

Puerto Montt, veinticinco agosto dos mil veintitrés.-

PRIMERO: Que, se ha sostenido el presente juicio simplificado conforme las normas que regulan los artículos 395 y siguientes del código procesal penal así entonces fiscalía ha presentado requerimiento en contra de Paul Aguirre Vivanco conforme a los siguientes hechos: que durante los días 20 y 21 junio 2015 la víctima nacido el 10/08/2001 encontrándose hospitalizado en la unidad de urgencia pediátrica de la clínica universitaria de Puerto Montt EX clínica los andes , ubicada en calle Bellavista de esta ciudad y que mantenía, entre otros síntomas, fiebre, cefalea y Dolores musculares, habiendo concurrido previamente los días 17 y 18 de junio a dicho establecimiento, a propósito de un cuadro persistente de tos y fiebre cuyo manejo ambulatorio no dio resultado, se encontraba a cargo de su médico cirujano tratante, el pediatra Paúl Aguirre vivanco quién ha pesar de advertir la evolución progresiva de inestabilidad del paciente vale decir, insuficiencia respiratoria, distrés respiratorio y shock descompensado ejecutó su rol con negligencia culpable y/o mera prudencia o negligencia con infracción de reglamentos, circunstancia que finalmente le ocasionó la muerte a la víctima con fecha 21/06/2015 producto shock séptico y neumonía bilateral correspondientes a un síndrome cardiopulmonar por hanta virus, él la medida que la mantención por el imputado de un protocolo enfocado en el tratamiento de una neumonía por mycoplasma significó la realización de diversas acciones y omisiones en contravención directa a lo establecido por el ministerio de salud en la resolución exenta 881/2013, guía clínica de prevención diagnóstico y tratamiento del síndrome cardiopulmonar por antivirus, protocolo integrante de la lex artis médica y que de haberse cumplido, habría evitado su fallecimiento .- Se califican los hechos referidos por fiscalía como cuasi delito de homicidio simple conforme a los artículos 490 número uno, 491 inciso primero en relación al 391 número 2 todo del código penal.-

En tiempo y forma, se presentó adhesión al requerimiento por el querellante de autos.-

SEGUNDO. Que, el acusado Aguirre, conociendo su derecho a guardar silencio decide renunciar al mismo, así entonces expone en estrados que se trata de un médico cirujano ecuatoriano que vive hace 12 años en Puerto Montt indica que obtiene su título en la Universidad Central del Ecuador el año 2000 y el de especialidad en pediatría el año 2004 , revalidado el año 2011 por convenios entre Chile y Ecuador.- Refiere que el día de los hechos se encontraba de turno de llamada la semana del 20 JUNIO 2015 implica tal concepto acudir al lugar de trabajo no siendo residente, en torno al hecho en cuestión recuerda haber recibido llamada a las 14 o 15 horas del 20 de junio de parte del doctor Rueda quién le informa atención de urgencia de un menor que había consultado ya en clínica por tercera vez, determinando el doctor Rueda su ingreso a hospitalización,



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

Código: NNGKXHDJTNH

continúa el doctor Aguirre indicando que acude a ver a que lo observa estable sin fiebre con frecuencia respiratoria normal, el ingreso era neumonía por mycoplasma, revisó los exámenes conversó con la madre de vio radiografía de tórax observa inflamación en el tejido pulmonar, observa como único resultado positivo el mycoplasma como germen sospechoso, iniciando por ende el tratamiento indica la colocación de oxígeno si fuese necesario líquidos para hidratación y antibiótico vía intravenosa además de paracetamol y ejercicios kinesiológicos respiratorios más nebulización por salbutamol se retira del centro de salud

Luego indica que cerca de las 19:00 o 20 horas de igual día la enfermera le informa que presentaba fiebre indica el doctor que es común, dado el cuadro de neumonía ordena la utilización de otro antiinflamatorio, dipirona luego cerca de las 3:00 o cuatro de la mañana recibe una nueva llamada de la enfermera a fin de pedir quién pedía el cambio de catéter nasal a mascarilla informa la enfermera que requería uso de oxígeno desde cerca de las 23:00, se traslada a la clínica y el comparecer observa otro paciente que requería oxígeno cercano a un 35% narra el doctor Aguirre que en tres horas pasó de un buen cuadro a un nivel de mayor complicación narra que se comunica con la uci pediátrica hospital local, dado que la clínica no contaba con tal unidad, habla con la doctora Galindo le refiere al cuadro clínico para presentar el caso recalando la necesidad de oxígeno por parte del paciente y la eventual posibilidad de ventilación mecánica, la doctora Galindo le dice que no contaba con camas UCI dado plena época invernal, a las 2 o 3 horas después se produce un nuevo llamado desde la clínica por aumento del requerimiento de oxígeno cercano ya al 50% refiere el doctor Aguirre nuevo contacto con la doctora Galindo quien refería realizaría las gestiones para liberar una cama en el hospital. Referente a la atención a ordenó mantener y acortar las nebulizaciones y la actividad kinésica respiratoria, indica un nuevo contacto con la uci pediátrica en esta oportunidad con la doctora Sepúlveda, indicándole que había cama para en el hospital, indica haber hablado con la doctora Muñoz quien asumió el turno del hospital base para dar información del cuadro de finaliza refiriendo que luego no tuvo mayor información que intentó contacto con la uci con la doctora Muñoz quien luego le informa del fallecimiento, lo que era para él un desenlace inesperado solo post mortem se informa que presentaba hanta virus refiere encontrarse muy afectado dado que el fallecido conoció a su hijo mayor en algunas ocasiones incluso jugaban fútbol

TERCERO: Que, interrogado por la fiscalía el requerido precisa que desde el año 2011 residía en Chile directamente en Puerto Montt por una oferta laboral de la clínica Puerto Montt el 2012 se desempeñó además en el hospital de Puerto Montt y en el hospital de Osorno para luego dejar el hospital de Osorno y establecer un vínculo laboral con la clínica universitaria, preguntado por el turno de llamada indica que se trata de un turno de lunes a domingo compuesto por cuatro médicos



siendo él aquella semana el de primera llamada es decir que si él no se encuentra disponible hay que recurrir al de segunda llamada no recuerda quién era o quien ejercitaba tal rol, ilustra que tanto el personal paramédico así como el de urgencia tienen las instrucciones de llamada para el turno a fin de requerir indicaciones. Precisa su concurrencia a las 3:00 de la mañana por la modificación del cuadro clínico reitera que recibió a por neumonía atípica conforme al test rápido y que al momento del ingreso no era necesario un nuevo examen , a las 3:00 de la mañana reitera que solicita exámenes de gases venenosos, nueva radiografía y acota que al ingreso de este lo hacía en buenas condiciones clínicas sin requerimiento de oxígeno y que la fiebre, su presencia o no, era esperable conforme al cuadro, informa además haber recibido una llamada precisamente por la presentación de la fiebre cerca de las 20:30 no hubo otra información desde el ingreso 14:30 hasta el recién indicado de las 20:30 ahí ordenó adicionar otro antiinflamatorio no suspender paracetamol más metamizol dipirona .-

Preguntado por fiscalía en torno al concepto de distrés respiratorio ilustra el requerido que se presenta cuando el paciente requiere mayor uso mecánico para la respiración que requieren más oxígeno presenta ruidos en los campos pulmonares siendo necesario oxígeno terapia más ventilación adecuada pudiendo requerir ventilación mecánica, no ameritaba a tal momento ventilación mecánica, pero no podía descartar su uso futuro cercano sea en días o en horas ya que no presentaba un cuadro grave , recuerda el nuevo llamado cerca de las 3:00 o cuatro de la mañana donde le informan de la colocación de oxígeno no existiendo noticia previa de tal situación, autoriza el cambio de bigotera la mascarilla por la necesidad de mayor oxígeno lo que puede ocurrir indica el requerido por el propio cuadro de neumonía, reitera que se constituye en la clínica cerca de las 4:00 de la mañana que examina observa el incremento en requerimiento de oxígeno , requiere frente a la eventual asistencia respiratoria mecánica, una gestión de traslado de cama al hospital base llamando la doctora galindo de la UCI del hospital base de Puerto Montt informándole del incremento de la frecuencia respiratoria precisa que la gestión de cama es un procedimiento habitual sobre todo en el área de pediatría indica que luego regresó a su domicilio volviendo a la clínica cerca de 2 horas después, cerca de las 9:00 de la mañana aumenta la frecuencia respiratoria de con necesidades de traslado acercándose la opción de ventilación mecánica dado que no otorgarla provocaba que empeorará el cuadro o incluso podría ocasionar el fallecimiento de indica que el paciente fue trasladado cerca a las 10 u 11 de la mañana al hospital más que no lo acompañó dado que fue dado de alta al paciente y que no abordó la ambulancia.

Preguntado por fiscalía en torno al conocimiento de la guía del ministerio de salud para el manejo del hantavirus, indica tener conocimiento de la misma así como de la sospecha del mismo en el periodo de primavera verano, que requiere contacto con el vector siendo, habló con sus padres pero no preguntó tal situación de



contacto en sector rural ni de contacto con ratones porque no había sospecha, se trabajó con las posibilidades de neumonía dado que lo importante reitera es el contacto con el vector, en torno a la información del ministerio de salud de abril de 2015 documentar la vigilancia por hanta por mayor prevalencia indica su conocimiento de aquella información , preguntado por el querellante reitera su conocimiento de la guía de prevención de hanta indica que es una enfermedad poco frecuente indica tener conocimiento del incremento en su incidencia refiere conocer los síntomas de aquella afección: varios días con fiebre, tos, diarrea dolor muscular y la información de contacto con el vector, presentaba los 3 primeros síntomas y no preguntó a la madre ni al paciente por contacto con vector preguntado por la utilización de paracetamol persigue solo aliviar el dolor la fiebre va a ser intermitente precisa que el primer contacto con fue cerca de las 14:30 luego a las 21:00 recibe la noticia por teléfono de que presenta fiebre ordenando sumar otro antiinflamatorio la segunda visita presencial tiene lugar a las 3:30 de la madrugada indica no tener constancia de llamadas previas cerca de las 19:00 o 19:45 , a las 3:30 se le informa vía telefónica de las cianosis distal, del cambio de bigotera a mascarilla por requerimiento de mayor oxígeno y que no fue informado de la primera descompensación o desde qué hora se requeriría mayor oxígeno reitera la información que dio la doctora galindo cerca de las 3:0 4 de la mañana en torno a que el paciente presentaba incremento en su frecuencia respiratoria e incremento requerimiento de oxígeno que se presentaba taquicardia no recuerda si llamó nuevamente al hospital base el intervalo desde las 3 a 9 de la mañana y que no fue informado de las descompensación grave, preguntado por un eventual llamado de la doctora Barrios indica que la recibe mientras se estaba dirigiendo a la clínica , se entrevista con el doctor flores quien le informa verbalmente del paso de suero fisiológico y que se había abierto otra vía descarta haber llamado la atención a la enfermera o cualquier otro profesional , descarta que ordenó retirar la vía o suspender el tratamiento, que al llegar ya se había pasado suero y que él ordena su incremento hasta 500 MS , finaliza las preguntas el querellante indicando el doctor Aguirre que luego del fallecimiento de ejecuta cerca de 3 turnos más y luego termina su relación laboral con la clínica .-

CUARTO: Que, preguntado por su defensa el requerido narra nuevamente el primer contacto con el 20/06/2015 cerca de la 14:15 se presentaba sano sin condiciones clínicas o quirúrgicas previas que aquella era su tercera consulta en urgencia la primera fue por tos o resfrío la segunda por sinusitis y que la tercera ese día el doctor Rueda lo ingresó precisa que presentaba un cuadro de infección respiratoria alta que el doctor Rueda le refiere a la condición de reitera su buenas condiciones clínicas la toma de radiografía del tórax que el panel viral había arrojado como único positivo el mycoplasma , precisa que el IGM es un marcador que indica presencia de gérmenes y que permite orientar el tratamiento por el resultado o presencia de virus que la neumonía es compatible con la información con la inflamación pulmonar, reitera las buenas condiciones clínicas



de a febril sin taquicardia, mantiene por ende la sospecha de neumonía por mycoplasma conforme la positividad ya referida, indica que el hemograma presentaba un aumento leve de leucocito se le informó luego a la madre los pasos a seguir reitera sus indicaciones al personal de enfermería la alimentación la hidratación el oxígeno de ser necesario antibióticos paracetamol y nebulización .

Luego aborda la situación del turno de llamada que implica estar disponible para eventual hospitalización y que en la práctica significa esa disponibilidad durante todo el turno, generando su condición de médico tratante, la llamada puede originarse por un cambio en el cuadro clínico por una duda en el tratamiento o por cambio en la medicación así relata nuevamente que la primera llamada fue cerca de las 20:00 o 21 horas al presentar el paciente fiebre no habiendo cambio del cuadro clínico desde las 14:00 que no fue informado del cambio de ventilación ni ninguna otra modificación importante la segunda llamada fue cerca de las 3:00 AM a fin de requerir autorización por parte de la enfermera para el cambio de bigotera a mascarilla por requerimiento de mayor oxígeno desde las 23:00 se traslada a la clínica ve a *otro paciente* presentaba ruidos en ambas bases del pulmón solicitó exámenes de gases ordenó acortar el tiempo de la nebulización se comunicó con la uci del hospital base por eventual requerimiento de ventilación mecánica o intubación indica que era prudente la reiteración de los exámenes para ver la evolución precisa que el hospital base en su uci pediátrica no contaba con cama por la gran demanda de la indica que los exámenes por él solicitado sólo estuvieron sus resultados en horas de la mañana, a las 4:00 de la mañana se retira de la clínica sin tener noticia de aquellos resultados.-

QUINTO .Que, depone en estrados como prueba de cargo el médico José Vergara Olavarría funcionario de SEREMI SALUD de región de los lagos en el área de vigilancia epidemiológica en ese contexto ilustra referente a hanta virus que la misma es una enfermedad infecciosa emergente cerca de 40 años aproximadamente es una enfermedad grave pero no es frecuente su presencia , es una enfermedad transmisible que presenta connotación de alarma pública y por eso se vigila epidemiológicamente en forma obligatoria indica que los casos de hanta virus se lleva un registro de aquellos, precisa que el agente infeccioso del virus es el ratón coli larga que es una enfermedad endémica de nuestra región incluso ilustra que el primer caso en Chile fue el año 1995 en la comuna de cochamó y que el primer caso en América fue el año 1993 en Estados Unidos.- Es una enfermedad que todos los años presenta casos representa un riesgo sostenido y qué es básicamente estacional producto de la propia actividad del reservorio el ratón inicialmente su tasa de letalidad es cercano al 70% lo que motivó reitera su vigilancia sanitaria estricta aquella letalidad está en disminución por el esfuerzo de las diversas autoridades a fin de que los médicos tengan conciencia de la posibilidad de diagnóstica de enfrentar el antivirus recalando sospechar de aquel por los resultados de laboratorio, por la observación de síntomas y que en caso graves aquellos pacientes son derivados a centros de alta



