paciente hace PCR de menos de 1 min de duración revirtiendo rápidamente, ha estado fluctuando con

BEXVPHHXVD

hipotensión, para lo cual se le está suministrando albúmina. Resultado de cultivo de aspirado traqueal Klebsiella Blee (+) se inicia Meropenem. EEG de control descarta presencia de status epiléptico, si BIS llega a 60 se pedirá nuevo EEG. Se evaluó Glasgow 4. Se le realizó Doppler venoso de MMlls que evidenció trombo crónico en safena interna izquierda, por lo que se solicita IC a cirugía vascular para opinión sobre uso de TACO.

.- 26.11.16: Vigil; apertura ocular espontánea, obedece órdenes simples, como por ejemplo al decirle que cierre los ojos, lo hace con lentitud pero ejecuta la orden, del mismo modo al estímulo doloroso en brazo izquierdo intenta retirarlo; HD estable pero con tendencia a la HTA; afebril; sin apremio respiratorio en CPAP, último EEG 22.11.16 (1° sin sedación) descarta status epiléptico.

Hoy durante la mañana presenta episodio de desaturación en contexto de cambio de posición por prevención de upp, probablemente secundario a movilización de secreciones, que revierte rápidamente con manejo ambulatorio.

3.- Documento sobre contabilidad Servicio de Salud O´Higgins – Hospital de Rengo sobre pago de factura 68590 Instituto de Diagnostico S.A., por un monto equivalente a $58.662.808 (cincuenta y ocho millones seiscientos sesenta y dos mil ochocientos ocho pesos).

4.- Copia simple de boleta de depósito que emana del Hospital de Rengo a Instituto de Diagnostico S.A., de fecha 04 de enero 2018, por un monto equivalente a $58.662.808 (cincuenta y ocho millones seiscientos sesenta y dos mil ochocientos ocho pesos), para el pago al Instituto de Diagnóstico S.A.

5.- Factura N°68590, que emana de Instituto de Diagnostico S.A. a nombre del Hospital de Ricardo Valenzuela Saez de Rengo O´Higgins, con fecha de vencimiento 24 de enero 2017 por atención brindada a paciente Lorena Ramírez Pérez, por un monto equivalente $58.662.808 (cincuenta y ocho millones seiscientos sesenta y dos mil ochocientos ocho pesos).

6.- Documento sobre contabilidad Servicio de Salud O´Higgins – Hospital de Rengo sobre pago de factura 68898 Instituto de Diagnostico S.A., por un monto equivalente a $29.819.504 (veintinueve millones ochocientos diecinueve mil quinientos cuatro pesos).

BEXVPHHXVD

7.- Factura que emana de Instituto de Diagnostico S.A. a nombre del Hospital de Ricardo Valenzuela Saez de Rengo O´Higgins, con fecha de vencimiento 01 de marzo 2017 por atención brindada a paciente Lorena Ramírez Pérez, por un monto equivalente $58.662.808 (cincuenta y ocho millones seiscientos sesenta y dos mil ochocientos ocho pesos).

8.- (Folio 139) Comprobante de pago del Servicio de Salud Hospital de Rengo, de fecha 06 de febrero 2019, correspondiente a cheque por un monto equivalente a $29.819.504 (veintinueve millones ochocientos diecinueve mil quinientos cuatro pesos) al Instituto de Diagnóstico S.A.

B.- Testimonial (folio 138).- Declara el testigo Paul Rolando Pacurucu Yunga, quien relata que la paciente ingresa al hospital por sus medios. Luego de ocurrir el evento adverso y ser trasladada al Hospital Regional Rancagua, es ingresada nuevamente al Hospital de Rengo, ingresando posteriormente a la unidad de pacientes críticos. Al momento de realizar la historia clínica de ingreso, el médico residente de la Unidad de Paciente Crítico, al conversar con los familiares, estos detallan la posibilidad de que la paciente pudiese haber ingerido medicamentos en su domicilio, los que fueron mostrados al residente mediante una fotografía de un celular. Al momento de la atención, no fue informada la posible ingesta de medicamentos, lo que sabe porque en su calidad de Subdirector Médico del Hospital, ante la existencia de un evento adverso, realizan en el Hospital el análisis del mismo, por lo que se recopilan todos los antecedentes de dicha atención en el Servicio de Urgencia del Hospital, y posteriormente se plantea plan de mejora para que los eventos adversos no se vuelvan a presentar o se trate de no volver a prestar. Señala que el momento de la información de la posible ingesta de medicamentos, fue al ingreso a la Unidad de Paciente Crítico, en que la hija de la Sra. Lorena lo informa al Médico Residente.

Contrainterrogado, refiere que no se encontraba presente en el Hospital al momento de los hechos, al ocurrir el evento adverso que declara. Explica que el evento adverso consistió en la administración del medicamento Fentanyl a la paciente Lorena Ramírez, en una dosis de 500 gamas.

BEXVPHHXVD

Declarando al punto 5.- de la interlocutoria de prueba, plantea que la paciente no falleció en el momento en que se produjo el evento adverso de administración del medicamento Fentanyl. Posterior al evento adverso, como Hospital brindaron las atenciones debidas a la paciente y los familiares, incluso se accedió a petición de la familia que la paciente fuera trasladada a un hospital privado, como es la Clínica Indisa, cuyos costos de hospitalización son cubiertos por el Servicio de Salud, y es ahí donde la paciente fallece.

Consultado sobre qué efectos o consecuencias trajo aparejado en doña Lorena Ramírez el evento adverso que refiere, señala que cuando se presentó el evento adverso, la paciente presentó estado de sopor y estatus epilépticos.

Consultado sobre cuáles son las consecuencias de la sobredosis de Fentanyl, explica que una sobredosis de Fentanyl, puede ocasionar depresiones del sistema respiratorio y obviamente las consecuencias que conlleva dicha depresión, que pueden ser desde que no ocurra ninguna lesión, hasta que se produzca la muerte de los pacientes.

Trigésimo primero: Que, a fin de descartar la responsabilidad que se le atribuye, la apoderada del demandado Dr. Arciniegas aportó en juicio las siguientes pruebas:

A.- Documental.

.- Folio 140.

1.- Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, emitido por la Superintendencia de Salud, correspondiente al médico Fausto Fabián León Arévalo, de fecha 06 de febrero de 2019, en el cual consta su calidad de médico cirujano desde el año 1997, el reconocimiento de su título en Chile desde el año 2000 y su calidad de especialista en Medicina de Urgencias desde abril de 2016.

2.- Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, emitido por la Superintendencia de Salud, de fecha 06 de febrero de 2019, correspondiente a la Técnico de Nivel Superior en Enfermería, doña Ángela Donoso Rubio, desde el año 2015.

3.- Artículo médico denominado "Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia", de los autores doctores Natalia Abiuso, José Luis Santelices y

BEXVPHHXVD

Ricardo Quijada, del Departamento de Medicina de Urgencia de la Clínica Las Condes de Santiago de Chile, de la Revista de Medicina de la Clínica Las Condes, del año 2017, número 28, páginas 248 a 260.