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

Código: NNGKXHDJTNH

complejidad , en forma prematura se fomenta por la autoridad el conocimiento de sospecha o diagnóstico precoz así la guía clínica del ministerio de salud cuenta con un flujo grama reforzando la existencia de ciertos síntomas más y los exámenes de laboratorio y aspecto general del paciente deben adoptar en forma rápida la derivación a UCI sí a nivel local o el traslado a otra región .-

Referente a los síntomas reconoce el testigo que los mismos son inespecíficos propios y comunes de una afección respiratoria fiebre cefalea la dificultad respiratoria incluso el dolor abdominal además de tal conjunto de síntomas en menester considerar las condiciones del enfermo se refiere con ello a si se trata de un trabajador forestal de un trabajador agrícola rural debiendo además contarse con exámenes básicos que son orientadores de la existencia del virus, preguntado por la guía clínica no recuerda su fecha exacta, que existe difusión a los servicios de salud sin distingos sea público o privado y que cada cierto tiempo existen campañas de reforzamiento por la condición endémica del vector reforzamiento además que se puede justificar por ejemplo el año 2015 por la erupción del volcán Calbuco y el desplazamiento del vector , una migración del roedor silvestre a la ciudad erupción de abril de 2015 reitera que hay predominio en residentes en sectores rurales que en el presente caso no hubo certeza al lugar de la infección porque no tenía antecedentes de haber estado una zona de riesgo pudiendo concluir que fue en la zona donde vive que es la periferia semi urbana de la ciudad

Preguntado por el querellante el testigo retoma la información del flujo grama reitera la los síntomas del antivirus reitera la existencia examen básico que exige la guía como son el hemograma radiografía de tórax un tést rápido de anta y su muestra confirmatoria , preguntado por la pertinencia hemograma refiere el doctor que se busca en aquel señales como baja de plaquetas existiendo un piso menor a 150 por 1000 se genera ya una llamado de atención lo mismo si presenta concentración de hematocritos y aumento de leucocitos referente a la radiografía debe observarse un infiltrado difuso siendo esto un elemento que debe sumarse la formulación de hipótesis por el médico tratante referente al test rápido indica que no es un elemento central que exija la autoridad sanitaria dado que si se hace en forma muy precoz puede resultar negativo y en todo caso debe elevarse para su confirmación y si el test confirmatorio resulta positivo sin duda alguna se está enfrente del virus hanta indica que el test rápido es un pequeño kit que se toma con una mínima muestra referente al contagio ilustra el testigo que el ratón elimina el virus por sus deposiciones orina y que no es necesario el contacto físico con el ratón siendo suficiente inhalar los aerosoles propio de sus deposiciones de orina propio que la zona de riego habituales son el bosque, bodegas cerradas, preguntado por la defensa el doctor Vergara precisa su especialidad en epidemiología y en salud pública y que no presente experiencia actual en el manejo clínico, referente a la guía clínica la misma indica el testigo describe el conocimiento acumulado siendo por ende un texto de intención que refuerza los



aspectos a tomar en cuenta reitera que todos los años se presentan casos incluso este 2023 en abril se produce un fallecimiento pediátrico por igual causa distingue el concepto médico de prevalencia e incidencia reitera que es una afección endémica estacional y tiende a presentarse con mayor protagonismo en primavera verano siendo por ejemplo cercano al 70% aquí el marco temporal propio de los casos precisa que se presentan mayoritariamente en población adulta por los métodos de transmisión ya referido que también se presenta en menor de 15 años sobre todo en aquellos años que aumenta la frecuencia de la enfermedad , introduce el concepto de diagnóstico diferencial es decir que el médico debe contrastar lo que observa el enfermo con las distintas alternativas posibilidades o hipótesis de evolución de enfermedad dado que la guía clínica como ya indicó describe conocimientos acumulados y sirve de orientador frente a cuadros semejantes como pueden ser la neumonía por influenza , la guía contiene opciones cuyo descarte cabe a la apreciación clínica del médico tratante para facilitar su mejor toma de decisiones indica que no existe un tratamiento específico por el hantavirus y lograr el sostén del enfermo por ejemplo mediante ventilación mecánica.

SEXTO . Que, continúa la declaración de cargo con la exposición de la pericial de don Luis Ravanal , en el siguiente tenor, indica que se le pidió que realizará análisis respecto a las atenciones que se le otorgaron al menor, fundamentalmente entre los días, 17 a 21 de junio del año 2015 en clínica Universitaria de Puerto Montt . Ilustra que Las primeras atenciones que preceden a la hospitalización, se registran aproximadamente contar del día 17 de junio, el menor fue atendido por médicos distintos que dan tratamiento a un proceso, un cuadro, de Naturaleza infecciosa que tendría afectación a nivel respiratorio, afectando, en términos simple la garganta con síntomas de tos y fiebre, que se trata, en ese momento como una patología o una enfermedad, común. Sin embargo, la condición del menor no mejora, se mantiene febril a pesar de que en la segunda ocasión se indica tratamiento antibiótico. Al ingreso, esto es, el día 20 de junio del 2015, se constata una serie de alteraciones generales asociados a fiebre persistente, elevada, dificultades respiratorias y en general un compromiso de su estado. Se le solicitan exámenes de laboratorio y una radiografía de tórax, Kit, que también revela alteraciones pulmonares, que inicialmente significa como parte del diagnóstico presuntivo una Neumonía atípica, razón por la cual queda internado , no en Unidad de mayor complejidad como sería cuidados intermedios o cuidado intensivo, sino que se maneje inicialmente con tratamiento en ese diagnóstico, en un proceso de infeccioso que afecta a los pulmones.-

Continúa el perito indicando que, los resultados de ese primer día de laboratorio son francamente, alterados, dando cuenta de patrones que son atípicos en relación a proceso de una neumonía, como lo son , alteraciones en las pruebas de la concentración de plaquetas que ya indicarían, que se trata de un proceso más



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

Código: NNGKXHDJTNH

complejo y que pudiese asociarse por un proceso específico, como a la postre se demostró que era una infección por el virus hanta.

Precisa que en todo procedimiento médico inicialmente se pueden formular, distintas hipótesis diagnósticas, lo cierto es que independiente de ello el menor evoluciona con severas complicaciones en el punto de vista respiratorio. Es decir, aumenta la frecuencia respiratoria, presenta valores que son patológicos, es decir, que es lo que se denomina en términos técnicos. Polipnea (está respirando mucho a una frecuencia muy elevada), que ya da cuenta de un compromiso respiratorio severo y que esa situación, se agrava y se perpetuó durante las horas subsiguientes. Prosigue el perito, en su informe, que el médico tratante es convocado en la madrugada del día 21 junio del 2015 alrededor de las 3:55 horas, aparece el registro de la anotación de atención, por cuánto el menor se encontraba, cursando un cuadro de insuficiencia respiratoria, cuadro que, según el propio registro del médico tratante, tendría aproximadamente. 12 horas de evolución, es decir, aproximadamente mediodía, un tiempo muy prolongado en el punto de vista de la patología o de la condición clínica en el cual se encuentra el paciente.-

Encadena el perito como un elemento de capital importancia, el marco horario referido, unido a la condición clínica más allá del diagnóstico específico o causa que determina la insuficiencia respiratoria. Precisa que la Insuficiencia respiratoria por sí es una condición que implica riesgo vital, que debe ser tratada en forma adecuada en el menor tiempo posible porque es previsible cuando no se trata esta urgencia en forma oportuna que empeore no solamente la condición clínica, sino que también implique riesgo por fatiga respiratoria, por fatiga cardiovascular y conlleve a un estado que puede ser irreversible.- Agrega que por eso la insuficiencia respiratoria aguda, es lo que prevalece en las consideraciones analíticas que incorporo en su informe, y constituye el elemento de mayor importancia en la valoración de la actuación del médico tratante, porque a pesar de que como él mismo lo consigna en la historia clínica, saber que el paciente lleva aproximadamente 12 horas de evolución con tal compromiso respiratorio no se actúa en forma diligente y no se toman las medidas específicas para gestionar tratamiento de traslado de paciente a una unidad que disponga de los medios para tratar la insuficiencia respiratoria, en este caso, el paciente permanece durante todo el periodo de hospitalización en clínica universitaria de Puerto Montt, en una cama en una habitación que no es una unidad que disponga de los medios para tratar este tipo de cuadro.-Refiere el Dr. Ravanal, que tampoco se advierte que en estas primeras 12 horas a los que hace referencia el tratante se hayan intentado, el traslado del paciente a una unidad de mayor complejidad, dado que si no se dispone en esa clínica de este tipo de unidades, debe gestionarlo a través de las redes asistenciales, es decir el traslado oportuno al hospital regional. Lo que solamente consta que se realiza en forma tardía ya cuando el paciente se encuentra gravemente comprometido del punto de vista respiratorio,



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

Código: NNGKXHDJTNH

que es alrededor de las 3:55 horas , según la primera anotación, cuando el médico tratante concurre al ser convocado por el personal de turno enfermería.

Sin embargo, se advierten, continua, el perito, también otras situaciones que no aparecen, debidamente registrada en la ficha clínica, lo que por si mismo, entiende, como infracción a lex artis , como es lo referente a la omisión del debido registro de las actuaciones y particularmente de la condición clínica del paciente durante la evolución de las complicaciones. Así al revisar la historia clínica se advierte que no existe una monitorización o en su defecto, un registro de los signos vitales del paciente, particularmente en lo que respecta a las funciones cardiopulmonares, es decir, no hay, por ejemplo, en la ficha clínica, salvo aislados registros al ingreso y luego al control de la madrugada, un promedio contratante durante ese largo intervalo de tiempo de aproximadamente 12 horas, no hay registros de cuál es la frecuencia respiratoria, cuál es la frecuencia cardíaca, la presión arterial, temperatura, elementos básicos para poder valorar la evolución del paciente, especialmente si tenemos un paciente que cursa con insuficiencia respiratoria, registros que permitan valorar si existe una mejoría o un agravamiento en su condición.

Esta omisión del debido registro de los datos en la ficha clínica, informa el perito, sin duda suma como un elemento adicional que da cuenta de una praxis no ajustada. Lex artis, es también, la correcta confección del historial clínico no es simplemente una realidad administrativa, es parte del tratamiento y de sus medidas, es la actuación del médico, porque obviamente la ficha clínica es la que sirve de referencia también para que otros facultativos, puedan revisar la evolución del paciente. Y si no existe esa información, obviamente se está privando al paciente de una mejor atención desde el punto de vista sanitario y del debido control con respecto a su evolución.

Esta situación, de omisión, en el caso concreto, se observa en la madrugada alrededor de las 3:55 hora, donde en forma muy sucinta, se limita a indicar que el paciente ya presentaba 12 horas de evolución complicada del punto de vista respiratorio, que está polinésico, es decir que tiene una frecuencia respiratoria, se anota, de 40 por minuto, o sea extremadamente elevada. Unido a lo dicho existe nota, también incompleta, que da cuenta de que se habrían realizado las gestiones para conseguir el cupo en el Hospital Regional, es decir, el traslado al paciente. Precisa el perito el marco horario, alrededor de las 3:55 horas del día 21 de junio del 2015, donde acota, se omite información que debe quedar consignada en el en el historial clínico, dado que cuando se está ante un paciente en condición de riesgo o gravemente enfermo y se está solicitando su traslado a unidad de cuidados intensivos en otro centro hospitalario, se debe consignar cuál es el diagnóstico, con quién se comunicó y las razones que motivan el traslado y su negativa, acá se indica que no había cama disponible, lo que es muy incompleto porque obviamente hay que dejar constancia de cómo y a quien se expuso el caso, quien y porque se negó el traslado, información que no aparece



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

Código: NNGKXHDJTNH

consignada tampoco en el historial clínico, simplemente es como “ que se realizan las gestiones”, incluso no consta quién realiza las gestiones.- Lo que si conta, informa el perito, en forma indirecta a través del mismo historial clínico, es que el tratante no permanecen en la clínica, sino que habría retornado a su domicilio. Indica que se puede advertir por los registros clínicos que dan cuenta ya alrededor de las 8:00 horas de la mañana que el personal de turno, llama al médico para hacerle presente el estado de extrema gravedad en que se encuentre el paciente, acudiendo cercano a las 9:00 horas. Evalúa nuevamente el paciente, entonces esto demuestra, sostiene el perito, otro momento asociado a la falta de atención y cuidados porque evidentemente si a las 3: 55 horas aproximadamente ya el tratante constato que el paciente se encontraba en estado grave, no puede dejarlo en una habitación donde no hay medios suficientes para tratar adecuadamente insuficiencia respiratoria , no queda conectado, por lo menos no consta que haya estado conectado a un sistema de monitorización continua para valorar sus signos vitales porque no hay registro. A ello, une el Dr. Ravanal, que en ese en ese periodo 11 horas dan cuenta de una conducta contemplativa hasta cierto punto desinteresada, porque deja al paciente cursando una insuficiencia respiratoria en una sala que no tiene los medios, lo que hace previsible que la condición se agrave y por lo tanto con ello lleva aparejado pérdida de oportunidad para recibir un mejor tratamiento adecuado y oportuno.

Retoma, el marco horario , el perito al informar que ya a las 9 horas nuevamente es convocado el médico tratante y se solicitan nuevos exámenes y ya está más que asentado el diagnóstico de que el paciente se encuentra en estado de extrema gravedad, con indicadores que dan cuenta de un proceso infeccioso severo con una severa falla respiratoria, los indicadores de concentraciones de gases, alteraciones hematológicas , por lo que no cabe duda que el paciente está en riesgo vital y en ese momento se hacen nuevamente las gestiones, desconoce el perito, por falta de registro, si bajo un proceso continuo de estar insistiendo en trasladarlo al hospital a la UCI de Puerto Montt.

Traslado, ejecutado con errores, alrededor de las 11 horas, no recuerda hora precisa, ingresa a UCI según el registro clínico en estado grave, que él califica estado agónico. Se expresa el perito en referir que a los pocos minutos de ingresado se constatan estas severas alteraciones, se le somete a estudios, se toma una radiografía de tórax. Los exámenes de laboratorio dan cuenta de la condición en que se encuentre el paciente y obviamente era predecible lo que acontece, es decir, debido a la fatiga respiratoria, a la falla cardíaca, el menor presenta un paro cardiorrespiratorio. Es reanimado, permanece con vida algunos minutos más y luego cae nuevamente en paro y falleció alrededor de 13:00 horas de la tarde de ese día 21.

Precisa el deponente dos situaciones, la última, que es la atención en hospital donde se aplican los medios adecuados para tratar la urgencia, pero obviamente la severidad del cuadro lo tornan en estado terminal irreversible. Obviamente,



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

Código: NNGKXHDJTNH

adjetiviza, debido a la insuficiencia respiratoria y asociado al proceso infeccioso que se confirma también a través de un test rápido que se trata de la infección por el virus hanta . Por otro lado, indica Dr. Ravanal, lo que se advierte acá es que hay una serie de faltas que dan cuenta, en forma redundante, de la falta del debido cuidado respecto a un paciente que evolucionó durante numerosas horas, a lo menos 12, con un cuadro de insuficiencia respiratoria que era grave y que fue desatendido al no ser oportunamente internado en unidad de cuidados a lo menos intermedios y luego obviamente de cuidado intensivos cuando se agravó la condición y esa demora, debido a la omisión de medios, constituye sin duda falta de la Lex artis y una falta el debido cuidado

Finaliza acotando que no se está cuestionando, la capacidad de diagnóstico específico del agente causal de la patología que afectaba el menor, sino la falta de atención evidente frente la evolución del cuadro de insuficiencia respiratoria conocido por el médico tratante y que era un cuadro que a la última hora era severo, que constituía una condición de riesgo vital que fue claramente desatendida y esa demora se vincula desde el punto de vista causal con el fallecimiento, existió una pérdida de oportunidad debido a omisión de medios que califica, como patente en este caso.-

SEPTIMO: Que, a continuación conforme el procedimiento legal inicia sus preguntas la señora fiscal , quien requiere al perito pueda aclarar qué antecedentes tuvo a la la vista para poder elaborar su informe y por ende arribar a sus conclusiones. Ravanal precisa que trabajo con copias de la ficha clínica del menor de clínica universitaria Puerto Montt, que incluían las notas de evolución, los resultados de laboratorio y el informe del estudio radiológico de la radiografía de tórax. A su vez conto con el historial clínico, con un informe interno que se refiere al análisis de las atenciones que se otorgaron y con la información referente que proviene del hospital, es decir, los registros clínicos de la atención es que es obtuvieron el día 21 de junio del 2015. Esos son los elementos de base que con los cuales se elaboró el informe.-

Así precisado, fiscalía, requiere al perito, cuál era la condición del menor víctima en este caso a las 14, 14:30 h del día 20 de junio del año 2015 donde asume como médico tratante el doctor Paul Aguirre. El perito contesta que era un paciente que estaba cursando un cuadro respiratorio agudo que era severo, existiendo numerosos indicadores clínicos que dan cuenta del compromiso con el cual evolucionaba, era un paciente que estaba febril, con temperaturas altas, así aparece un primer registro de una temperatura de 39 °C y fracción y un segundo registro 38° y fracción además, tiene una frecuencia respiratoria alta, lo cual también es un indicador de falla respiratoria, dado que el aumento de la frecuencia respiratoria es un mecanismo de compensación para suplir la falta de oxígeno, por lo tanto, para compensar eso se aumenta la frecuencia respiratoria y evidentemente, aunado a los resultados de exámenes de laboratorio que dan cuenta de alteraciones atípicas, anormales que son concordantes con un proceso



infeccioso severo, a saber : una leucocitosis, un aumento de la concentración de los glóbulos blancos, hemoconcentración, concentración de glóbulos rojos en sangre, hay una disminución de las plaquetas . Une a lo dicho, el perito, los hallazgos radiológicos, que dan cuenta de un patrón de compromiso pulmonar, precisa que técnicamente se utiliza el concepto de compromiso intersticial, que informa, que se describe en casos de sospecha de obstrucción por virus hanta.- Acota y reitera que son patrones que dan cuenta de una afección pulmonar aguda severa que a lo menos requería de una internación en una unidad de cuidados intermedios, porque evidentemente hay compromiso respiratorio y la insuficiencia respiratoria si no se maneja adecuada y oportunamente, evidentemente va a llevar a un agotamiento, que agrava las mismas fallas respiratorias y cardiacas. Finaliza que esas son más o menos las condiciones que presenta el paciente inicialmente y que obviamente la falla respiratoria en forma progresiva, distress respiratorio, se fue agravando como el mismo médico tratante lo reconoce en su nota de las 3:00 de la mañana que indica que ya lleva 12 horas con este proceso de compromiso respiratorio.

Continua fiscalía con sus preguntas al perito y le interroga sí frente al diagnóstico inicial de neumonía por mycoplasma o neumonía atípica , en base a la evolución del paciente, podría haber cambiado el diagnóstico. El perito comienza su respuesta invocando que en medicina es perfectamente normal y entendible que los diagnósticos pueden variar dado que al ingreso no se tienen o no se practican todos los exámenes necesarios para tener una certeza de diagnóstico. Instruye, el perito, que el proceso diagnóstico es un proceso evolutivo que puede ir modificándose y puede ir agregando nuevos diagnósticos también por la evolución de una patología, pueden surgir complicaciones secundarias o el diagnóstico o la hipótesis inicial puede ser contrastada con los resultados y perfectamente modificado eso es parte de la práctica médica habitual. En en este caso no se ha tenido un diagnóstico certero porque el diagnóstico que se incorpora como primer diagnóstico, neumonía atípica de por sí, no es un diagnóstico específico, el concepto de atípico ya de por sí da cuenta de la inseguridad diagnóstica, significa que aún no se sabe cuál es el tipo específico de agente causal que está dando origen a la neumonía y tampoco se tiene precisión si efectivamente es neumonía o una afectación pulmonar asociada a otra patología u otra enfermedad que pueda tener, por ejemplo, un origen sistémico o un origen en otro órgano. Por lo tanto, esa imprecisión inicial llevaba la obligación de seguir escalando en la aplicación de medios para asegurar el diagnóstico, unido a que desde el inicio hay alteraciones como la disminución de las plaquetas, eso no se ve comúnmente en neumonía, tampoco el aumento de la concentración del hematocrito., son también indicadores el aumento de la frecuencia respiratoria, a pocas horas de internación.

Fiscalía le interroga si ese buscar otro diagnóstico requiere otro exámenes y si se hicieron nuevos exámenes de laboratorio al paciente.. El perito contesta que se solicitaron al ingreso una batería de exámenes generales hematológicos que



informan el compromiso y naturaleza infecciosa de los trastornos que ya ha señalado. Pero después de esa batería de exámenes que son habituales propios del control inicial, no consta que se hayan solicitado nuevos exámenes hasta el día siguiente, lo que da cuenta de una ventana muy amplia durante la cual no se aplican nuevas medidas para justamente mejorar el diagnóstico, a pesar de que, como lo consigna el historial clínico existe un agravamiento en la función respiratoria y obviamente en la condición clínica del paciente. Le llama la atención al perito que no aparece en el registro notas evolutivas después del ingreso de paciente por parte del médico tratante, no hay notas de evolución médica en la ficha clínica hasta las 3:55 horas del día siguiente, simplemente se deja constancia que alguien, que no se especifica ordenó y aplicó tratamiento consistente en oxigenoterapia, que fue aumentando, no aparece tampoco registrado quién las ordenó, ni por cuánto tiempo.-

La señora fiscal , luego le interroga a fin que explique en qué consiste el síndrome del distrés respiratorio y a qué hora aproximadamente comienza a presentar este síndrome el paciente.. Refiere el doctor Ravanal que es un proceso progresivo de insuficiencia respiratoria que obviamente está dentro del contexto y que es un cuadro, una patología que da cuenta como lo dice el concepto síndrome, es un conjunto de síntomas y signos que dan cuenta de una falla respiratoria aguda severa, ya que implica inminentemente un riesgo vital, porque si no se trata, obviamente va a conducir a la muerte .- Referente a precisar una hora de inicio no tiene un rango de hora precisa que se instala, para poder decir a partir de acá estamos con este síndrome o no, sino que es un proceso evolutivo y evidentemente los registros dan cuenta de la afectación respiratoria y que la afectación respiratoria es importante y severa , el mismo médico tratante en la nota del día 21 a las 3:55 h indica, ya lo reiterado 12 horas de evolución con insuficiencia respiratoria o con complicaciones respiratorias, a su vez el mismo registro da cuenta de que se tuvo que iniciar concentraciones de oxígeno, repite el perito las omisiones en registro desde el ingreso el día 20 hasta la madrugada del día 21, recuerda en base a su informe que 4 horas previas habría estado recibiendo oxígeno.- Se mantiene en este punto de la oxigenación para informar que está recibiendo una dosis alta de oxígeno, sin nadie puede explicar quién lo ordenó y por qué lo ordenó son pruebas indirectas que permiten acreditar que el paciente se encuentra grave, que se encuentra con insuficiencia respiratoria y que lleva en esta condición varias horas, no es a partir de las 3:55 h cuando el médico llega, sino que se arrastra ya un tiempo prolongado.

Pregunta luego fiscalía sobre el tratamiento correcto para tratar la insuficiencia progresiva que estaba presentando el menor.-

Indica el perito que el tratamiento en primer lugar, es el traslado del paciente a una unidad que disponga de los medios para tratar la insuficiencia respiratoria, que requiere de una atención multidisciplinario y de una monitorización continua del paciente, de la frecuencia respiratoria cardiaca, etc, para ver cuál es la



evolución si el paciente está respondiendo a los tratamientos que se le están aplicando, es decir, oxígeno terapia, que es una de las bases y en casos severos la intubación, la conexión de soporte de ventilación mecánica y procedimientos más invasivos, lo que no puede recibir en una sala común, de hospitalización común y corriente. Reitera el perito la carencia de los registros de la de la ficha clínica de clínica universitaria de puerto Montt, solo dos notas de evolución del tratante la madrugada el día 21, ningún registro de monitorización continua y eso ya de por sí bastaría para tener por acreditada la falta a lo que es la lex artis no registrar los signos del paciente más cuando se trata de un paciente que está requiriendo altas concentraciones de oxígeno que lleva horas en esa condición y simplemente no se hace nada en el sentido de que no se evidencia una conducta para insistir en el traslado o buscar los medios para corregir y tratar adecuadamente esta condición, el paciente no cuenta con un médico junto a él , el tratante llega a las 3:00 y luego retorna a su domicilio. Finaliza, calificando a los hechos, como bastante clarificadores que hablan por sí solo respecto a la falta del debido cuidado e incompleta atención que recibe durante el período crítico.

A la nueva pregunta de Fiscalía de en qué etapa de la evolución debió haberse gestionado el traslado, el perito responde que el día 20 de junio, cuando se conocen y se tienen a la vista los resultados de los exámenes de laboratorio con alteraciones hematológicas , a partir de ese momento se debió haber planteado dentro del diagnóstico diferencial este proceso de traslado y no dejarlo en una cama básica , incluso frente a neumonía atípica, paciente con un cuadro severo con fiebre alta, que no respondió al tratamiento antibiótico que se le dio en el medio ambulatorio, con frecuencia respiratoria alta, con una radiografía que da cuenta de compromiso de intersticial, una neumonía intersticial. Elementos que sumados obligaban a una valoración multidisciplinaria, porque hay una serie de condiciones respiratorias que tienen que ser manejados. Finaliza y reitera que no hay registros cuál es el porcentaje de saturación de oxígeno, que se mide en el dedo, ni siquiera se cuenta con tal mínimo registro.-

Preguntado el perito por la gestión cama y la existencia de constancia de quien se llamó a qué hora se llamó, qué se indicó, y si hay registro cabal de esa gestión por parte del médico tratante, el perito ilustra que , no existe ningún registro específico, salvo la anotación de que se inició la gestión para solicitar cama, que es una frase en términos prácticos, vacía porque se repite la misma anotación que hace el médico tratante alrededor de las 9:00 de la mañana y ni siquiera da cuenta de ser medida de auxilio. Se carece de un debido registro, ejemplifica en la petición de un pabellón quirúrgico de urgencia se tiene que fundamentar por qué lo estoy solicitando, es lo mismo aplicable en este caso al traslado del paciente a otro centro hospitalario y particularmente a una unidad de cuidados intensivos tiene que dejar registro de la razón por la cual está solicitando el traslado urgente del paciente a unidad de cuidado intensivo, la propia acción da



cuenta de que el paciente se encuentra grave, por lo tanto se tiene que explicar y consignar cuál es el diagnóstico y la razón por la cual estoy solicitando el traslado, tiene que consignar el diagnóstico, tiene que consignar la condición crítica en que se encuentre el paciente y particularmente si le es negada. como se infiere por la anotación de las 3 de la mañana, con la repetición de las 9, que le fue negada la cama por motivos administrativos aparentemente . Debe consignarse por ende en forma específica la persona que niega, con quién se estableció contacto, o sea, si habló con el médico residente de la UCI pediátrica o con quien se habló , eso también le da respaldo al mismo tratante de que realizó las gestiones. Pero en esta historia clínica simplemente da cuenta de una anotación o genérica simple; se solicita cama.- Pero ¿quién la solicitó, La solicitó al médico tratante, la enfermera? ¿ o con quién hablaron? Tampoco queda registro, omisión respecto a esta gestión, que no fue posible verificar por la prueba documental que representa la ficha clínica.

Acrece el perito que el receptor , el que está al otro, en el hospital , si no se le entrega en forma completa y adecuada la descripción de la condición del paciente, puede que asuma que no es una patología urgente y privilegiar otros casos, incluso se pueden enviar copias o fotografías antiguamente un fax con la situación clínica de los resultados de laboratorio y eso no consta en este caso.

Se le pregunta, al perito, frente a negativa de contar con cama en hospital , por las opciones que tendría un medico tratante . El perito Ravanal contesta que surgen opciones de llamado de ambulancia, llamado al samu y declarar el paciente en condición de riesgo, lo que es muy importante ya que el mismo hospital puede gestionar el traslado, si en ese momento no dispone de cama , del paciente a otro centro sea de la red pública o de la red privada que disponga de una unidad de cuidados intensivos para trasladar a paciente con riesgo vital, de lo contrario enfrentaríamos una situación de total deshumanización de la medicina, dado que bastaría indicar que no se cuenta con camas, y no insistir en el traslado situación indica el perito propia de una denegación de medios. Señalando el profesional que el sistema frente a la información de riesgo vital busca alternativas en la red pública o en la red privada. Hoy en el caso concreto no basta con dejar consignado que se inició la gestión para solicitar cama debe demostrarse un verdadero interés una gestión proactiva dado la gravedad del paciente a fin de otorgarle una oportunidad para salvar su vida indica el perito, por el contrario, como ya lo ha señalado que observa en el médico tratante una postura esencialmente contemplativa

A la pregunta de la fiscal si tal gestión podría ser encargada a técnico para médico o una enfermera por parte del médico tratante, el perito indica que la responsabilidad que le cabe al médico tratante él debe adoptar las medidas de auxilio a su paciente , entendiéndolo que puede delegar algunas funciones pero en este caso con paciente con riesgo vital es una prioridad propia del profesional médico



Una nueva pregunta de fiscalía indaga en torno a la información a la familia del menor, del riesgo vital y si aparece tal información consignada.- El perito contesta que no existe constancia de tal información en el expediente clínico , contextualiza el caso de un paciente pediátrico, menor de edad siendo obligación del médico informar en torno a su condición y particularmente de su riesgo vital, dar cuenta del cuadro de insuficiencia respiratoria así como de los parámetros de gravedad en que se encontraba el menor, información , reitera, no consignada en ficha clínica.-

La persecutora indaga al perito como funda la conclusión de gravedad ya el 21 junio del paciente en su informe.- El interrogado refiere que los exámenes de laboratorio del día 21 fueron los ordenados por el mismo médico tratante y que por si solos revelaban la extrema gravedad en que se encuentra el paciente. Indica incluso que en su elaboración del trabajo pericial reproduce literalmente los resultados de aquellos exámenes tenidos a la vista entre las 8 y las 9:00 de la mañana del día 21 y que dan cuenta que el menor cursa un nivel sanguíneo de acidosis con descenso de los marcadores de concentración de oxígeno con falla respiratoria en definitiva cursa insuficiencia respiratoria con descenso de concentración de oxígeno en la sangre aumento de dióxido de carbono lo que unido a la condición del paciente que presenta taquicardia, refieren esa extrema gravedad recuerda el perito qué esa condición de gravedad, que ya indicó que constituye un proceso evolutivo presenta inicialmente señales como lo es la radiografía de tórax con pulmón en términos poco técnicos para claridad indica con espacios blancos es decir sin aire en tales zonas y que en esa evolución terminal las anotaciones del hospital regional daban cuenta a la intubación de la salida de líquido espumoso desde el pulmón es decir completamente ocupado por líquido lo que explica la severidad en la falla respiratoria que a ese momento ya era irreversible finaliza que esa evolución gravosa, los ya referidos exámenes y sus marcadores alterados lo que ejemplifica en la baja de plaquetas , es propio y así lo reitera de una postura contemplativa y no proactiva