.- En este artículo, se hacen recomendaciones relativas a las estrategias analgésicas para cada escenario y es el clínico quien debe determinar su aplicabilidad y seguridad para cada paciente en particular:

Paciente adulto sin comorbilidades con dolor moderado a severo: Desde una perspectiva de eficiencia del funcionamiento del SU, se prefiere utilizar ketorolaco endovenoso debido a que su administración es más rápida que ketoprofeno, reduciendo considerablemente los tiempos de estada en box de los usuarios. Así también, el Parecoxib endovenoso en dosis de 40mg, es una buena opción por su efecto rápido y de fácil administración. La combinación de paracetamol, AINEs y opioide es una muy buena estrategia para los pacientes con dolor severo (≥7/10) dado que los 3 fármacos utilizan rutas diferentes para tratar el dolor y el paracetamol con los opioides actúan de forma sinérgica.

.- Con respecto a los opioides, la disponibilidad en nuestro país en la mayoría de los servicios de urgencia se limita a: morfina, petidina o meperidina, fentanyl y tramadol. La Metadona usualmente no está ampliamente disponible en estos servicios, pero sí en las Unidades de Dolor u Oncología de los hospitales.

En consideración con el arsenal de opioides con los que contamos, debemos conocer las ventajas y desventajas de cada uno para poder sacarles el mejor provecho. Cabe destacar que para el tratamiento del dolor agudo intenso, la mejor elección será un opioide de alta potencia como Morfina o Fentanyl. Se debe tener en consideración, al momento de elegir el fármaco, su velocidad de inicio, su potencia, duración de su efecto y sus efectos adversos. **Es importante recordar el efecto sedativo de estas drogas por lo que deben supervisarse los signos vitales y el estado de conciencia del enfermo durante su estada en urgencia**. Ante la eventualidad de sobresedación o depresión respiratoria puede revertirse el efecto con Naloxona. De manera sucinta se ofrece una descripción de cada opioide recomendado para urgencia:

BEXVPHHXVD

.- **Fentanyl:** Opioide sintético familia fenilpiperidina, poca reacción cruzada con alergia a Morfina. Debido a su liposolubilidad, ergo, paso facilitado por la barrera hemato-encefálica (BHE), tiene un efecto clínico rápido en 1-2 minutos lo que confiere un muy buen perfil para aliviar el dolor agudo en urgencia. Efecto pico a los 5 minutos, su duración es de 0.5-1 hora, por lo que hay que tener en consideración el inicio de otro analgésico no opioide u otra dosis de refuerzo. Opioide preferente en pacientes con falla renal y en trauma. Se administra vía endovenosa, pero la misma presentación lo permite de manera oral, nebulización y nasal. Dosis habitual: 1–2mcg/Kg. Dosis de rescate de 0.25mcg/Kg cada 15min. En adultos mayores se utiliza la mitad de la dosis, considerando que los efectos adversos en ellos ocurren a menor dosis. Considerar que la dosis terapéutica es cercana a la dosis letal, sobre todo en adultos mayores y que produce rápida tolerancia.

4.- Guía Clínica de Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de enfermedades, Secretaría Técnica Auge, del Ministerio de Salud de Chile, del año 2011, sobre "Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos"

3.4.- Tratamiento Farmacológico del dolor.

1. **Dolor leve a moderado: AINE c/s coadyuvante**. Fármaco base: Paracetamol Metamizol Alternativas: -Ibuprofeno –Indometacina -Diclofenaco sódico –Naproxeno –Ketoprofeno –Ketorolaco.

2. **Dolor persistente o moderado a severo desde el inicio: AINE + Opioide débil** (**c/s coadyuvante**). Fármaco base: Codeína - Tramadol de acción rápida. Alternativas: -Tramadol de acción sostenida - Oxicodona liberación controlada.

3. **Dolor persistente o severo desde el inicio. AINE + Opioide potente** (**c/s coadyuvante**). Fármaco base: Morfina de acción rápida. Metadona. Alternativas: -Oxicodona de liberación controlada -Morfina de acción sostenida. -Parches de Fentanilo (la propio guía indica que su uso debe ser en situaciones específicas) -Parche de uprenorfina.

Principios en Uso de Opioides y Tablas de Equianalgesia.

Los opioides deben ser utilizados respetando las siguientes pautas generales:

BEXVPHHXVD

1.- Prescribir dosis fijas, con intervalos regulares y vías de administración apropiadas.
2.- Indicar siempre "dosis de rescate" considerando lo siguiente:
a) Esta dosis corresponde al 5 - 10% del total de la dosis/día de opioide.
b) Se puede indicar cada 1-2 hrs. según intensidad del dolor (EVA >4).
c) Si el paciente requiere >6 dosis de rescate en 24 hrs, el 50% de la suma de estas dosis debe agregarse a la dosis total del día siguiente (especialmente en uso de infusión continua).
3.- Realizar titulación individualizada y cuidadosa. En general no existe dosis máxima. La dosis adecuada es aquella que controla el dolor y tiene los menores efectos colaterales.
4.- Prevenir, anticipar y manejar los efectos secundarios.
5.- Asociar con AINES para potenciar efecto analgésico siempre que las condiciones del paciente lo permitan.

"El éxito del tratamiento opioide es la prevención y manejo adecuado de efectos colaterales".

Evaluación de la sedación:

Se debe sin embargo prestar el máximo de atención a la sedación, dado que también constituye el síntoma que suele preceder la depresión respiratoria clínica. Debe diferenciarse entre la sedación secundaria a los opiáceos administrados y a la que se debe al uso concomitante de sedantes o hipnóticos.
Puede cuantificarse mediante una escala de cinco niveles.

PUNTOS	NIVEL
0	Paciente despierto.
1	Paciente somnoliento, despierta a la voz.
2	Requiere estimulo táctil para despertar, vuelve a dormirse.
3	Requiere estimulo doloroso, vuelve a dormir.
4	No despierta con estimulo doloroso.

ANEXO 3. Método Escalonado de la OMS para controlar el dolor causado por el cáncer.

"En forma escalonada".- El primer paso es dar un fármaco no opioide, como el paracetamol. Si esto no alivia el dolor, se debe agregar como segundo paso un opioide débil para calmar el dolor entre leve y moderado, como la codeína. Si con esto no se alivia el dolor, el tercer paso

BEXVPHHXVD

será administrar un opioide potente para calmar el dolor entre moderado e intenso. En determinados casos se usan otros fármacos, llamados coadyuvantes. Por ejemplo, los fármacos psicotrópicos se emplean para calmar temores y la angustia.

5.- Artículo médico denominado "Tipos de dolor y Escala Terapéutica de la O.M.S. Dolor Iatrogénico", del autor F. Puebla Díaz, volumen 28 n° 3, de marzo de 2005, páginas 33-37, de la Revista de Oncología Radioterápica del Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís de Madrid.

.- Escala analgésica de la O.M.S

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica o la escala visual analógica (EVA).

2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.

Conforme a la tabla que se anexa en el mismo artículo, el uso de Fentanilo corresponde al escalón III de la escala analgésica de la OMS, junto a la Norfina, Oxicodona, Metadona y Buprenorfina.

Según allí mismo se explica, los enfermos con dolor leve son indicación de tratamiento con fármacos como el Paracetamol, Aspirina u otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (primer escalón). Estos agentes presentan techo terapéutico: una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, el incremento de la dosis no produce mayor analgesia. La Sociedad Americana del Dolor recomienda que todos los regímenes analgésicos deben incluir un fármaco no opioide aunque el dolor sea suficientemente intenso como para añadir un analgésico opioide.