Interrogado por la fiscal si tal insuficiencia respiratoria , es independiente del diagnóstico inicial de neumonía atípica sabiendo finalmente que el causante fue el hanta virus

El perito ilustra que aquí no está en discusión el tema del diagnóstico. Se enfrentó una insuficiencia respiratoria aguda y severa finalmente complicada que conlleva el desenlace fatal, donde se tiene que estabilizar el paciente, se tiene que aplicar los medios para corregir esta situación, en el intertanto, en forma paralela se van aplicando los medios diagnósticos para establecer cuál es el agente o la causa que conlleva la insuficiencia respiratoria. Fue objeto de su pericia la praxis médica, el manejo de la emergencia, que era la insuficiencia respiratoria. Obviamente, indica, la medicina no es una ciencia exacta, pueden haber errores en el proceso diagnóstico que se pueden ir subsanando durante la medida que se van complementando con un examen. Pero en este caso, en valoración, a la



buena praxis médica en relación al debido cuidado y a la Lex artis, la pregunta , refiere el perito es como ha sido la actuación ante un paciente que se encuentra con crisis respiratoria aguda, y si ese manejo de tal condición se ajustó o no a la buena praxis , indicando , que habrá de concluir, que no se ajustó, se desatendió, lo que conlleva la pérdida de oportunidad.-

Pregunta luego la fiscal en torno a hantavirus y de los síntomas que presentan los pacientes en la fase inicial o más avanzados de la enfermedad.- Contesta el perito que en este caso en particular de acuerdo a los protocolos diagnósticos tanto de laboratorio como clínicos aquellos síntomas están presentes desde las primeras atenciones, desde el día 20, elementos radiológicos que son concordantes con esta patología la presencia de neumonía intersticial, une el perito los signos clínicos, la polipnea, un paciente que está con taquicardia, los exámenes de laboratorios concordantes con hanta , como la disminución de plaquetas y la hemoconcentración, es decir, el aumento del hematocrito, en definitiva, cuadro presente en el menor que están formando parte de los elementos que se utilizan para el diagnóstico presuntivo del virus hanta.

A la pregunta si el médico, enfermeras o técnicos le hicieron consultas a la familia, a la madre o al propio niño, si estuvo en zona de riesgo de hanta, responde el perito que no existe ningún antecedente, que haya tenido la vista en el historial clínico que dé cuenta de una completa anamnesis, es decir, una entrevista o interrogatorio respecto al estado previo del paciente y a la exposición a condiciones de riesgo no solamente para el virus hanta, sino cualquier otro elemento que hubiese dado indicios en relación con la fuente de contagio que dio origen al compromiso respiratorio.

Interrogado, por Fiscalía , referente a la potencialidad de un desenlace diverso , para la víctima, si hubiese sido tratado y trasladado correctamente , indica el doctor Ravanal, que la medicina busca diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente un paciente, es decir, es esencialmente de medios. No de resultado . Ningún médico puede garantizar la cura de un paciente o la supervivencia de un paciente. Pero evidentemente, en caso en particular que nos convoca hay un hecho que es absolutamente incontrovertible, como son los registros de la ficha clínica, los registros médicos, da cuenta de la demora en el proceso diagnóstico que invariablemente incide en el pronóstico y en la evolución complicada y fatal de la enfermedad .- No tratar adecuadamente un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda es de conocimiento de cualquier médico que aquello conduce a un agotamiento de capacidad respiratoria y cardiaca no siendo propio de un médico mantener a un niño o a un adulto saturando en forma inadecuada con una frecuencia en el caso de paciente de respiración de 40 por minutos proceso que mantuvo durante horas , indica el perito que incluso un adulto en tal trance presentaría un rápido agotamiento ilustra que se produce una lógica fatiga en los músculos respiratorios manteniendo el Niño horas tal condición, acota que se enfrentó una pérdida de oportunidad no podemos concluir



si el paciente sobreviviría o no pero sí hay certeza que se perdió la oportunidad de otorgarle un tratamiento adecuado y oportuno al permanecer durante horas en una cama común y corriente en un hospital . Le era exigible a su médico tratante de acuerdo a una buena praxis médica internarlo a lo menos en cuidados intermedios y luego escalar a cuidados intensivos lo que no aconteció, por ende desde el punto de vista de la causalidad, concluye el perito, existe una directa relación entre la demora en aportar un tratamiento adecuado y el desenlace fatal, dado que la insuficiencia pulmonar y el síndrome propio de esa patología es tratable y recuperables que si bien presenta una alta tasa de mortalidad , los pacientes pueden sobrevivir si se tratan adecuada y oportunamente y eso es lo que se discute en este caso la pérdida de oportunidad originada por la demora en el tratamiento adecuado.-

Finaliza su intervención fiscalía, requiriendo antecedentes profesionales y de su especialidad en medicina legal, frente a aquello el perito ilustra que se desempeña por casi 33 años en medicina legal, en valoración de praxis médica cerca de 28 años , que fue funcionario de servicio médico legal durante 10 años, profesor de medicina legal y de valoración del daño corporal por actividad medica, ejerciendo actualmente como vicepresidente de la asociación mundial de medicina legal presentando en el área de valoración de acciones médicas y tanatología una cifra cercana a los diez mil peritajes.-

Preguntado por el querellante referente a la actuación del médico tratante que asume el 20 de junio y trata a la víctima hasta el 21 de junio si a su juicio realizó todo lo posible por salvar la vida de , la respuesta por el perito fue que aquí el profesional no hizo todo lo que debió haber realizado tanto referente al debido cuidado como al ejercicio de la lex artis médica.-

OCTAVO: A continuación, se procede al conainterrogatorio por la defensa, se le pregunta sí la elaboración de su informe pericial estuvo basado en la revisión de antecedentes clínicos y ficha clínica tanto de la clínica universitaria de Puerto Montt cómo del hospital de Puerto Montt, siendo positiva la respuesta del perito a tal interrogante, luego se le pregunta si al 20/06/2015 conforme ficha clínica o ficha de la clínica universitaria existía un IGM positivo para micro plasma siendo positiva igualmente la respuesta del perito, se le pregunta además por las atenciones ambulatorias de los días previos información que ratifica el perito habiendo sido tratado por una patología base de tipo respiratorio no recordando el diagnóstico específico pero sí que se trataba de un cuadro respiratorio de naturaleza viral con tratamiento sintomático Precisa y recuerda además el diagnóstico de sinusitis del día 18 de junio ilustra que se trata de una infección respiratoria alta de los senos paranasales, se le pregunta por los registros de atenciones de urgencia de los días 17, 18 y 20 de junio si alguna referencia a un contacto epidemiológico por virus hanta indicando el perito que en tales datos no existía registro alguno de tal tema.-



Luego se le pregunta por la atención al paciente por parte del doctor Aguirre a las 14:00 del 20 de junio a fin de que precise si a ese momento ya el menor estaba en una situación que requería traslado a una unidad de cuidados intermedios o intensivos responde el perito que a tal momento existía un paciente que evolucionaba con fiebre alta y que contaba con exámenes de laboratorio alterados, Ratificando además que en ese momento no se contaba con un diagnóstico específico De ahí que se consigne neumonía atípica, continúa la respuesta del perito refiriendo la existencia de exámenes al ingreso del paciente no repetidos en las horas subsiguientes, precisa el perito que también es un examen de laboratorio el panel viral que daba negativo para virus , se le pregunta por la defensa a fin que precise si el resultado negativo quiere decir que no está presente lo que se busca en su respuesta distingue el perito los test rápidos propio de etapas preliminares que no dan certeza siendo habituales sean los falsos positivos o los falsos negativos requiriendo por ende confirmación por otros medios más específicos ejemplo el diagnóstico del virus hanta se hace primero un té rápido pero necesariamente debe ser confirmado con un test específico.-

El derrotero de la defensa continúa con el marco horario de las 3:00 a las 4:00 de la mañana del 21 de junio requiriéndose al perito información en torno a como se había concluido en su informe la existencia de desatención por el personal sanitario al paciente responde el perito que lo refiere al caso específico del cómo se enfrenta la insuficiencia respiratoria aguda no es aplicable a todas las gestiones de atención de salud que se otorgaron en la clínica dado que hubo atención, hubo realización de exámenes, aplicación de tratamiento pero no fue adecuado , no fue adecuadamente tratado y especialmente en la condición grave que cursaba por insuficiencia respiratoria en evolución. A requerimiento del defensor el perito precisa que al utilizar el concepto de personal sanitario lo hace en términos generales para todo el personal que involucra atención de salud incluyendo a enfermeras y técnicos.-

Finaliza la intervención de la defensa recabando el perito sin el caso en concreto hubo una pérdida de oportunidad en relación al paciente lo que es abordado positivamente por el perito.-

NOVENO: Se presenta a declarar doña madre del menor fallecido en los hecho que hoy motivan en el juicio, precisa la señora que los síntomas en su hijo inician el 12 de junio, con dolor de cabeza dolor de piernas en principio lo asociaba a la habitual práctica deportiva básquetbol y fútbol, ya el día 16 de Julio en el colegio no fue capaz de continuar su entrenamiento para básquetbol cerca de las 20:30 presentaba fiebre alta cercano a la 1:00 de la mañana por sobre los 40° la que no es lograda bajar , el día 17 de junio lo lleva a urgencia a la clínica universitaria es atendido cerca de las 10:30 , lo trata sólo como un resfrío fuerte lo dejaron con ibuprofeno y con flemex, pasó una pésima noche nuevamente con fiebre de 40 a 41° eso motiva su nueva visita de urgencia del día 18 de junio, refiere sinusitis regresaron a casa y nuevamente pasan una



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

Código: NNGKXHDJTNH

pésima noche por el cuadro febril que intentan sortear con ayuda de su hija manteniendo un cuidado permanente compresas sin éxitos para bajar la fiebre dejan pasar un día y el día 20 se presentan nuevamente en la clínica , no había pediatra son atendidos por el doctor Rafael Rueda, se sospecha de influenza le toman muestras de secreciones nasales que el examen estaría el día lunes siguiente le exige dado el estado de la toma de una radiografía se espera hasta las 14:30 el resultado de aquella, indicándole finalmente un diagnóstico de neumonía exige la exhibición de tal radiografía indicando que le representa al doctor que la imagen no es propia de neumonía al presentar pleura inflamada aquí hace un paréntesis la testigo para referir que por propia experiencia al cursar una enfermedad previa conoce a que el concepto de líquido pleural, frente a la posibilidad de regresar a la casa ella y su marido , el padre de requieren dado los días transcurridos que el Niño sea internado se realiza el trámite de ingreso recuerdo incluso el número de la habitación 317, frente al mesón de trabajo de enfermeras siendo recibidos por el doctor Aguirre le indica el doctor que le iba a dejar paracetamol, la señora le informa que el paracetamol no le causa ningún efecto a , no tuvo resultado alguno en la bajada de fiebre, recuerda que se trata de un día sábado que al día siguiente domingo era el día del Padre que a requerimiento de ella se retiró un momento a fin de comprarle un regalo para el papá estando en tal gestión recibí un llamado de su marido indicándole que solicita su regreso a la clínica precisa que observa a su hijo con la fiebre alta con malísima nebulización para cerca de la 1:00 de la mañana inicio de sonidos en las máquinas de la pieza sostiene que su hijo cursaba una crisis que la enfermera corría de un lugar a otro que intentaba hacer de todo que llamaba al doctor, a las 2:30 de la mañana un nuevo colapso o crisis de su hijo apersonándose sólo el doctor Aguirre cerca de las 4:00 de la mañana refiere la señora ya en esa hora un estado de desesperación le informa el mal estado del hijo al padre vía telefónica cerca de las 6:00 de la mañana recuerda haber llamado al doctor Ferrada al hospital indicándole que necesitaba su ayuda la respuesta fue que no podía hacer nada , luego la testigo recuerda el cambio de turno , así como el llamado al doctor cerca de las 8:00 de la mañana, le refiere los síntomas le precisa que el paciente es su hijo el doctor Ferrada le requiere información de contacto con roedores o visitas zona rural insiste el doctor en aquel punto informándole la señora que no recuerda un contacto en el tiempo cercano e informa que aquella pregunta de contacto con roedores nunca le fue hecha por el doctor Aguirre acota la señora que el requerimiento o consejo el doctor Ferrada frente al cuadro y al que ella le ilustra de su hijo era retirarlo de tal cama básica habla rápidamente con la enfermera indicándole aquella que el Niño presentaba todos los síntomas propios del virus hanta recuerda que aquella enfermera en forma continua llamaba vía telefónica al doctor Aguirre sin obtener respuesta en eso cerca de las 8:30 pasa la doctora Berríos la enfermera le solicita ayuda refiere el cuadro grave de la doctora revisa la ficha clínica , e indica la señora que en forma categórica le indica vía telefónica al doctor Aguirre



que se presentase en la clínica de lo contrario cuando llegues tu paciente estará muerto, luego cerca de las 9:00 de la mañana al observar al doctor Flores , doña le suplica ayuda para atender a su hijo, el doctor dice que no puede lograr un mayor intervención porque se trata del paciente de otro doctor, empero colabora en ordenar otra vía endovenosa dado que había que trasladar a hasta el hospital de Puerto Montt continua la testigo informando que cerca de las 9:15 llega el doctor Aguirre quien increpa el doctor Flores por la gestión de la nueva vía echando a la enfermera quién en definitiva no pudo concretar aquella intervención indica la señora que esa fue la última vez que vio el doctor Aguirre.

Indica luego la testigo que ella misma con la ayuda de algunas enfermeras suben a su hijo en una camilla luego en la ambulancia una espera de más de 45 minutos sólo se encontraba el chofer En el trayecto intenta conversar con le pregunta qué día era aquel que El Niño le contestaba y precisaba que era domingo recuerda haber llegado al hospital cerca de mediodía donde el personal ya lo estaba esperando se entrevista rápidamente con una doctora quien le indica que se tomarían exámenes Reitera la testigo en nulo contacto de su hijo con o algún roedor o algún desplazamiento a zona rural tan solo un una asistencia a un cumpleaños en el sector de 2 esteros.-

Refiere que sufrió un paro cardiorrespiratorio del cual fue recuperado por el personal médico para los pocos minutos sufrir una segunda descompensación esta última de carácter definitivo finaliza su exposición refiriendo los trámites posteriores al fallecimiento de su hijo entre los que refiere sorprendida que por parte de la clínica no hubo cobro alguno de arancel, explícita su motivación de lograr justicia en esta sede penal evoca el rechazo de cualquiera compensación económica dado que la vida de su hijo y el dolor de madre no es propio de una transacción comercial

Se le pregunta por fiscalía por los primeros síntomas que refirió su madre contesta que le dolían las piernas presenta un poco de náusea se mostraba inapetente lo que era una situación excepcional dado siempre su buen apetito su condición de deportista y su estado de ser un niño sano y de buena salud.-se le pregunta por la existencia de exámenes de los días 17 y 18 de junio indica la testigo que aquellos días no hubo petición de examen, que el día 20 de junio su hijo ya presentaba 41° de fiebre que la pieza solo contaba de una máquina para el suero que la interacción con el doctor Aguirre fue bastante básica no hubo mayores preguntas lo básico para requerir información de alguna alergia , que el doctor Aguirre se retira cerca de las 14:30 y que no lo vio más en la tarde salvo su regreso a las 20:30 donde lo examine , el doctor Aguirre regresó cerca de las 4:00 de la mañana que la enfermera había comenzado a gestionar el traslado al hospital escucha ella que el doctor Aguirre hablaba con alguien desconoce con quién indicándole que era neumonía , repetía que el hospital base carecía de cupo recuerda que su hijo fue estabilizado, que ella llama a su marido y que el doctor Aguirre se retira de la clínica. reitera la testigo que poco antes de las 8:00 de la



mañana ella llama al doctor Ferrada quien le habría indicado que aquellos síntomas son propios de hanta , que la enfermera que había asumido el turno , indicó lo mismo , reitera la gestión del doctor Flores quien había dispuesto una nueva vía y la llegada de Aguirre indicándole que al ser su paciente el no había autorizado la colocación de una nueva vía que finalmente es trasladado cerca de mediodía al hospital donde fallece cerca de las 14:45..-

Luego es interrogada por la parte querellante a fin que precise las visitas del doctor aguirre a su hijo a contar del día 20 de jun junio la testigo responde que fue la atención a las 14:30 y luego cerca de las 20:30 donde él pasó muy rápido pero ve a muy breve le refiere la colocación de paracetamol le requiere de alguna alergia para luego retirarse de la clínica nunca fue preguntada de alguna interacción en un sector rural algún contacto con algún roedor manteniendo el doctor Aguirre el diagnóstico de neumonía refiere también la testigo que aquella información de algún traslado a zona rural no le fue preguntada dado que ella en todo momento permaneció a su lado

Preguntada por el estado de su hijo entre la 14:30 a la madrugada del día 21 indica que no había presentado mayor complicación salvo cerca de la 1:00 de la mañana cuando comienza el sonido de las máquinas por la mala saturación de su hijo, precisa qué tal actividad a las una de la mañana quejándose mucho del pecho su hijo recuerda los intentos de la enfermera de contactarse telefónicamente con el doctor todos resultaron negativos, al llegar el doctor cerca de las 4:00 de la mañana refiere la testigo una conducta carente de empatía en todo momento niega la testigo algún tipo de contacto posterior con el doctor Aguirre.-

DECIMO: Se presenta a deponer en estrados la testigo por fiscalía y querellante doña Amparito Sepúlveda , enfermera, quién refiere que el día de ingreso de se encontraba de turno en clínica universitaria Puerto Montt recibe requerimiento de cama por ingreso, causal neumonía, recibe el paciente lo evalúa recuerda que estaba consciente junto a su madre lo ingresó a la habitación se presentaba sin fiebre y se toma en definitiva información general básica llamó al doctor Aguirre para realizar el ingreso del paciente, luego de 2 horas presentó fiebre se le deja paracetamol, cedió la fiebre pero nuevamente reinicia aquella llama al doctor para requerir un nuevo medicamento cerca de 3 o cuatro veces y al no haber respuesta decide adoptar medidas físicas como la instalación de paños tibios y recomendarle a que se diese una ducha , a las 8 de la tarde termina su turno entrega los datos a su colega e informa que se encontraba en ese momento en la ducha.-

Luego preguntado por fiscalía a fin de que refiera su experiencia profesional dando cuenta la testigo Sepúlveda que a la época de los hechos contaba con 2 o 3 años de experiencia en clínica universitaria desempeñándose sólo en función pediatría en tal tiempo la clínica contaba con servicios básicos en pediatría lo que permitía



recibir pacientes quirúrgicos o con patologías sin mayor complejidad ejemplo carecían de monitorización continua , en tal caso era pertinente el traslado al hospital de Puerto Montt, preguntado por la gestión de traslado la testigo acota que el médico solicita el cupo debiendo explicar el caso, que constituye aquello una gestión exclusivamente a nivel del médico debiendo ser el solicitante un médico y quien acepta el cupo en el hospital base igualmente un médico, careciendo como enfermera de tal facultad, preguntada por fiscalía en torno al estado de indica su ingreso a clínicas cerca de las 14:30 lo único que le aquejaba en ese momento era el tema de fiebre, iniciaban con escalofrío como un malestar general, pero el principal era el la fiebre.

Luego se adopta el procedimiento genérico de presentar la ficha al doctor los documentos recibidos el resumen del caso la información básica del niño y que luego el doctor va a revisar al paciente se ordenó control cada 4 horas, la toma de hemocultivos, que se la avise frente a eventualidades, así llamó al doctor cerca de las 18:30 y 19 horas por la alta fiebre que presentaba el menor recuerda lo menos 4 intentos de llamado todos sin respuesta, recuerda no haber tenido nuevo contacto con el doctor en su turno, recuerda que en forma continua se encontraba presente la madre del menor, reitera que entrega su turno cerca a las 20:00 gestión que realiza a la enfermera Natalia Rodríguez, recuerda que la clínica tal época carecía de pediatría residente y que solo se entera de la muerte de al volver a su turno de noche el día siguiente.-

Es interrogada sobre la existencia de algún protocolo o contingencia frente a emergencias, indica la testigo que a tal época , la clínica no tenía un médico residente de pediatría , en caso de que un paciente sufriera alguna complicación o algo, acudíamos al residente del servicio de neonatología. En realidad, la mayoría eran pediatras y neonatólogos, entonces acudíamos a ellos en caso de emergencia, aquellos era como los pasos a seguir, como protocolo establecido en ese momento, no se encontraba como escrito.-

Preguntada por querellante, reitera el fracaso en a lo menos cuatro intentos de contactar al doctor Aguirre

Luego se le contrainterroga por la defensa quien requiere que se precise en qué condiciones se encontraba el paciente cuando lo evaluó la primera vez.- Doña Amparito informa que llegó despierto, llegó tranquilo, no refirió mayor malestar en general, porque llegó sin fiebre, estable, llegó tranquilo y bien en ese instante, el primer cuadro febril, eso fue como 2 horas posteriores.

Ahora se le pregunta por condiciones del paciente al entregar su turno, relata la gestión de ducha, la que realiza sin mayor ayuda estando en todo momento presentes su padres.- Se le interroga si durante su turno, solicitó ayuda al residente de neonatología, contestado en forma negativa.- Luego se le pide que precise el concepto de médico de llamada y la efectividad de que solo concurría a



requerimiento de enfermería o de paramédicos. Contesta que resulta ser efectivo tal situación, indica que su turno lo sostiene además un técnico paramédico.-

Se le pregunta, en torno a si llamados telefónicos era solo por variación en fiebre, contesta la testigo que con la fiebre se alteran varios parámetros, pero en ese instante lo llamaba porque tenía fiebre, no habían pasado la cantidad de horas correspondientes del paracetamol que le había administrado 2 horas antes y requería otra solución frente a la indicaciones dejadas.-

DECIMO PRIMERO. Se presenta luego como prueba de cargo a la enfermera Natalia Rodríguez Vera quien refiere que el día del Padre 2015, no recuerda fecha inicia su turno en clínica universitaria de Puerto Montt a las 20:00 horas, le es entregado el paciente quien había hecho el ingreso por neumonía por micoplasma, le refiere la enfermera que entrega el turno Amparito, que la fiebre del menor no había bajado, que había llamado al doctor sin respuesta y que en ese momento se encontraba en la ducha para bajar la fiebre, luego la enfermera Rodríguez conversa tanto con el menor como por su padre, llama ella al doctor Aguirre quien le contesta y receta el suministro de metamizol, dipirona, se re controla, presenta baja en la fiebre pero una mala saturación de oxígeno inicia el suministro de oxígeno y logra normalizar su espectro respiratorio, para luego reiniciar una mala saturación, cerca de las 3:00 de la mañana llama al doctor Aguirre le informa la enfermera Rodríguez del cuadro de n llegando al doctor cerca de 30 minutos después dirigiéndose a la habitación para visitar a . Continúa su relato la testigo indicando gestiones iniciales para trasladar al paciente a la UCI del hospital de Puerto Montt obteniendo respuesta negativa por falta de cupo, el doctor Aguirre deja como indicaciones el suministro de corticoide, aumentar nebulización con salbutamol y la petición de exámenes, para luego retirarse de la clínica.-

A las 6:00 de la mañana presentaba los exámenes alterados en sus resultados sobre todo el referente a gases, siendo las 8:00 de la mañana pone fin a su turno llega la enfermera Angeles no existiendo a tal hora, aún, los resultados de alguno de los exámenes solicitados.

Preguntada por fiscalía, refiere que en 2015 Presentaba 7 meses en clínica, que recuerda haber recibido A a las 20:00. Con 39,5° de fiebre que a las 22:00 la misma había bajado, pero no mucho. Se le pregunta por el concepto de saturación, precisa que se refiere a una baja nivel de oxígeno y que puede producir Colapso Pulmonar el que sería esperable por el diagnóstico original de neumonía, como a las 22:00 horas empieza el aporte de una cantidad baja de oxígeno y luego se van aumentado los niveles de oxigenación.- inicio con Más o menos. 1 Litro, un bajo flujo, propio de la naricera, luego baja a 0,5 L, al producirse a las 3:00 de la mañana, desaturación, llamo al doctor, para cambiar el dispositivo a mascarilla, a fin lógicamente de suministrar más oxígeno, presentaba el menor retracción costal por la falta del aporte de oxígeno



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

Código: NNGKXHDJTNH

Interrogada referente a la gestión cama, la testigo informa que en esa oportunidad, el médico pide que yo lo comunique con la UCI del hospital, hice la conexión y se comunicó con la doctora que estaba de turno en esa oportunidad. Pero lo que me comentó después el doctor es que me dijo que le habían rechazado el cambio, que no se podía trasladar, luego me dejó las indicaciones del cambio de medicamentos y que iba a esperar al siguiente turno del hospital, en realidad el cambio a las 8:00 de la mañana para ver si podía ser trasladado. Precisa que no escucha el tenor, ni el detalle de la conversación con el hospital. Acota que siempre se mantuvo el diagnóstico de neumonía. Y que no recuerda haber dejado constancia del llamado al hospital. Luego de aquello el doctor Aguirre se retira de la clínica. Ilustra que a las 6:00 de la mañana el menor se presentaba hipotenso, que suspende dipirona, porque no había fiebre. Que le informa a la madre de la gestión cama quien le indica que contaba con algunos contactos, recuerda la testigo, que próximo a su fin de turno, cerca de las 8:00 de la mañana, el menor ya requería el paso de mayor oxígeno.

A la pregunta del querellante, en torno al resultado de los gases alterados, precisa la testigo que básicamente se traduce en que no hay adecuado intercambio de oxígeno. Luego de la muerte, de . El día lunes, se produce una reunión en la clínica con todos los involucrados a cargo del director médico, cuyo nombre no recuerda así como tampoco el tenor de aquella reunión. Para finalizar indica que entrega su turno cerca de las 8:00 de la mañana a la enfermera Angeles Solís de ovando.-

Interrogado por la defensa, precisa que a la época de los hechos se desempeñaba de turno en forma rotativo de día o de noche y que existía la figura del médico de llamada y que en el caso el doctor Aguirre al ser él quien recibió a J desempeñaba el rol de médico tratante, al recibir su turno de la enfermera Amparito se le transmite las indicaciones del doctor el suministro de paracetamol el de oxígeno de ser necesario no recuerda el paso de antibióticos ni la indicación horaria para nebulizar, reitera que cerca de las 22:00 el paramédico de turno le suministra oxígeno al menor para mejorar su condición respiratoria inicialmente 1 L y que luego fue bajado a 0,5 en la madrugada cerca de las 3:00 al aumentar el requerimiento de oxígeno del menor llama al doctor Aguirre quien le contesta y se apersona en la clínica indicándole reducir el marco horario para nebulizar solicitando exámenes de gases y otros que no recuerda para luego reitera retirarse de la clínica del doctor.-hoy como última pregunta la defensa le interroga acerca del estado del menor al inicio de su turno repite la enfermera hola rodríguez lo ya informado en orden a que se encontraba bien solo pálido y que no requería aporte de oxígeno.

DECIMO SEGUNDO: Se presenta como nueva prueba de cargo la enfermera Janeth de Los Ángeles Solís de ovando Calderón, quien expone, que le tocaba turno de día, entraba a las 8:00 horas de la mañana y salí a las 20 horas de la Noche, su colega Natalia Rodríguez fue la que me entregó el turno y me fue



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

Código: NNGKXHDJTNH

mencionando cada uno de los pacientes que estaban en ese día, el último paciente que estaba en la última sala era . Ella me comenta que había se había descompensado que había pasado muy mala noche. Que ella había llamado varias veces al doctor Aguirre y que el había ido aproximadamente a las 4:00 h de la mañana, ahí en esa visita, ella lo que me indicó que el doctor le indicó que la administrara metamizol.- También es que él había tratado de solicitar traslado durante la noche y le indicó la toma de exámenes, que el momento de entregarle el turno no estaban impresos todavía y que no Tuvo a disposición en ese momento. Una vez que ya me indica todas estas cosas, lo primero que hago y en función de la condición en la que me informó que estaba le empiezo a hacer examen físico, me preocupé muchísimo porque estaba en muy malas condiciones generales, tenía muchísima sed, no quería tomar el desayuno que le habían llevado durante la mañana. Estaba hemodinámicamente inestable, con taquicardia taquipnea, con uso de musculatura accesoria, tenía un llenado capilar, la perfusión sanguínea mayor a 3 segundos y lo que más me llamó la atención es que estaba con un diaforesis que es el exudado profuso, exudaba completamente en la cama, estaba toda empapada. Le pedí en ese momento a Vanessa que era la TENS que estaba conmigo, que me ayudara con toallas para poder secar un poco a. Vuelvo a la estación de enfermería y le pedí a Natalia los exámenes, los que estaban extremadamente alterados, le dije en ese momento a Natalia, esto está de libro y me dijeron que no, que no era posible que fuera una Hanta. Obviamente, yo tampoco soy profesional médico, no puedo diagnosticar, pero sí los exámenes eran claros en cuanto a una triada clásica que tienen los pacientes de Hanta, por eso llamé al doctor, le dije, doctor, los exámenes, están sumamente alterado recuerdo que las plaquetas estaban en 18.000, para contextualizar un poco el valor normal de las plaquetas son entre 150.000 y 450.000, le informé, le dije que quizás podía ser, hanta, y me dijo que no, se enojó muchísimo el doctor y me dijo que no iba a ir porque el paciente estaba con Neumonía y que él iba a ir más tarde. Obviamente yo me preocupé porque era un día domingo, no había médico residente pediátrico por el lugar y lo único que pude hacer en ese momento fue ir a golpear la puerta del residente de neonatología, yo golpeé y venía la doctora Berríos, recuerdo que me dijo que iba a un parto de urgencia y que se tenía que ir, pero yo rápidamente le comenté lo del paciente, de las condiciones en las que él estaba, me pregunto donde estaba, ella le indica que en la propia clínica, pediatría, le pidió que llamara al doctor porque él no me cree la gravedad, ella lo llamó y recuerdo mucho sus palabras, tomó el teléfono del servicio y le digo : *te levantas, porque si no tu paciente se muere aquí mismo*. Luego de eso, la doctora se tuvo que ir a su parto de urgencia, voy a la habitación, le expliqué a la mamá la gravedad y las condiciones en las que se encontraba a su hijo, que sí o sí había que trasladarlo, e informa que tal gestión no cabe a enfermera depende del médico tratante.