El dolor moderado se puede beneficiar de un tratamiento con opioides menores como la codeína. Se utilizan conjuntamente con analgésicos no opioides, ya que pueden ser aditivos o sinergistas. Los opiaceos actúan a través de receptores en el sistema nervioso central,

BEXVPHHXVD

mientras que los analgésicos no opioides ejercen su acción en la periferia (segundo escalón).

Los enfermos con dolor severo necesitan tratamiento con opioides mayores como la morfina, fentanilo y la oxicodona de liberación retardada (tercer escalón). Los agonistas puros (morfina, metadona y fentanilo) no tienen techo analgésico a diferencia de los agonistas parciales (buprenorfina).

Cuando no se obtiene una analgesia adecuada con opioides sistémicos, debe considerarse el cuarto escalón que incluye procedimientos como la analgesia continua espinal o epidural, bloqueo de nervios periféricos, bloqueo simpático, etc.

6.- Manual de Organización del Hospital San José de Melipilla, Subdirección de Gestión y Desarrollo del año 2011. Centro de Responsabilidad Urgencias.

.- Funciones Médicos de Turno:

☐ Atender la patología general que se presenta en Box del Servicio de Urgencia ya sea Adulto o Niño y sala de hospitalizados.

☐ Atender en forma prioritaria a los pacientes con urgencia de atención, categorizados como C1 – C2 de acuerdo a Triage.

☐ Atender en forma dirigida a algunos pacientes de acuerdo a la especialidad que tenga cada Médico y de acuerdo a lo determinado por el Jefe de Turno.

☐ Los Obstetras de turno deberán resolver la patología de urgencia interna y externa de la Maternidad.

☐ El Cirujano de turno deberá resolver la patología quirúrgica interna y externa del Servicio de Urgencia, según capacidades del mismo.

☐ Deberá comunicar al Jefe de Turno cada vez que debe ausentarse de su puesto de trabajo.

☐ El Médico que actúe como Pediatra del turno deberá atender la patología pediátrica del Box de urgencia, atención de recién nacido y salas de hospitalizados pediátricos.

☐ El Médico de turno es responsable de extender los certificados de lesiones de los consultantes, los certificados de defunción de los hospitalizados y de los consultantes externos según lo amerite el caso.

BEXVPHHXVD

☐ Comunicar al jefe de turno funcionamiento anómalo ocurrido durante el turno.

.- Funciones Enfermera de turno.

☐ La Enfermera de turno estará a cargo de los Servicio de Urgencia, Neonatología y Pediatría.

☐ Organizar, coordinar y priorizar la atención y cuidados de Enfermería en el turno.

☐ Monitorizar y evaluar la atención de Enfermería en el turno.

☐ Supervisar el cumplimiento de normas y actividades asignadas al Técnico Paramédico.

☐ Realizar atención directa de acuerdo al proceso de Enfermería.

☐ Cumplir con los registros de Enfermería establecidos.

☐ Será responsable de la atención de Enfermería de los pacientes en sala de observación, cirugía menor y box de atención adulto y niño.

☐ Organizar el equipo de Enfermera para la asistencia de EMERGENCIAS.

☐ Supervisar el cumplimiento de normas administrativas y de procedimientos del personal en turno.

.- Funciones Técnico Paramédico Sala de Observación.

☐ En relación a pacientes de Box.

☐ Recibir al paciente que fue atendido en box y ubicando en las camas disponibles.

☐ Recibir Dato de Atención con indicaciones dadas por el Médico.

☐ Hacer Hoja en Enfermería

☐ Controlar signos vitales al paciente (Presión arterial, pulso y temperatura).

☐ Registrar parámetro controlados en Hoja de Enfermería.

☐ Avisar a Enfermera.

☐ Realizar tratamiento indicado y registrar hora.

☐ Rotular número bránula usada en el paciente y fecha. Realizar control de signos vitales cada media hora a todos los pacientes de la Sala salvo otra indicación Médica.

☐ Avisar cualquier alteración o cambio que se produzca en el paciente a Enfermera de turno.

BEXVPHHXVD

B.- Testimonial.

.- Folio 153 [5E]

1.- Fausto Fabián León Arévalo, quien declara que ese día se encontraba de turno y se enteró de la paciente Sra. Ramírez, que se le aplicó medicamentos y que estaba comprometida de conciencia. Bajó a mirar a la paciente, la que estaba descansando, viendo las hojas de datos de atención, y se trata de una paciente policonsultante, hipertensa y con antecedentes de artritis reumatoidea, depresión, que había consultado por dolor articular y que se encontraba con signos vitales estables, a quien se le había indicado en primera instancia Ketorolaco y posteriormente suero fisiológico más 100 gamas de Fentanyl, viendo que sobre la indicación de este medicamento estaba alterada. Refiere que consultó al doctor, manifestando éste que él había indicado las 100 gamas, que en la hoja había otra indicación que él no había indicado y que esto se había indicado en la forma correcta a Enfermería en una primera instancia. Posteriormente, refiere que le habían administrado otra dosis de 500 gamas, más de lo que se le había indicado, entonces, indicando el medicamento que es el antídoto para contrarrestar el efecto del Fentanyl, y al no haber respuesta solicitó trasladar la paciente al reanimador, para proceder a intubarla como medida de protección de vía aérea. Las personas que se encontraban eran el Dr. Lara y el Dr. Arciniegas, compañeros de turno ese día, y posteriormente llegó el Dr. Ortega, Jefe de la Emergencia en ese momento.

El Dr. Arciniegas atendió a la paciente Sra. Ramírez, aproximadamente a las 05:00 de la mañana, e indicó 100 gamas de Fentanyl, por escrito y en forma verbal, y quien lo administró – según me comentaron – fue la técnico paramédico de nombre Paty, no recuerda su apellido, quien administró las 500 gamas del medicamento Fentanyl. La misma técnico paramédico subió a avisar al Dr. Arciniegas y de esa forma me entero de lo ocurrido.

Consultado para que describa la crisis que cursaba la paciente, explica que le habían administrado los medicamentos y no respondía a estímulos táctiles ni verbales, no responde al administrar el medicamento Naloxona para efectos de contrarrestar el medicamento Fentanyl, por lo que se procedió a la intubación y posteriormente, practicar o coordinar el traslado al Hospital Regional de Rancagua para estudio TAC de cerebro y

BEXVPHHXVD

valorización por neurólogo. En ese momento (al atender la crisis de la paciente), la Sra. Lorena Ramírez estaba en estado de sopor profundo, aunque con hemodinamia estable.

Consultado cómo se aplica el Fentanyl y cómo se determina la dosis aplicada a la paciente, señala que debe aplicarse en forma lenta con motorización, puede ser dependiendo lo que se busca al aplicar el medicamento y a la paciente Ramírez le indicaron 100 gamas por indicación del Dr. Arciniegas, dosis adecuada para la paciente.

Sostiene que el Dr. Arciniegas actuó como corresponde, porque la indicación era la adecuada para la paciente. El médico comunica al personal de enfermería para la aplicación de los medicamentos y el monitoreo constante del paciente y comunicarse en caso de algún problema, y la supervisión la hace el enfermero.