Continua narrando la testigo, que a los instantes llegó el doctor Flores, le pidió ayuda, recuerda que la mamá de le rogó, le dijo, *si usted me lo trajó a la*



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

Código: NNGKXHDJTNH

*vida, por favor, devuélvasela ahora, , y no es algo común que hagan médicos que se involucren en el tratamiento de otros pacientes, fue a la sala del paciente, lo fue a ver y dio ciertas indicaciones que era un suero, mientras , dice la testigo, ella seguía llamando al médico Aguirre , tantas veces que en un momento me contestó su esposa y me dijo que estaba duchándose, le pide por favor, necesitamos que él se venga para acá y me lo pasó y me dijo que ya venía, también molesto, yo creo que quizás pensó que estaba exagerando, pero las condiciones de eran super malas condiciones, estaba muy inestable, entonces no podía estar en un servicio básico. Cuando corté el teléfono, voy a la habitación y llevo el carro de paro porque en cualquier momento podía tener un paro y yo lo necesitaba por que hay medicamentos que hay que pasar y los pacientes necesitan vías venosas, eso es algo del rol de enfermería, así que yo le empecé a buscar las vías venosas, lo que fue muy complejo porque como estaba en esa condición, estaba muy mal perfundido y no era posible canalizar la vena de buena forma, justo cuando la había encontrado, llega el doctor Aguirre y se enojó me digo : *Tú, quiero que te detengas, yo no te autorice a instalar esta vía venosa , quiero que salgas de la habitación, yo no te pedí que hablaras con otros médicos.-**

Afirma la testigo que, estaba ahí con la vía y me dijo, te lo prohíbo y sales , salió el primero yo detrás de él y recuerdo que le dije, doctor es necesario instalar la vía venosa, es necesario tener el carro de paro al lado del paciente porque el paciente estaba muy mal, le mostré y le dije, mire, los exámenes de sangre, estos exámenes no están normal y no puede estar en un servicio básico con estas condiciones.

Referente a gestión de traslado, señala lo que le había dicho Natalia, que él había intentado coordinar durante la noche el traslado, le habían dicho que sí, luego habían dicho que no, ya a esa hora, cambio de turno como a las 9:00 h de la mañana en el hospital, creo que el médico saliente de UCI dicho que sí y el entrante que no sabía, hubo un proceso muy engorroso, demoro muchísimo unas 2 horas entre decidir si iba o no iba a UCI del hospital.

En el intertanto cerca de las 10:00 h de la mañana, indica otro suero, él habrá ido dos veces a ver al paciente por muy poco rato. Sostiene la testigo que le cambiamos también el sistema de oxígeno, aumentamos el nivel de oxígeno porque estaba desaturado, había llegado un 80%.- Finalmente, como a las 11:30 h, sale el traslado de y lo logramos trasladar al hospital base en una ambulancia muy básica, tuvimos que conseguirmos un balón de oxígeno para poder administrar el oxígeno a , mientras llegábamos al hospital, lo entregué, recuerdo que allá había un equipo de 10 personas en la UCI del hospital que estaban esperándolo, inmediatamente lo intubaron, lo sedaron, me preguntaron datos rápidos como el peso por los medicamentos y luego de eso me dijeron que saliera del lugar, y regrese a mi turno.-



Se inician las preguntas de Fiscalía, requiriendo de la testigo que precise por qué al momento de iniciar su turno a las 8:00 de la mañana había indicado que estaba en mal estado, si recuerda los niveles que presentaba , y por qué había alcanzado tal conclusión. La testigo responde que estaba con taquicardia, frecuencia cardíaca estaba muy aumentada, estaba con su frecuencia respiratoria muy alta, estaba taquimétrico, significa que la respiración estaban más de lo normal que se espera, estaba hipotenso, presión estaba baja y todos esos signos en conjunto nos muestran, algún tipo de shock, empieza con estos síntomas porque el cuerpo trata de compensar lo que está sucediendo, todos esos signos que yo consideré que el paciente estaba en muy mal estado y toda esa información se fue entregada cuando yo llamé al doctor Aguirre, además de los exámenes que he confirmaban aún más la gravedad del paciente.

Referente a la expresión, esto está del libro, en torno al hantavirus fiscalía indaga sobre los síntomas de aquella afección, la respuesta de la enfermera inicia contextualizando la situación que la zona de Puerto Montt presenta casos de hanta, en torno a la triada clásica mencionada anteriormente se refiere a disminución de plaquetas, aumento de leucocitos y hemoconcentración en hematocrito, recordando diversa literatura médica que concluye que tales alteraciones en aquellos exámenes son indicativos de hantavirus, recuerda además el elemento de contacto rural , la necesidad de realizar un test rápido y contextualiza ese conocimiento fluido tanto por su rol de enfermera como de académica en la universidad san Sebastián lo que permite mantenerse actualizada constantemente, ilustra además que la utilización de un test rápido sólo pesquiza la posibilidad que sea positivo dado que necesariamente de enviarse una contra muestra por ejemplo al instituto de salud pública para acreditar si efectivamente se enfrenta hanta frente a la nueva pregunta de fiscalía recuerda claramente que el diagnóstico de era el de neumonía atípica pero la alteración ya referido de sus exámenes y del estado que presentaba no eran propios de ser atendidos en el servicio básico en que se mantenía.-

Se le interroga luego por la evolución negativa de , así la testigo conforme a su experiencia indica que puede existir descompensación de los pacientes pero en el caso de el estado que presentaba al inicio de su turno no era sino propio de una descompensación ya iniciada en hora de la noche recordando que se trataba de un niño de trece años de edad sano en términos generales lo que permitió durante mayor tiempo postergar su estado de gravedad .Luego reitera su diálogo rápido con la doctora Berríos y la gestión por ella realizada de ese mínimo contacto imperativo con el doctor Aguirre , ahonda en ese contacto con la doctora Berríos lo que explica en la motivación de prestar ayuda a dado que previamente había tomado contacto telefónico con el doctor Aguirre, al parecer el creía que ella exageraba al indicarle que ya concurriría a la clínica y que el paciente estaba con una neumonía, precisa la testigo que le informó vía telefónica su aprehensión de que se tratase de virushanta y que si bien ella no es



profesional médico la triada referida y el estado de grave, hacia incompatible su mantención en ese servicio básico, por eso y en su afán de buscar ayuda de un médico se entrevista en la forma ya indicada con la doctora Berríos era, finaliza la testigo, lo que podía hacer con los medios que contaba en ese momento.-

Luego hoy se le pregunta por la llegada del doctor Flores, precisando la testigo que el doctor Flores continuaba el turno de la doctora Berríos y que fue requerido por la madre de para que pudiese ver a su hijo repite lo ya referido la testigo en orden aquí en una situación excepcional dado que no era el médico tratante pero al ver el estado de se limita a ordenar el suministro de mayor suero, precisa que ella como enfermera no tiene facultad para la administración de fármacos debiendo contar con disposición del médico tratante, es por eso que requirió la colaboración del doctor Flores que vio a y me expuso aquella medida compensatoria, acota la enfermera que su rol son esos cuidados de enfermería por ejemplo sentar a para que una expansión torácica faciliten algo su flujo respiratorio administración de oxígeno, precisa el marco horario de contacto telefónico con el doctor Aguirre cerca de las 8:45 de la mañana llegando éste a la clínica entre 9 y 15 y 9:30.-

A la nueva pregunta de fiscalía en torno a la instalación de otra vía venosa, la testigo aclara que dado el estado que presentaba y en la previsión de que entrase en paro es necesario el suministro de medicamentos que requieren de vía exclusiva es decir de una vía venosa diversa aquella por la que se le suministró suero u otro medicamento y esa búsqueda de vía venosa exclusiva se hizo dificultoso dado el estado complicado del paciente, ilustrando la enfermera que en ese estado previo al choque la vía venosa son difíciles de ubicar reitera que presentaba complicaciones a nivel cardiovascular taquicardia y diaforesis es decir sudoración excesiva hoy se mojaba en forma completa lo que no es sino una respuesta de su organismo para preservar sus órganos vitales, en esta parte finaliza hoy con la no instalación de la nueva vía dado la llegada al doctor Aguirre el maltrato que refiere la testigo y la orden de salir de la sala, situación que en su 10 años de ejercicio profesional no había enfrentado.-a la nueva pregunta de fiscalía referente a la gestión de traslado reitera lo testigo la testigo lo ya agotado en orden a lo engorroso del procedimiento de la información previa de la gestión en hora de la madrugada del reinicio de aquellas gestiones cerca de las 9:00 de la mañana de la información difusa que emanaba del hospital lo que es finaliza con un llamado desde la uci desde el hospital para indicar la existencia de cupo, da cuenta que el traslado se realiza en una ambulancia básica no contaba con servicio de oxígeno ni de monitoreo que el traslado desde la habitación a la camilla ayuda a la propia madre que el doctor Aguirre permanecía en estación de enfermería no le otorgó ningún examen ningún documento fue ella quien lo retira desde la estación de enfermería para acompañar a en el traslado al hospital , cerca de las 4:00 de la tarde de ese mismo día se entera del



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

Código: NNGKXHDJTNH

fallecimiento de coma lo que le afectó tanto a ella como al de más equipo que se encontraba de turno al tratarse de un niño coma luego hoy fueron cita a una reunión con el de otro médico de la clínica dónde se relató las diversas gestiones efectuadas, oportunidad en que le llama la atención al revisar la ficha clínica que la misma se mostraba tarjada en la información del medicamento administrado donde recuerda que originalmente aparecía otorgado el medicamento para continuación reflejarse en la ficha como no dado hace presente tal situación en la reunión lo que causa un incómodo silencio luego finaliza la misma.-

La testigo no recuerda si posterior a esa reunión o días después tuvo el último encuentro con el doctor Aguirre en los estacionamiento de la clínica se manifestaba ella muy asustada por la discusión previa con el doctor quién le inquiriere sobre lo que ella iba a decir indicándole que ella aportaría toda su actividad y lo registrado en la ficha clínica, aquí refuerza su condición de académica e ilustra el tribunal que se le enseña a los estudiantes que todo debe ser registrado *lo que está escrito es lo que está hecho, si no lo escribí no se hizo*, eso es el principio que rige para el cabal registro de una ficha clínica indica la enfermera .-

El querellante, interroga a la testigo sobre lo que se deja constancia en una ficha clínica, responde la enfermera que todo lo relacionado a las acciones que yo voy a realizar con mi paciente todo, o sea, si yo no escribo algo, esta es una frase típica de enfermería: sí no está escrito, no está hecho, es decir, continua la enfermera, si tú llamaste al médico y el médico no te contestó y eso no lo registraste, es como que no lo hubieses hecho es la única forma de comprobar que eso sucedió.

Adiciona, ejemplifica que lo que se registra son las actividades realizadas referente a un medicamento no se registra nos administró un medicamento preguntada por qué un ficha clínica aparece que no se administró metamizol , la testigo refiere y lo vincula a la baja tensión de él ya estaba hipotenso y ese medicamento presenta como efecto secundario una baja en la presión a lo que se une que debe ser pasado en forma muy lenta lo que no habría ocurrido en este caso y quizás influyó en aumentar su descompensación.-

La siguiente pregunta del querellante lleva reiterar la orden del doctor Aguirre para retirar la segunda vía que se intentaba colocar en repite la testigo que fue echada de la sala y que solo se le pasó a suero agrega que en la uci del hospital fue difícil encontrar nuevo acceso venoso no adoptándose por el doctor Aguirre en la clínica ninguna otra medida que anticiparse el eventual parode

Por hoy último es interrogada por la defensa en torno al horario en que ocurrieron los hechos por ella narrada contestando la enfermera que su aporte se refiere al marco de turno desde las 8:00 de la mañana del 21 de junio a las 11:35 donde



egresó junto con hacia el hospital precisa y reitera que los exámenes originalmente solicitados se tomaron a las 6:00 de la mañana y que a las 8:00 de la mañana aún no estaban impresos.-

DECIMO TERCERO: Se presenta por fiscalía y querellante el testimonio de Omar Ferrada, médico cirujano quien informa que al día 21 junio 2015, se encontraba en su casa, recibe llamada telefónica de su paciente, requiriendo consejo frente a la condición de su hijo le informa a la situación, del diagnóstico de neumonía por mycoplasma del requerimiento de aumento de oxígeno y las dificultades para respirar, el testigo indica que él informa a la madre de que el mico plasma no es tan progresivo, que debía ser un virus la respuesta fue que para la influenza el examen fue negativo le indica que quizás fuese hanta la respuesta fue que no había circulado por zonas rurales

Preguntado por su conocimiento el virus hanta indica el testigo que al haber hecho distintos reemplazos en el hospital de Puerto Montt tuvo contacto con el hanta constituyendo Puerto Montt un centro de referencia nacional al contar con mayor experiencia en tal área que se caracteriza por presentar una rápida evolución negativa incluso en un lapso menor a 12 horas referente a los síntomas, refiere que incluso puede ser asintomático o en algunos casos confundirse con la gripe, se presenta generalmente fiebre, tos, molestias digestivas , precisa que el mico plasma es una bacteria y que el deterioro rápido infeccioso es propio de un virus, puede alcanzar insuficiencia respiratoria la que se tratan con oxígeno en alta dosificación, ventilación mecánica, y el oportuno traslado al hospital, finaliza indicando que la madre de no le refirió el tratamiento que mantenía a ese momento su hijo.-

La defensa requiere sobre su especialidad informando el doctor Ferrada que es médico internista de adultos y que la fecha se desempeña en clínica Puerto Varas y que no ha trabajado en clínica universitaria o de los andes de Puerto Montt, preguntado por el contexto de traslado a zona de bosque por repite el testigo que la información de la madre fue negativa en ese aspecto.-

DECIMO CUARTO: Que, a continuación se presenta como testigo de cargo a la doctora Virginia Berríos quien informa que el día 21 junio estaba de turno el día que este niño ha estado hospitalizado en el servicio de pediatría, de turno en la unidad de neonatología. En ese período, la clínica solamente tenía residente neonatal no pediátrica, su obligación eran los niños neonatales. Alrededor de unos 15 minutos antes de las 9:00 h de la mañana, me llamaron desde pabellón por cesárea de urgencia bueno, yo salí de la habitación que estaba en el tercer piso, donde estaba la hospitalización pediátrica, salí al hall central donde está la sala de enfermería, que es más bien un mesón, no una sala, sino que el mesón de enfermería, cuando voy pasando en esa dirección por el pasillo me interrumpe la enfermera que estaba en ese momento, no recuerdo el nombre, me dice doctora, por favor ayúdeme con estos exámenes, entonces yo le digo, voy a una cesárea



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

Código: NNGKXHDJTNH

de urgencia, tengo que estar en el pabellón , la enfermera le dice que hay un niño que está en malas condiciones, entonces le vi el hemograma, vi los exámenes que me mostró, pregunté que tiene me dijo una neumonía, pásame la radiografía, miro la radiografía y no me pareció que tuviera una neumonía esperable para la edad del niño. Entonces le dije, mira, no me parece neumonía, pidió la hoja de enfermería, los signos y observo que el niño empezó en malas condiciones, pregunto por el nombre y número del doctor , se dirige a pabellón y entre el tercero y el segundo piso marco el celular, Hablo con el doctor y le informe, le dije, que había visto los exámenes del niño y que me parecía que por los exámenes y la hoja de enfermería el niño no estaba en condiciones estables y que debería venir a verlo y hacerse cargo del niño. Me contestó que el niño tenía una neumonía, yo le dije, yo no voy a entrar en discusiones con el diagnóstico, sino en el estado que estás deberías venir,- , bajé a pabellón y le corté. Esperando que él viniera. Bajé a pabellón llego al pabellón y la cesárea se atrasa quince minutos, va a la unidad de neonatología. Fui a las 9 pregunto si el doctor Flores llegó, normalmente el doctor llega antes del cambio de turno, me dicen está pasando visita, me voy al segundo piso. A la primera sala de puerperio y ahí estaba y desde el pasillo le hago una señal que por favor salga, le expliqué lo de neonatología, que no había ningún problema. Los niños estaban estables. Pero que arriba en el tercer piso había un niño hospitalizado, el cual yo no había examinado, sino que había visto exámenes, a solicitud de la enfermera , se preocupa por si el niño pudiera presentar a un mayor deterioro clínico. Entonces, acuerdan subir los dos, veámoslos y vemos que podemos hacer, Flores le indica que el subiría , dado que el turno de la testigo ya había terminado, agrega la doctora Berrios que bajo al primer piso y donde siempre hay unos citófonos de Atención al Cliente, llamé al 310 que era la pediatría, le dije a la enfermera que había entregado al doctor el turno de neo, pero que además arriba había un niño que no estaba en buenas condiciones y que si podías subir a verlo, entonces ella me dijo, gracias doctora, y corté. Me subí al auto, bajé por la cuesta que llega hasta La Caleta pichi pellico, en la mitad hay una panadería, estacioné ahí, volví a llamar, me contestó la auxiliar, quien le dice que el doctor Flores estaba en la sala del niño con la enfermera. Después volví a llamar más tarde, no me acuerdo la hora, me dijeron que lo habían trasladado al hospital, unas horas después la enfermera me llamó a mí y me dijo que el niño había fallecido. Finaliza diciendo que esa es toda mi participación, yo nunca examiné el niño, nunca lo vi, solamente vi los exámenes.

Se inicia las preguntas por fiscalía a fin que precise por qué al ver la radiografía tórax la neumonía diagnosticada no le pareció propia para la edad del niño, la doctora Berríos contesta que la neumonía en niños de cero a 2 años puede presentar zona de condensación en distintos puntos del pulmón pero a contar de esa edad se esperaría no un salpicado sino una neumonía completa del lóbulo agrega que la radiografía es una instantánea de un momento debe unirse a ella la condición general del paciente porque una evolución puede implicar que el germen



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

Código: NNGKXHDJTNH

se haga cada vez más agresivo que iba tomando el pulmón, cubriendo su imagen , agrega que presentaba infiltrado intersticial con un mínimo relleno alveolar.

A la pregunta de por qué decide contactar al médico tratante el doctor Aguirre vía telefónica, la doctora Berríos señala , en primer termino porque una enfermera, le pide ayuda porque está viendo un niño que está en malas condiciones , frente a la regla que la hospitalización pediátrica era vista por el médico que lo ingresaba, se hacía cargo de él y asumía su conducción, 24 horas al día, entonces, se explaya, la testigo, si alguien te está pidiendo ayuda, tú tienes que creer. Sin que hayas visto el paciente porque yo no lo alcancé a ver porque tenía que ir al pabellón sería muy raro que una enfermera invente algo. En segundo lugar fue gravitante el hemograma yo lo vi con las plaquetas bajas. Le pregunté si tenía un púrpura trombocitopénica y ella me dice, que no tiene un púrpura trombocitopénica, que es una enfermedad donde los niños hacen como un cuadro viral después empiezan a tener petequias en el cuerpo, lesiones de sangramiento muy finitas que se van agrandando y son unas manchitas moradas y que al tomar exámenes presentan plaquetas muy bajas.

Precisa luego la revisión de las hojas de enfermería para ver los signos vitales, la saturación, no lo había tenido bastante estable, como hasta alrededor de las 3:00 de la mañana a cuatro de la mañana, y después había empezado a tener un poco de taquicardia, la que se presenta, cuando empiezas a tu cuerpo a estar en malas condiciones. Reitera que nunca examiné el paciente vi exámenes, se auto cataloga de la escuela antigua, en el sentido de que la clínica manda, vi la clínica del niño que son las manifestaciones de síntomas y signos que tiene.

Se le pregunta por qué decide encargarle el paciente al doctor Flores , cuál es su motivación, la doctora contesta que algunos podían entender que no es su problema dado que ella era residente de neonatología lo mismo que el doctor Flores, pero al enterarse con la enfermera que hay un paciente, un niño que está en malas condiciones del que puede revisar sus exámenes es básico el sostener alguna actividad por eso le planteé al doctor Flores la visita en conjunto al niño y luego al indicarme el doctor Flores, que él realizaría la gestión me cercioré por la distinta llamadas que aquella visita se haya verificado porque en el caso de que el doctor flores no hubiese subido yo hubiese regresado a la clínica,.

Luego se le pregunta por protocolo de traslado, refiere la doctora que en el área de pediatría sólo había gestionado un traslado , un número mayor desde su propia unidad de neonatología verbaliza que uno se consigue el cupo debiendo hablar con el residente contar el caso, luego hacerse cargo del trámite administrativo al abrirse el cupo , indica que en su quehacer que ella sube a la ambulancia va a dejar a su paciente, en el caso de negativa de cama debe recurrirse al jefe directo de la UCI dado que ella no va a esperar sentada a que se muera un niño , siempre hay que buscar otro lugar.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

Preguntada por la querellante si el médico de turno tratante no responde se le traspasa la responsabilidad al residente de otra unidad o sigue siendo responsable el mismo médico de turno tratante de llamado , la doctora indica que a esa época, solamente había un residente que era el residente de neonatología. No había nada escrito ni una orden de un protocolo que dijera que la responsabilidad de los pacientes privados eran del residente de neonatología o del residente de urgencia. En la lógica del pasado ella entiende que si no hubiera un residente establecido ni de llamada el médico de urgencia debería subir .Precisa que el referirse a paciente privado es aquel cuya hospitalización se ordenó por el médico tratante en este caso tal rol lo ejecuta el doctor Aguirre.-

Enfrentando ahora las preguntas de la defensa reitera la carencia al 2015 de un residente pediátrico, que la gestiones por ella resumidas tiene lugar un poco antes de las 9:00 de la mañana cercano a las 8:45 del día 21 próximo a entregar su turno y que en el marco horario de las 20:00 del día 20 a las 8:45 del día 21 ningún contacto de enfermera u otro paramédico se mantuvo con ella lo que no correspondía dado que el paciente pediátrico contaba con médico tratante, a la pregunta del contacto telefónico con el médico tratante repite la doctora que fue breve que no iba a discutir el diagnóstico efectuado y que sólo la motivaba informar la condición grave que en ese momento presentaba debiendo su médico tratante visitarlo y tomar una decisión producto de la evidente evolución negativa desde su ingreso hasta esa hora de la mañana.-

En forma excepcional se procede por este juez a solicitar a la testigo que aclare su exposición en torno a que la neumonía que daría cuenta la radiografía de tórax por ella revisada no sería compatible con la edad del paciente , así la doctora ilustra a este juez que los cuadros de compromiso pulmonar en los niños dependen de las edades , sobre los 2 años en las neumonías bacterianas normalmente se ve una imagen, en veleta, así como una vela color blanco y que ocupa un segmento de los campos pulmonares en los 3 lóbulos, ambos pulmones. Entonces toma un lóbulo completo y la imagen puede ser en veleta o puede ser como un cuadrado si es en las bases. Entonces no era la imagen típica de una neumonía se esperaría una imagen más grande, mayor compromiso del pulmón.

DECIMO QUINTO: Continuando con la prueba de cargo se presenta en estrados el pediatra Gerardo Flores quien inicia su exposición indicando que el 21/06/2015 ingresó como médico residente de turno neo Natal a la clínica universitaria , siendo entregado el turno por la doctora Berríos en su unidad sin inconvenientes , informándole que en pediatría se encontraba un paciente en pre shock , con presión baja y con dificultad respiratoria, conforme a tal información sube el tercer piso a ver el paciente habla con la enfermera de turno ingresó a la sala, examinó al paciente que evidentemente presentaba dificultad respiratoria, respiraba rápido, con taquicardia, con naricera para el suministro de oxígeno, presentando el examen pulmonar ruidos húmedos los que no son propios de una neumonía. Frente a presión arterial muy baja se plantea el doctor Flores dos posibilidades de



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

Código: NNGKXHDJTJNH

hipótesis diagnóstica primero un shock séptico causado por neumonía y segundo un síndrome cardiovascular por hantavirus, refiere haber hablado con la mamá de informa que él en su condición de neonatólogos recibió a al nacer requirió información en torno a una estadía en sector rural o contacto con persona enferma, la madre no recordaba antecedentes, pidió la radiografía, a tal hora no presentaba distrés respiratorio, reitera su traslado a pabellón por cesárea regresa a ver a estando ya en ese momento su doctor tratante el doctor Aguirre le pregunté si necesitaba ayuda iniciando las gestiones para el traslado a la unidad de pacientes críticos del hospital de Puerto Montt gestión iniciada recuerda entre las 9 a 9:15 del día 21 de junio habló con la doctora Galindo del hospital quien dio cupo al tratarse de paciente pediátrico crítico le informó al doctor Aguirre tal gestión luego espera el doctor Flores requerimiento de alguna nueva ayuda la que no hubo.-

Interrogado por la gestión cama precisa el doctor Flores que conoce a la doctora Galindo que le informó del compromiso grave respiratorio y cardiaco del paciente que requería drogas vaso activas activa necesitando una vía directa y única para todo el medicamento recuerda la revisión del hemograma compatible con hanta virus; baja de plaquetas y aumento de hematocritos, indica que pese al diagnóstico inicial de neumonía que requería identificación bacteriana tal afección puede causar shock séptico pero al caso que enfrentaba el menor ya era lo mismo el diagnóstico original, finaliza acotando que cada vez que como médico se enfrenta un diagnóstico complejo debe recurrirse a los pertinentes protocolos o guías y que para el caso del hanta virus las mismas existen desde el 2013 a lo menos, ilustra incluso de su afición de levantar información en página web que el denomina de carácter artesanal para poder difundir aquellas informaciones y mantener actualizada los equipos médicos con los que trabaja.-

Preguntado por el querellante señala que dado la premura del caso no revisó la ficha clínica sí observó la radiografía desconociendo la hora en que aquella muestra fue tomada, referente a la gestión de una vía exclusiva para droga vaso activa reitera el doctor que lo pretendido frente a la baja presión del paciente era normalizar , dado que si seguía con presión arterial baja, pudiera haber tenido, por ejemplo, un paro cardíaco y con las drogas vasoactivas, lo que se hace es normalizar o tratar de normalizar las presiones arteriales para que la sangre a través de la de la circulación llegue a todos los órganos y sistemas tenía que tener una buena presión arterial para que hubiese una buena circulación si no tengo presión arterial suficiente, no me llega la sangre a los diferente órgano, tejido y sistema y por lo tanto pudo causar un daño terrible al cerebro, la mantención de tal cuadro podía concluir con un Paro cardiorrespiratorio por eso era tan importante tenerlo en una unidad de paciente crítico, porque siempre que como médico se tiene una gravedad de esa magnitud en los pacientes tiene que estar en una unidad de pacientes críticos, compleja, no Intermedios tiene que ser compleja



con dotación médica o dotación de enfermería y un sistema de monitoreo hemodinámico complejo que permita diagnosticar bien lo que está pasando.

Se inicia el contra interrogatorio de la defensa requiriendo al doctor Flores que precise si el hemograma por él indicado fue revisado por él o solo le fue exhibido por la enfermera, el doctor Flores indica que al mencionar la impresión de los bajos niveles que si bien no recuerda sus valores precisos necesariamente tuvo a la vista tal hemograma que la expresión mostrar el examen no se trata de una mera exhibición si no que él lo toma lo revisa y concluye lo ya indicado en torno a lo presuntivo de una afección mayor, presunción que necesariamente exigía otros exámenes, luego se le pregunta por su declaración ante la PDI donde había referido contacto con la doctora Muñoz en el hospital base de Puerto Montt, el doctor Flores contesta que por un asunto horario dado que eran cerca las 9:00 de la mañana hora en que se produce el cambio de turno y entiende que a esa hora ya se encontraba de turno la doctora Muñoz por eso en tal declaración indica la conversación con aquella profesional pero en la práctica resultó que había extendido su presencia en el hospital la doctora Galindo siendo con ella en definitiva con la que conversó para la gestión cama se une a tal situación horaria la coyuntura que ambas profesionales tienen como nombre de pila Marcela de ahí esa confusión inicial .