2.- Ángela Karina Donoso Rubio, técnico en enfermería, quien relata que la paciente ingresó en la madrugada del 31 de octubre de 2016, a Urgencia, ingresando al Triage en donde se controló signos vitales y luego pasó al box, para que la viera el médico. El médico la vio y la hizo pasar al mesón de Enfermería para administrar el medicamento que recetó, que fue Ketorolaco, siendo atendida en ese momento por Patricia Meza quien le administró el medicamento; se dejó esperando a la paciente para ver si hacía efecto el medicamento administrado, pasando más o menos 30 minutos la volvió a ver el médico, ya que el dolor no pasó. El doctor le indicó 100 gamas de Fentanyl y realizó una receta, ya que en el Servicio no quedaba ese medicamento, confeccionando la receta por 100 de Fentanyl; Patricia Meza tomó la receta y fue al Servicio de Medicina, si en ese lugar había medicamento y la atendió una enfermera de nombre Claudia, que le entregó un Fentanyl de 500 gamas. Patricia Meza volvió a Urgencias con el medicamento y lo administró a la paciente Lorena Ramírez, le pasó una cantidad de medicamentos en bolo, administrándole las 500 gamas en forma directa, después la llevó a la sala de observación, dejándola acostada en ese lugar. Refiere la testigo que no supo de la paciente hasta alrededor de las 07:30 horas, que fue cuando sus compañeras que estaban en su hora de descanso salieron a recibir a los pacientes, enterándose en ese momento que la paciente Lorena Ramírez se encontraba somnolienta y con poca

BEXVPHHXVD

respuesta. Señala que en ese momento fue al Servicio de Medicina a ver la receta pues le pareció extraño que el doctor indicara 500 gamas de Fentanyl, y al ver la receta estaba hecha por 100 gamas de Fentanyl. Por lo que dijeron los doctores que estaban en la residencia, el Dr. Arciniegas tomó conocimiento de la aplicación de 500 gamas de Fentanyl a la hora de entrega de turno de la mañana, 08:00 horas.

Trigésimo segundo: Que, durante el proceso tuvo lugar audiencia de exhibición de documentos de 30 de enero de 2019, consistente en Carpeta Investigativa Fiscalía Local de Rengo (Custodia N° 883-2019), en la que obran los siguientes antecedentes de relevancia:

A.- Epicrisis Clínica Indisa. Médico tratante: Dr. Mario Canitrot.

Paciente ingresa derivada de Hospital de Rengo con encefalopatía hipóxico isquémica por Sobredosificación de opiáceos, con cuadros convulsivos subintrantes y refractarios a manejo con FAE de 3 líneas en altas dosis.

Se ha mantenido en Glasgow 6-8, desde el momento del ingreso, con escasa respuesta.

Se realiza una última RNM que confirma daño estructural irreversible.

Se mantiene con soporte ventilatorio, ayer se mantiene reunión con médico jefe de unidad y médico tratante Mario Canitrot y se llega al acuerdo de mantener solo medidas básicas.

Hoy se recibe con Apoyo ventilatorio, con reducción progresiva de soporte, y con morfina 10 mg hora por BIC.

En la noche se pesquisa retención urinaria e ileo médico, se aspira sonda anteral con al menos 1 litro de contenido y se sondea obteniendo orina aprox. 1500 cc.

Enfermera avisa pérdida de latido, no encuentro soplo carotideo ni radial y por el ruido del ventilador es difícil auscultar, finalmente se escucha esbozo de latidos cardiacos.

A las 23:10 se constata fallecimiento.

B.- Declaración Fabio Andrés López Aguilera, Director del Hospital de Rengo, quien señala que la paciente estuvo hospitalizada en nuestro servicio hasta el día 12 de noviembre del 2016, ya que fue trasladada a la Clínica

BEXVPHHXVD

Indisa de Santiago, para monitoreo Neurocrítico, con el cual no contamos ni en el Hospital de Rengo ni en el Hospital Regional Rancagua. La usuaria se intentó en varias oportunidades derivar a algún establecimiento especializado, sin embargo no había disponibilidad de cama en ese momento y quien da el pase de cupo es la UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Cama, del Ministerio de Salud), por lo anterior, quiero dejar en claro que se intentó el traslado de la usuaria, pero las razones por las que no se pudo antes, escapan de nuestras manos, por lo comentado anteriormente.

C.- Declaración prestada por el Dr. Paul Rolando Pacurucu Yunga, en cuyo contexto señala "Nosotros como establecimiento de salud, contamos con especialistas y medicamentos para manejar el Status Convulsivo y como en el Hospital de Rancagua fue evaluada y encontrada normal, se decidió manejar en Rengo, sin embargo como mantuvo fasciculaciones (movimientos finos y repetitivos de alguna extremidad), se decidió realizar una resonancia y como esta señaló mayor complejidad de la situación, se comenzó a coordinar la derivación a un establecimiento de mayor complejidad, además de una segunda opinión de especialista (Dr. Canitrot de Clínica Indisa), lo cual tramitó el médico jefe de la UPC, que trabaja con él. A la clínica Indisa fue derivada el día 12 de noviembre del 2016.

D.- Declaración prestada por el Dr. Mario Canitrot Paniagua, de fecha 10 de marzo de 2017, quien relata que la segunda semana del mes de noviembre de 2016, me contactó por vía telefónica el Dr. Rolando Marín, Jefe de la Unidad de Paciente Crítico de Rengo, quien me señaló que tenían una paciente neurocrítica hospitalizada, solicitándome ayuda en cuanto a su manejo y la posibilidad de trasladarme hasta el hospital de esa comuna para su evaluación. (…) Entre los día 8 y 9 de noviembre de ese año, en horas de la tarde, llegué hasta el Hospital de Rengo, donde fui recibido por el Dr. Marín, quien me mostró la ficha de la paciente Lorena Ramírez Pérez con sus respectivos exámenes además de revisarla físicamente a ella, constatando que se encontraba secuelada neurológicamente de manera grave, por una encefalopatía hipóxico isquémica, producto de una depresión respiratoria inadvertida, en relación a una sobredosis de opiáceos, además, precozmente cursó un status epiléptico convulsivo, que se extendió

BEXVPHHXVD

durante todo el día 31 de octubre del año 2016. Por lo anterior, desde la noche de ese día (31.OCT.016) recibió los cuidados necesarios para su soporte vital. La paciente se mantuvo estable los días siguientes, por lo cual se pudo realizar una resonancia de cerebro, que demostró las secuelas isquémicas en el territorio encefálico, provocadas durante las primeras horas de su depresión respiratoria. El Hospital de Rengo en ese momento no contaba con electroencefalograma ni subespecialistas que permitieran abordar idóneamente el manejo de esta paciente, por lo que les recomendé el traslado a un centro de mayor complejidad. En esa oportunidad, tuvimos una reunión con el Dr. Marín y los dos hijos de la Sra. Lorena, donde se discutió la condición y el mal pronóstico neurológico y vital de la paciente. Dado que aún había terapias que posiblemente podrían haberle ayudado a mejorar su condición neurolpogica y vital (dianóstico y control del posible status epiléptico no convulsivo), se acuerda intentar trasladar a un centro de mayor complejidad. A la paciente todos los días se le intentó trasladar desde el Hospital de Rengo, a través de la Unidad de Gestión de Cama de Paciente Crítico del Ministerio de Salud, como no fue posible, desconozco los motivos de ello, el mencionado Hospital decidió hacerse cargo del pago del traslado de la paciente y de los costos del establecimiento de salud, trasladándola el día 12 de noviembre del 2016 a la UPC Neurocrítica de la Clínica Indisa. Cuando la Sra. Lorena llegó a la Clínica Indisa, el día 12 de noviembre de 2016, su diagnóstico de ingreso fue un "Status Convulsivo, Sobredosificación de Opiáceos y Encefalopatía Hipóxico isquémica".

Asimismo, se llegó a cabo mediante exhorto la audiencia de exhibición de documentos consistente en la Ficha Clínica de las prestaciones que recibiera la paciente en la Clínica Indisa (copia se agrega en folios 223 a 227).

Trigésimo tercero: Que, es un hecho debidamente asentado en el proceso, tanto por el reconocimiento que los demandados hacen en sus escritos de contestación como por la prueba rendida, que en la madrugada del día 31 de octubre de 2016, habiéndose prescrito como tratamiento de analgesia a la paciente doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez el suministro por vía endovenosa de una dosis de 100 mcg de Fentanyl diluido en 500 cc de suero fisiológico, al no haber cedido los dolores reumatológicos

BEXVPHHXVD

que presentaba con el tratamiento inicial consistente en la administración de Ketorolaco 60 mg en 20 cc de suero fisiológico, se le terminó administrando en forma directa una sobredosis de 500 mcg del mencionado medicamento.

La dinámica de estos hechos, que el demandado Servicio de salud O´Higgins califica como un Evento Adverso o Centinela, se encuentra descrita con total claridad en la investigación sumaria que se instruyera por parte del Director del Hospital de Rengo, desarrollada como fiscal por la Profesional Enfermera a contrata del mencionado establecimiento, doña doña Nivia Gatica Gajardo, quien luego tomar declaración a los funcionarios involucrados en el caso de la usuaria Lorena del Carmen Ramírez Pérez, constata lo siguiente:

"La usuaria consulta en el servicio de urgencia a las 4:35 de la madrugada del día 31 de Octubre de 2016, por artralgia. Es evaluada en triage por el enfermero René Bugueño quien la categoriza como C4. Encontrándose la paciente con hipertensión arterial, afebril, eucardica y sin registro de oximetría de pulso ni evaluación del dolor según EVA, es ingresada a box y evaluada por el doctor Arciniegas, quien indica inicialmente analgesia, Ketorolaco 60 mg en 20 cc de suero fisiológico, medicamento que es administrado por la TENS Karla Jara, a las 05:08 horas, luego de esto la TENS Karla Jara, terminada su turnada le entrega los pacientes a la TENS Patricia Meza Ulloa. Alrededor de las 05:45 AM como la paciente continuaba con dolor, el doctor Arciniegas, refiere indicar FENTANYL 100 mcg en 500 cc de suero fisiológico 0.98, sin embargo en el registro del DAU, no hay claridad de la dosis inicialmente indicada, debido a que el documento se encuentra alterado, encontrando números sobrepuestos, en la dosis inicialmente indicada. En ese momento se encontraban en el servicio el Dr. Arciniega, el enfermero René Bugueño, la TENS Patricia Meza y la TENS Ángela Donoso.

La TENS Patricia Meza revisa en DAU y le informa al enfermero René Bugueño, quien le refiere que el medicamento no se encuentra en urgencia, por lo que le pide que cobre la receta en medicina. La TENS acude a medicina y solicita el medicamento con receta correspondiente a Fentanyl 100 mcg. La enfermera Claudia Soto Iglesias, según su declaración, le refiere que sólo tiene Fentanyl de 500 mcg, preguntándole si

BEXVPHHXVD

le sirve. No hay registro de lo anterior, ni testigo del diálogo entre ambas funcionarias en ese momento, la TENS recibe el medicamento y regresa a urgencias, administrándole las 500 mcg en bolo a la paciente. Mientras esto ocurría el enfermero René Bugueño acude a su residencia a buscar a la enfermera Daisy Hernández a quien le correspondía su turnada. En ningún momento el enfermero supervisa el procedimiento y refiere en su declaración que es una conducta habitual en el personal técnico de enfermería administrar medicamentos controlados sin supervisión, (entendiendo) que este es un procedimiento de absoluta responsabilidad del personal enfermero.

Luego de la administración de Fentanyl la TENS Patricia Meza traslada la paciente a observación. Alrededor de las 06:00 am el Dr. Lara inicia su turnada. No hay claridad respecto a si hubo entrega de turno entre el Dr. Lara y el Dr. Arciniega, y ambas versiones se contradicen. El Dr. Lara refiriere que la única paciente en observación era la Sr. Lorena Ramírez, quien en ese momento se encontraba dormida y que al revisar el DAU estaba ya con una indicación de alta.

La enfermera Daisy, luego de recibir el turno aproximadamente a las 06:00 am, evalúa a la paciente en observación, refiriendo que se encontraba dormida, pero con respuesta a estimulo verbal, con acceso venoso periférico pasando un suero fisiológico 0,9 % solo. Sin embargo en ningún momento evalúa hemodinamia, Glasgow, ni le llama la atención que la paciente no tuviera infusión continua de Fentanyl, declarando que habitualmente el medicamento se administraba en bolo, independiente de la indicación de la disolución del médico. Durante la turnada de la E. Daisy la TENS Patricia no existe ningún registro de evaluación, control por médico residente, ni control de signos vitales.

Alrededor de las 07:30 la TENS Karla Jara se presenta en observación para recibir la turnada de la TENS Patricia Meza. La TENS Karla Jara refiere que le llama la atención que la paciente continúe en observación y al ingresar a la unidad la encuentra con compromiso de conciencia, sin respuesta a estímulo doloroso. Inmediatamente le pregunta a la TENS Patricia Meza qué le administró y donde consiguió el medicamento, quien le refiere que administró una ampolla de Fentanyl, que

BEXVPHHXVD

consiguió en el servicio de medicina y que lo administró todo en bolo. La TENS Karla Jara se niega a recibir a la paciente sin control de signos vitales por lo que Patricia Meza la controla, encontrando a la paciente según refiere las declarantes, desaturando, sin encontrar registro de ella de esta oximetría de pulso. Le administran oxigeno por mascarilla venturi 6 litros y Patricia Meza le avisa al Dr. Arciniega y Dr. Fausto, que hubo un error de medicación. Ambos bajan a evaluar a la paciente, indican Naloxona como antídoto para revertir el efecto del Fentanyl y la monitorizan.

Mientras ocurría esto los enfermeros René Bugueño y Daisy Hernández son informados alrededor de las 08:00 am y Daisy en su entrega de turno refiere a su colega EU Natalia Calabrano que la paciente dormirá hasta tarde debido a que se le administró una sobredosis de Fentanyl, entregando a la paciente, en ese momento, sin registro de control de signos vitales. La EU Natalia Calabrano exige control de signos vitales, monitor y SG. El primer control de signos vitales que registra la paciente es a las 08:00 am.

Siendo aproximadamente las 08:30 am la paciente ingresa al reanimador por indicación del Dr. Fausto.

Alrededor de las 08:59 am se le administran 3 ampollas de Naloxona endovenosa, medicamento administrado por un TENS y no por el profesional de enfermería, incluso encontrándose la paciente en el reanimador.

A las 09:00 am la paciente registra un control de signos vitales alterado, paciente hipertensa (PAM manual de 142 mmhg), taquicardica, polipneica pero con oximetría de pulso normal, se le indica Labetalol sin registro de horario ni timbre del médico que indica. El medicamento es administrado a las 09:15 hrs por un TENS y no por un profesional de enfermería.

A las 09:10 am se le administra la cuarta ampolla de Naloxona 0.4 mg la que es administrada por la TENS Yessenia en el reanimador.

A las 09:30 am deciden proteger vía aérea y se administra sedación con Rocuronio 25 mg endovenoso y Etomidato 20 mg endovenoso, intubando a la paciente alrededor de las 09:40 hrs.

BEXVPHHXVD

La paciente se mantiene hipertensa durante los siguientes 7 controles de signos vitales realizados entre las 09: 00 y las 11:15 am con PAM manual superior a 140 mmhg. Registrando una segunda administración de Labetanol a las 09:30 hrs. Después de este horario (09:30 hrs) no registra administración de ningún otro medicamento.

No existe registro de gasometría arterial sino hasta las 12:10 am momento en que la paciente ya se encontraba en ventilación mecánica invasiva.

Según refieren los declarantes alrededor de las 14:00 hrs luego de evaluación del Dr. Oses, la paciente es enviada con SAMU a HRR para realizar TAC.

Dr. Oses en su declaración refiere que la paciente se encontraba convulsionando, por ese motivo pide un TAC e indica manejo con Midazolam, Propofol y Fenitoína, con buena respuesta según sus declaraciones. Sin embargo, no existe registro de esta indicación o la administración de esos medicamentos en la hoja del registro del reanimador. Tampoco existe registro de control de signos vitales después de las 11:15 hrs, cabe destacar que en último control registrado la paciente seguía hipertensa (188/108 mmag)

El siguiente registro se realiza a las 20:20 hrs. Hora en que según declarantes la paciente regresa del TAC con SAMU. En este control la paciente continúa hipertensa.

A las 20:50, según registros, la paciente se encontraba termodinámicamente hipotensa (PAM 36 mmag) por lo que se inicia BIC de dopamina a 10 mcg/kg/min. Medicamento administrado por el EU de turno Francisco Salazar.

La paciente se mantiene hipotensa hasta las 21:30 hrs aumentando la BIC de dopamina a 15 mcg/kg/min, a las 21:32. Procedimiento realizado por el EU Francisco Salazar.

A las 23:25 hrs se realiza traslape anoradrenalina 0,5 mcg/kg/min y se titula dosis hasta alcanzar PAM 84 mmhg procedimiento realizado por EU Francisco Salazar, la paciente se traslada a UPC a las 01:10 pm según registro de enfermería."

BEXVPHHXVD

Trigésimo cuarto: Que, según se explica en la "Norma General Técnica Sobre Calidad de la Atención: Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinela", del Ministerio de Salud, la seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad. Se entiende por evento adverso a una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad y por evento centinela se entiende un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

Tratándose de aquellos eventos que cuentan con prácticas clínicas de evidencia demostrada para su prevención y ante la ocurrencia de alguno, se debe revisar el cumplimiento de estas normas de prevención; y de verificarse que las medidas de prevención no se cumplieron cabalmente, se revisarán los registros clínicos para determinar si existe una justificación escrita por un profesional tratante que lo justifique. Si existe tal justificación el profesional de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente (OCSP) elaborará el reporte correspondiente, que será sometido a un análisis técnico por los especialistas locales para documentar si la justificación era apropiada, si se requiere otras acciones tales como explicitar una excepción a la normativa local u otra medida. Si no hay otras acciones que realizar se elaborará un informe para la autoridad local de lo realizado.

Si se verifica la ausencia de aplicación de las medidas de prevención establecidas y el profesional no justificó su acción, se procederá a (1) reportar el caso a la autoridad local para las medidas técnico-administrativas que considere pertinentes y (2) a realizar una investigación inmediata destinada a proteger la seguridad de los otros pacientes.

BEXVPHHXVD

Trigésimo quinto: Que, si bien el evento adverso consistente en el error en la administración del medicamento suministrado a la paciente, puede calificarse como un hecho no querido e inesperado, deviene en este caso en una prestación deficiente que compromete la responsabilidad del demandado Servicio de Salud O´Higgins, por el factor de imputación Falta de Servicio, pues no sólo ha sido posible de prever sino que ha debido preverse, dados los riesgos asociados al uso del medicamento Fentanyl y la existencia de prácticas clínicas de evidencia demostrada para su prevención que, pese a encontrarse debidamente establecidas en los protocolos de atención, no fueron observadas por quienes a la sazón eran funcionarios públicos dependientes del demandado Servicio.

En relación a los riesgos asociados al uso del medicamento Fentanyl, todos los testigos médicos que declararon en estrados, y el propio demandado Dr. Arciniegas al absolver posiciones, señalaron que éste puede provocar depresión del sistema respiratorio, lo que se condice con la información proporcionada por el Instituto de Salud Pública en relación al uso del FENODID en solución inyectable, recomendándose como "Precauciones Generales: Solo debe ser utilizado por personal con experiencia en el uso de anestésicos intravenosos y en el manejo de la depresión respiratoria, siempre y cuando existan los elementos necesarios para la reanimación cardiopulmonar, incluyendo antagonistas de opiáceos, oxígeno y equipo de intubación endotraqueal".

Por su parte, conforme al Protocolo del Hospital de Rengo Ricardo Valenzuela, relativo a administración de medicamentos endovenosos, de marzo de 2016, al realizar este procedimiento ha debido observarse los denominados "5 correctos de la administración de medicamentos: a) Paciente correcto; b) Medicamento correcto; c) Dosis correcta; d) Vía de administración correcta; e) Horario correcto", lo que a la luz de la investigación sumaria no se hizo por parte de la técnico paramédico Patricia Belén Meza Ulloa; a lo que se agrega el no haberse respetado el denominado "Protocolo manejo del dolor agudo en pacientes post operados del Hospital de Rengo Ricardo Valenzuela, de mayo de 2016", no sólo porque no consta en la ficha clínica ni en hoja DAU que se hubiese evaluado por el Dr. Arciniegas el dolor que presentaba la paciente,

BEXVPHHXVD

acudiendo a la denominada "Escala de evaluación del dolor EVA (Escala Visual Análoga)", lo que conforme al mismo protocolo resultaba necesario para escalar en la analgesia, sólo si el paciente presenta dolor con EVA de 4 o más, en Servicio de Recuperación, procede utilizar Fentanilo con indicación médica en dosis de 1 gama por kilo de peso. Ej. Paciente de 75 Kg = 1.5 ml. A lo anterior se agrega que, conforme a este último protocolo, el profesional responsable en manejo del dolor agudo en sala de recuperación, no ha podido ser otro más que el enfermero encargado del servicio, a saber, el también demandado René Alejandro Bugueño Rojas.

Trigésimo sexto: Que, conforme a la "Norma General Técnica Sobre Calidad de la Atención: Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinela", del Ministerio de Salud, verifica entonces la ausencia de aplicación de las medidas de prevención establecidas y no justificada su acción por parte de los funcionarios que participaron en la administración del medicamento Fentanyl, ha debido realizarse la investigación inmediata destinada a proteger la seguridad de los otros pacientes. Como se dijera, ante el reporte del evento adverso, el Director del Hospital de Rengo dispuso instruir investigación sumaria que permitió identificar los siguientes errores de proceso en la atención de la usuaria Lorena Ramírez Pérez:

.- Paciente consulta por artralgia (dolor articular) sin evaluar dolor según escala EVA al ingreso, en triage.

.- La paciente ingresa hipertensa a las 04:35, sin embargo, no se realiza un nuevo control de signos vitales, sino hasta la las 08:00 en la entrega de turno, cuando se percatan del error de medicación, encontrando a la paciente con compromiso de conciencia.

.- No existe registro de valoración del dolor según EVA para escalar en la indicación de analgesia. El médico escala en la indicación de analgesia de un AINES a un opioide, sin registro de evaluación del dolor según EVA.

.- Los medicamentos controlados son libremente administrados por personal TENS, sin supervisión del profesional de Enfermería.

.- Los profesionales de enfermería realizan entrega de turno de los pacientes de observación sin control de signos vitales.

.- No existe continuidad en la gestión del cuidado del profesional de enfermería.

BEXVPHHXVD

.- La paciente ingresa al reanimador sin control de gasometría previo a la intubación.

.- No existe registro horario en las indicaciones médicas.

.- La paciente se mantiene hipertensa en el reanimador y no registra intervención profesional después de las 9:36 manteniéndose hipertensa hasta las 11:15.

.- Los profesionales de enfermería muestran graves falencias en conocimientos teórico-prácticos, respecto al manejo de un paciente en estado crítico.

.- No existe registro del horario de traslado de la paciente al HRR por SAMU.

Cabe concluir entonces que el evento adverso no resultaba imprevisible, sino que debió y pudo preverse actuando con el cuidado y diligencia que exige el deber u obligación de seguridad del paciente, consagrado en el artículo 4 de la Ley N° 20.584, siendo precisamente la inobservancia de los protocolos establecidos para la administración de esta clase de medicamentos, lo que expuso a la paciente y madre de los demandantes a una sobredosis que no pudo resolverse pese a la administración del antídoto recomendado, por lo que desde ya cabe desestimar las defensas planteadas en su contestación por el demandado Servicio de Salud, consistentes en la "Ausencia de hecho generador del daño" y eximente de "imprevisibilidad del evento adverso".

Trigésimo séptimo: Que, en lo que respecta a la relación de causalidad entre la Falta de Servicio que se reclama y el resultado dañoso, ya al día 03 de noviembre de 2016 y conforme a los resultados de Resonancia Magnética de Encéfalo practicado a la paciente en la Clínica Isamédica, se constataron "Lesiones de carácter cortical que comprometen la región supratentorial bilateral a nivel témporo parietal derecho y fronto parietal izquierdo con restricción en difusión. Las características descritas hacen planteable un cuadro de encefalopatía hipóxico isquémica", diagnóstico este último que fue ratificado por el médico Mario Marcelo Canitrot Paniagua, quien refiere que ya al evaluar por primera vez a la paciente Lorena Ramírez en el Hospital de Rengo, ésta se encontraba en coma persistente y con daño cerebral extenso debido a un paro

BEXVPHHXVD

cardiorrespiratorio inadvertido, resultando evidente el daño cerebral hipóxico isquémico (daño neuronal por falta de oxígeno) asociado a un estatus epiléptico secundario (actividad epiléptica cerebral no convulsiva, secundaria a las lesiones isquémicas cerebrales), concluyendo que el daño hipóxico isquémico extenso dejó secuelas graves y con riesgo vital a Lorena Ramírez, y provocaron el estatus epiléptico hiperrefractario que la llevó a la muerte, provocados por un paro respiratorio después de la administración de Fentanyl endovenoso.

La carga de la prueba que pesa sobre los actores se limita a la relación causal entre el hecho constitutivo de falta de servicio y el resultado dañoso, pero de modo alguno puede extender aquella a la concurrencia de hechos o circunstancias que hayan podido interrumpir la relación causal. En relación a estas últimas, quien ha debido probar su concurrencia no ha sido sino el demandado Servicio de Salud O´Higgins; era de su cargo acreditar que efectivamente la paciente ingirió pastillas de forma previa y cercana a su consulta el día 31 de octubre de 2016 en el Hospital de Rengo, y que tanto dicha circunstancia como sus patologías de base habrían incidido en su respuesta y evolución frente a la sobredosis de Fentanyl que le fuera erróneamente suministrada, sin embargo, prueba alguna rindió en relación a dichas alegaciones.

Finalmente, tampoco resulta admisible su alegación en orden a que el nexo o relación de causalidad se habría visto interrumpido por el hecho de que la paciente haya sido tratada por casi dos meses en la Clínica Indisa y que haya fallecido en dicho establecimiento, pues como consta de las propias declaraciones rendidas en el marco de la investigación lleva a cabo por parte de la Fiscalía Local de Rengo, tanto por el Director del Hospital de Rengo y por el Dr. Paul Rolando Pacurucu Yunga (quien también declaró como testigo en este juicio), la derivación a dicho prestador privado tuvo lugar ante la imposibilidad de derivación dentro de la red pública y por no contar, ni el Hospital de Rengo ni el Hospital Regional Rancagua, con el monitoreo Neurocrítico que la paciente requería, precisamente por el daño hipóxico isquémico severo provocado por la sobredosis de Fentanyl.

Trigésimo octavo: Que, establecida como ha quedado la responsabilidad del demandado Servicio de Salud O´Higgins, por Falta de

BEXVPHHXVD

Servicio, corresponde analizar si procede en la especie perseguir en este juicio la responsabilidad solidaria de los también demandados Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, médico cirujano; Patricia Belén Meza Ulloa, técnico paramédico; y René Alejandro Bugueño Rojas, enfermero.

En tal sentido, cabe señalar que bajo la lógica del sistema de responsabilidad de los órganos del Estado por Falta de Servicio, la imputación que se hace es que la función pública se ha desplegado o proporcionado de manera defectuosa o deficiente, de manera que es el Estado quien responderá por el hecho propio, pues a través de sus funcionarios no es sino el servicio mismo el que se ha materializado. El funcionario público no se encuentra en principio llamado a responder de estos perjuicios, a menos que en su proceder pueda imputársele falta personal, caso en el cual el Estado o el servicio público podrá repetir en su contra, precisamente, porque la falta de servicio -en cualquiera de sus tres dimensiones- se ha configurado por haber actuado el funcionario con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, así lo establece el artículo 38 inciso 3° de la Ley N° 19.966. Luego, únicamente en estos casos surgirá la responsabilidad personal del funcionario, misma que traerá aparejada la del órgano a que pertenece por falta de servicio.

La responsabilidad por Falta de Servicio de los prestadores institucionales públicos que forman parte – en este caso - de la red asistencial del Servicio de Salud O´Higgins, es siempre directa, y no puede perseguirse solidariamente a los funcionarios que hayan participado en el otorgamiento de las prestaciones de carácter asistencial, pues como bien sabemos, la solidaridad no se presume, sin que pueda reconducirse tampoco a la norma contemplada en el artículo 2317 del Código Civil. Por lo demás, el artículo 43 de la ley N° 19.966 concurre como argumento de texto para sostener la ausencia de solidaridad en el régimen de responsabilidad que se analiza, al distinguir entre las "acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales definidas por el artículo 16 bis del decreto ley Nº2.763, de 1979, <u>o sus funcionarios</u>, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, (…)"

BEXVPHHXVD

En tales condiciones, habiéndose dirigido erróneamente la pretensión de los actores, persiguiendo la responsabilidad solidaria de los demandados individualizados al inicio de este motivo, la demanda deberá ser rechazada en este punto, tornándose innecesario analizar las alegaciones y/o defensas planteadas por estos en sus respectivas contestaciones.

Trigésimo noveno: Que, despejado lo anterior y establecida la responsabilidad del demandado Servicio de Salud O´Higgins, corresponde analizar la existencia y cuantía de los perjuicios cuya reparación se reclama por los demandantes.

En este punto, desde ya deberá desestimarse su pretensión de lucro cesante consistente en "la suma de $64.800.000.- (Sesenta y cuatro millones ochocientos mil pesos) a razón que mi madre percibía 2 pensiones de carácter vitalicio que sumadas ascendían a $200.000.- (doscientos mil pesos) mensuales", no sólo porque la existencia de dichas pensiones no se acreditó durante el juicio, sino además porque los demandantes ejercen su acción en calidad de víctimas por rebote o repercusión, esto es, por el daño propio que dicen haber reportado, lo que claramente no alcanza a las pensiones que la víctima directa no habría podido percibir a causa de su fallecimiento.

Ahora bien, en lo que respecta al detrimento o daño moral que los demandantes reclaman, el impacto emocional que les trajo el inesperado deceso de su madre y las circunstancias que rodearon el mismo, fue debidamente acreditado con los testimonios de los psicólogos don Alex Candia Lisboa y doña Elena Caro Cabrera, quienes en su momento ratificaron las conclusiones alcanzadas en las evaluaciones que hicieran a doña Bárbara Figueroa Ramírez y don Cristian Figueroa Ramírez, respectivamente. Los mencionados profesionales avalan los síntomas y signos traumáticos que presentan los actores, que para el caso de Bárbara Figueroa Ramírez se reflejan en el desarrollo de un trastorno de estrés agudo y adaptativo, manifestado en crisis de pánico, fobia social y estrés postraumático; en tanto que el demandante Cristian Figueroa Ramírez, ha experimentado un trastorno depresivo ansioso con síntomas de rasgos de suicidio leve, frente a la pérdida de su madre y lo que ha significado el proceso de no concluir el duelo.

BEXVPHHXVD

Cuadragésimo: Que, conforme a lo razonado, el daño moral o extrapatrimonial sufrido por los demandantes y que resulta consecuencia directa y necesaria de la Falta de Servicio en que incurriera el prestador institucional Hospital de Rengo, dependiente de la red de salud a cargo del demandado Servicio de Salud O´Higgins, deberá ser reparado a través de una indemnización cuya cuantía habrá de fijarse prudencialmente, sin que pueda alcanzar la suma que se pretende, en la medida que lo que subyace en la indemnización de esta partida no es un criterio sancionatorio sino que satisfactivo del dolor causado, sin que pueda constituir una fuente de enriquecimiento, todo lo cual llevará a regular prudencial la indemnización en la suma de $40.000.000.- (cuarenta millones de pesos) para cada uno de los demandantes, considerándose la misma como suficiente paliativo ante el sufrimiento o detrimento experimentado.

Con lo relacionado y visto, además, lo dispuesto en los artículos 1, 5, 6, 7 y 19 Nº 1 de la Constitución Política de la República; 38, 40 y 41 de la Ley N° 19.966 sobre Garantías de Salud; 1698, 1699, 1700, 1702 y 1712 del Código Civil; 144, 160, 169, 170, 254, 309, 342, 346, 384 Nº 2, 425 y 426 del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I.- Que, se rechaza la incidencia de objeción documental, promovida en folio 106 (reiterada en folio 141) por el apoderado del demandado Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, sin costas, por estimarse que ha tenido motivos plausibles para incidentar.

II.- Que, se rechaza la incidencia de objeción documental, promovida en folio 156 por el apoderado de los demandantes, sin costas, por estimarse que ha tenido motivos plausibles para incidentar.

III.- Que, se rechaza la incidencia de objeción documental, promovida por el apoderado de los demandantes en cuaderno digital 2.0 "Objeción de documentos, sin costas, por estimarse que ha tenido motivos plausibles para incidentar.

IV.- Que, se rechaza la incidencia de objeción documental, promovida en folio 155 por el apoderado de los demandantes, sin costas, por estimarse que ha tenido motivos plausibles para incidentar.

V.- Que, se rechazan las tachas por las causales del artículo 358 N° 5 y N° 6, planteadas en audiencia testimonial de folio 137 por el apoderado

BEXVPHHXVD

del demandado Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, en contra de la testigo doña Elena Alejandra Caro Cabrera, sin costas, por estimarse que tuvo motivos plausibles para incidentar.

VI.- Que, se rechazan las tachas por las causales del artículo 358 N° 5 y N° 6, planteadas en audiencia testimonial de folio 137 por el apoderado del demandado Dr. Arciniegas y por el apoderado del demandado Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, en contra del testigo don Alex Mauricio Candia Lisboa, sin costas, por estimarse que tuvo motivos plausibles para incidentar.

VII.- Que, se rechazan las tachas por las causales del artículo 358 N° 5 y N° 6, planteadas en audiencia testimonial de folio 138 por el apoderado de los demandantes, en contra del testigo Dr. Paul Rolando Pacurucu Yunga, sin costas, por estimarse que tuvo motivos plausibles para incidentar.

VIII.- Que, **se hace lugar a la demanda de indemnización de perjuicios** de fecha 09 de junio de 2017, interpuesta por don CHRISTIAN NICOLÁS FIGUEROA RAMÍREZ, por sí y en representación de doña BÁRBARA PAOLA FIGUEROA RAMÍREZ, sólo en cuanto se dirige contra el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins, todos ya debidamente individualizados, por la responsabilidad por Falta de Servicio que cupo al demandado Servicio de Salud en los hechos acaecidos el día 31 de octubre de 2016, en dependencias del Hospital de Rengo, oportunidad en que se suministrara a la paciente doña Lorena del Carmen Ramírez Pérez - madre de los demandantes -una sobredosis del medicamento Fentanyl, provocando con ello un daño hipóxico isquémico que finalmente derivó en el estatus epiléptico hiperrefractario que la llevó a la muerte, erigiéndose dicha falta de servicio como causa directa y necesaria del perjuicio o detrimento moral analizado, condenándose al demandado Servicio de Salud a pagar una indemnización por concepto de daño moral que se regula prudencialmente en la suma de $40.000.000.- (cuarenta millones de pesos) para cada uno de los demandantes.

La suma antes señalada deberá pagarse debidamente reajustada según la variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor entre la fecha de notificación de la presente demanda y hasta que se verifique el pago efectivo, más los intereses corrientes que se devenguen

BEXVPHHXVD

desde que la sentencia quede ejecutoriada y hasta el entero y cumplido pago de la indemnización de perjuicios que ha sido concedida.

IX.- Que, no se condena en costas al demandado Servicio de Salud, por haber tenido motivos plausibles para litigar.

X.- Que, se rechaza la demanda en cuanto persigue la responsabilidad solidaria de los demandados Edison Marcelo Arciniegas Siguenza, médico cirujano; Patricia Belén Meza Ulloa, técnico paramédico; y René Alejandro Bugueño Rojas, enfermero, sin costas, por estimarse que los demandantes han tenido motivos plausibles para litigar.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° C-26.372-2017.

Dictada por Manuel Jesús Figueroa Salas, Juez Titular.

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

BEXVPHHXVD

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 05 de abril de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte http://www.horaoficial.cl

Manuel Jesus Figueroa Salas
Fecha: 18/04/2020 16:35:13