Luego a la pregunta de la defensa precisa que su aporte testimonial se refiere por la actividad por él desplegada a contar más o menos de 10 o 5 minutos antes de la 9:00 de la mañana del 21 junio dado que se desempeñaban a tal época como neonatólogo residente en clínica universitaria rol que dejó de ejecutar a lo menos hace 4 años a la fecha, a tal periodo 2015 no existían residente pediátrico debiendo sostener y hacerse cargo de las hospitalizaciones los pertinente médicos tratantes en este caso el doctor Aguirre , empero en caso de urgencia era una opción solicitar asistencia al residente neonatólogos como ocurrió en este caso a requerimiento de la enfermera de turno, reitera que el diagnóstico original de era neumonía atípica precisa que su agente no estaba determinado, agrega que en el marco de su propia experiencia médica en menester el sostener diagnósticos diferenciales así frente al cuadro del menor se centra en shock séptico por neumonía y que en menos probable más lejano y más remota podría ser el síndrome cardiovascular por hanta, repite que la imagen de rayos por él revisada impresiona como neumonía que si bien carecía de color blanco y edema agudo podría presentarse en un neumonía de tales características recuerda que el hemograma resultaba presuntivo en su tesis diagnóstica de eventual hanta virus de ahí se centra en requerir de la madre y de la hermana de información sobre algún contacto con ruralidad precisando a su juicio que desconoce si el colegio san Javier por su ubicación puede ser considerado rural, finaliza indicando que si bien no recuerda si fue en forma directa o por intermedio de la enfermera de turno, le indicó al doctor Aguirre que se encontraba a su plena disposición para los requerimientos que esta situación de emergencia podría conllevar.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

DECIMO SEXTO: Continuando la prueba de cargo se presenta a la perita Pia Smok, médico legal que se desempeña en PDI, criminalística informa la perito que el informe solicitado por fiscalía contenía la pregunta cerrada de analizar los antecedentes médicos y establecer si el doctor Aguirre se había ajustado a lex artis en la atención de , ilustra la profesional que se trató de una revisión de carpeta de más de 700 fojas desde donde se extrae la ficha clínica tanto de la clínica universitaria de Puerto Montt como del hospital vas existiendo además 2 informes periciales uno del servicio médico legal de Santiago del departamento responsabilidad médica y un informe particular, su primera actividad es un marco cronológico de los hechos indicando que los mismos inician el día 17 de junio al solicitar la madre de atención de urgencia para su hijo siendo diagnosticado en esa oportunidad con virosis respiratoria, una segunda tensión del 18 de junio que fue referida como sobre infección del cuadro previo la tercera tensión del día 20 de junio donde queda hospitalizada el menor y la actividad del 21 de junio configurado por el traslado al hospital y el fallecimiento del menor coma así la actividad del doctor Aguirre como médico tratante se ve limitada a los días 20 y 21 de junio, un punto del cual la perito no tiene claridad es el referente al inicio de evolución de los síntomas de dado que los documentos examinados contienen diversa información así la querella habla del día 12 de junio, el dato atención de urgencia del día 18 de junio dice que iniciaron hace un día, y la última del día 20 de junio dice que ya se originaron hace un mes.-

Centrada en día 20 de junio indica que siempre hubo atención de pediatra el doctor Rueda en urgencia reconoce los signos de severidad pide exámenes y ordena la hospitalización, en pediatría sólo existían camas básicas, solo médico de llamada que detentaba el rol de médico tratante que era en este caso el doctor Aguirre, el primer contacto con es cerca de las 14:30 o 15 horas del 20 de junio se revisa la ficha de hospitalización el doctor Rueda había solicitado una radiografía que da cuenta de un cuadro respiratorio de neumonía, solicitud de exámenes de sangre que mostraban una severa disminución de plaquetas, se había practicado un screening ejemplifica la perito para entendimiento de este juez un símil de alcotest que resultaba positivo a bacteria mycoplasma el doctor Aguirre toma la información levantada por el doctor Rueda trabaja con la hipótesis del germen confirmado pide hemocultivo, hemograma pide antibiótico y se ingresa al régimen hospitalario, dejando como indicaciones paracetamol, antibióticos, oxígeno según necesidad, nebulización con salbutamol suspender a las 23:00 y reiniciar en la mañana y luego se retira de la clínica.-

Surgen acá entiende la perito las primeras falencias al solicitarse un hemograma lo que no es lógico con el diagnostico que asume Aguirre de que el agente causante de la neumonía es una bacteria , segundo deja indicación antibiótico que no se usa contra el micro plasma , dado que presenta rasgos de penicilina a la que menor es alérgico, en definitiva no reconoce ninguna alarma ni alerta en el cuadro del menor, conjuntamente al turno médico se desempeña la enfermera



Amparito quien cumple con sus obligaciones al observar que la fiebre no cede llama cuatro veces al doctor sin respuesta alguna poniendo fin a su turno a las 20:00, ingresando luego la enfermera doña Natalia quien sigue llamando al doctor Aguirre logrando finalmente un contacto con aquel quien indica el cambio de paracetamol a dipirona, la enfermera observa que no hay baja en la fiebre, que presenta una presión baja, comenta su frecuencia cardiaca e inicia falla respiratoria toma las medidas apuntadas e indicadas por el doctor Aguirre al no ceder los síntomas llama al doctor concurre este y anota en ficha; cianosis distal, se inicia gestión cama para traslado. Destaca la perito en este punto que no existe registro alguno ni en ficha clínica ni en la ficha del hospital base ni en la unidad de gestión de cama en torno a la efectividad de este contacto en horas de la madrugada no existiendo en los documentos por ella examinados, no hubo anotación íntegra conforme a protocolo que revele que efectivamente a tal hora se haya iniciado o gestionado el traslado del menor desde la clínica al hospital.

Tal actividad en ese marco horario también es objeto de crítica de la perito tanto en la dosis baja de dipirona, no concordante con la talla de revelando un manejo conservador, segundo que pese al registro de cianosis distal lo que significa falla respiratoria aguda y de haber indicado inicio gestión cama ni en ficha clínica ni en el hospital base ni en su unidad de gestión cama de paciente crítico no hay registro alguno de tal contacto inicial Sólo a las 9:00 de la mañana del día 21 hay registro de gestión de traslado cama hola por enfermera ángeles.

Regresando a la referencia horario de las 3:00 de la mañana cuando concurre el doctor Aguirre pide exámenes electivos no de urgencia y se retira de la clínica, indica la perito qué tal actividad implica no actuar en consecuencia esperada para la lex artis, a las 8:00 de la mañana en el nuevo cambio de turno al asumir la enfermera de nombre Angeles ve paciente crítico inicia cadena de gestión, previamente habiendo recibido la enfermera de nombre Natalia a las 7:00 de la mañana algunos exámenes llama al doctor Aguirre quien no comparece, tales exámenes alterados también son vistos por la enfermera ángeles llama al doctor le contesta que iría más tarde y solo frente a la llamada de otra doctora concurre la clínica cerca de las 9:00 de la mañana a esa hora el paciente estaba grave agónico, en tal escenario es la enfermera la que inicia la gestión cama para el traslado el que sólo se logra cerca a las 11:00 de la mañana, al ingresar al hospital de Puerto Montt los doctores dan cuenta en forma inmediata que impresiona como hanta el test rápido resulta positivo el confirmatorio se remite a Valdivia se ingresa formulario notificación obligatoria si inicia el suministro de droga por vasoactivo falleciendo el menor a las pocas horas de su ingreso.

Manifiesta la perito que al encargo inicial del año 2019 le llamaba la atención que la línea central de fiscalía local era como no se había pesquisado en forma oportuna el hanta discrepa la profesional de aquella apreciación dado que el foco es el de terminar si los procesos fueron seguidos a cabalidad y si hubo entrega de recursos técnicos humanos propios de la obligación de medios no de resultados a



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

Código: NNGKXHDJTNH

la que está vinculada el médico siendo aquella la sustancialidad del respeto o quebranto a lex artis, así informa el tribunal que el doctor Aguirre se ajustó el proceso de hospitalización lo que se cuestiona es su calidad y tal falta de calidad clínica incidió en la demora en apreciar la gravedad del paciente, así ejemplifica como mala calidad la utilización de un test rápido, el requerir la muestra de hemocultivo desvinculándose que su propio diagnóstico daba cuenta que agente causante era un mico plasma, bacteria, no pesquizable por ende en la circulación de sangre ,suministro de antibiótico no propio para el micoplasma, indica la perito que no es ni la primera ni la segunda opción, habían opciones más efectivas, más seguras, más rápida, concatena la secuencia ya referida a las 3:00 de la mañana del día 21 de junio el doctor Aguirre reconoce la gravedad y no presenta lógica su conducta reconoce la gravedad pide algunos exámenes y se retira de la clínica indica gráficamente la perito que al parecer el doctor Aguirre y la enfermera doña Natalia al parecer viven en una isla, cuentan en la propia clínica con otros médicos con UCI en otro servicio y que si bien existe una red limitada de profesionales no se llamó a nadie no se gestionó ninguna ayuda y que pese a reconocer la severidad del cuadro y no actuar en consecuencia se retira del establecimiento .-

Preguntada por la parte querellante entorno a la hora aproximada en que el menor había presentado su falla respiratoria la perito refiere que atento a sus signos vitales y la ficha clínica a las 22:00 del día 20 sí iniciaron los requerimientos de oxígeno al comienzo 2 L luego 3 cambio de naricera a mascarilla, una a lo dicho la hipotensión y la taquicardia por lo que centra el inicio del declive a las 22:00 del 20 de junio

A continuación inicia contra interrogatorio la defensa situándose en la primera atención del doctor Aguirre a las 15:00 del día 20 de junio reitera la perito que se cumple con el ingreso hospitalario que no existe hasta la hora de registro de distrés respiratorio que del lapso que media entre las 14 a las 3:00 de la mañana del 20 de junio el menor se encontraba estable con fiebre iniciando las 22:00 el cuadro de falla respiratoria aumento de frecuencia cardiaca, baja de presión y alteración global conforme se observan en sus signos vitales, luego a requerimiento de la defensa repite la perito la anotación que a las 3:55 de la madrugada se habría iniciado cadena de gestión cama anotación reiterada como traslado gestión cama a las 9:00 de la mañana.

Preguntada por la defensa en relación a un desenlace diverso por un traslado más temprano, la perito refiere que lo central frente al atraso en la concreción del traslado es que aquí hay una pérdida de oportunidad, porque con cada minuto, con cada hora que se retrasó la decisión de traslado y la gestión del traslado, fue perdiendo oportunidad de ser diagnosticado de ser adecuadamente tratado y de haberse mantenido con vida, son casos que desde la mala praxis se llama pérdida de oportunidad ese retraso es esa latencia , la que hace que pierda la oportunidad de sobrevivir, lo que es muy distinto a decir que si



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

Código: NNGKXHDJTJNH

todo se hubiera hecho rápido, estaría todo bien porque no es posible aseverar eso, el desenlace habría sido distinto porque el menor podría haber sido conectado a ventilación mecánica o ECMO o haber tenido una neumonía, pero secuela o podría haber sobrevivido.

Continúa el concontrainterrogatorio en torno a naturaleza de pericia cerrada y la expresión sin referencia a otros profesionales de la salud que pudieron haber intervenido en la atención de ,la perito señala que al utilizar el concepto profesionales de salud se refiere a médicos enfermeras y ginecólogas, conforme el 491 del código penal reitera que la pregunta de fiscalía se refería solo sobre el actuar del doctor Aguirre por lo que no se refiere en su informe al proceder del doctor Rueda.-

Preguntada la perito por este juez en torno a su expresión red limitada de profesionales a la que se pudo acudir, precisa y lo contextualiza con el principio de obligación de medios es decir hacer lo que se pueda con lo que se tiene, lo efectivo era trasladar al menor a un centro de mayor complejidad eso era lo anhelado, que sin embargo no era posible , no es sostenible concluir que como no fue posible no realizó ninguna otra actividad si no que se tiene que seguir con lo que se tiene y en el propio recinto de la clínica existe una uci de adultos, es posible recurrir a los medios que existen disponibles sean técnicos o profesionales y no hubo solicitud de gestión o ayuda alguna a tal red situación distinta que realizó al entrar a su turno en forma inmediata la enfermera ángeles,.

DECIMO SEPTIMO.- Continúa la exposición de cargo de fiscalía y querellante con el aporte pericial de Rodrigo Aguila Mancilla médico del servicio médico legal de Puerto Montt, inicia el doctor refiriendo que su informe tiene como base en las fichas clínicas y persigue zanjar el punto central de haber existido o no negligencia en el doctor Águirre, así califica como relevante la reiterada consulta de la víctima 17 18 y 20 de junio en la primera jornada se refiere un cuadro gripal hay un manejo ambulatorio, el día 18 de junio otra concurrencia urgencia atendido por pediatra se refiere rinofaringitis y sinusitis con manejo antibiótico refiere la indicación general de que debe consultar sino mejora, el día 20 de junio es atendido por el pediatra el doctor Rueda, dado las consultas previas toma exámenes, negativo para la influenza y test rápido positivo para neumonía, solicitud de radiografía que daba cuenta de un recogimiento pulmonar que puede producirse por cualquier cuadro de afección respiratoria, al ser hospitalizado queda a cargo del doctor Aguirre quién otorga indicaciones iniciales para el manejo de fiebre, nebulización con salbutamol, suministro de suero diagnóstico manteniendo el diagnóstico ya referido de neumonía por mico plasma cuyo agente es bacteriana, lo que tiene importancia indica el perito dado que al solicitarse hemocultivos los mismos resultaron negativos dado que aquellos pesquisan virus.

El perito continuando con su exposición fija las 22:00 del día 20 de junio como el de un cambio importante en la condición del paciente requiere en ese marco



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

Código: NNGKXHDJTNH

horario oxígeno por insuficiencia respiratoria aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, e hipotenso siendo este último precisa el perito un signo de importancia, previo a tal estado de las 10:00 de la noche el personal de enfermería insistió en llamados al doctor Aguirre por fiebre alta del paciente no contesta y eso lleva a que el personal de enfermería adopte medidas físicas utilización de paños, cambio de ropa, ducha para intentar bajar la fiebre del paciente, continúa la exposición por hora del perito situándose a las 4:00 de la mañana del día 21 el paciente es examinado por el doctor Aguirre registrando en ficha cianosis distal y requerimiento de oxígeno lo que revela entiende el perito un compromiso pulmonar y cardiovascular, lo relevante sostiene el perito es despejar qué hace el médico, suministra bolo de suero por el estado de hipotenso indica aumentar la nebulización y el suministro de oxígeno por mascarilla cambio de paracetamol a dipirona y el inicio de la gestión cama, es decir descubre la condición grave del paciente y se retira de la clínica.- A las 9:00 de la mañana la ficha da cuenta de apremios respiratorio y cianosis distal luego a las 11:40 se produce el traslado hacia el hospital base es ingresado a UCI pediátrica grave crítico con riesgo vital, pre mortem indica el perito por la descripción categórica que se observa en la ficha como la palidez con marmoleado con la imposibilidad de registrar su pulso se intentó abrir una vía central el paciente entra en paro cardio respiratorio se realizan maniobras de recuperación he recuperado con pulso débil para luego de un segundo paro fallecer.

Con énfasis el perito se expone que el agente causal no es lo relevante lo vincula con la adopción de medidas físicas por parte del equipo de enfermera de turno en el marco de 8 horas a 20 horas quienes adoptan medidas medida física frente a la desidia del requerido , manteniendo una realidad similar en el siguiente turno de 20 a 8 horas para luego en el nuevo turno de 8 a 20 horas encontrar ya un paciente crítico hipotenso, taquicardia con una grave condición, incluso calificada por el perito de un punto de no retorno, lo que motiva a las enfermeras y personal asistente requerir ayuda de los distintos médicos, así la doctora Berríos a requerimiento de enfermera llama al requerido, el doctor flores intenta colocar vías principales , lo que no se consigue por orden expresa de Aguirre. Ilustra el perito que al ingreso al hospital base la doctora Muñoz pediatra que recibe el paciente da cuenta de su estado grave y que necesitaba llegar intubado y controlas vaso activas, agrega el perito qué es indistinto el agente , es decir hubiese sido una influenza o una bacteria o hanta , que lo evidente y observable es un paciente con dificultad respiratoria, que le está fallando el cuerpo y necesita soporte tales como la intubación y con paso para drogas vasos activa lo que no ocurrió, insistiendo el perito qué tal inactividad es inentendible a lo menos la adopción de paso para droga paso activa a fin de remediar o recuperar el estado de hipotenso coma así como la intubación para lograr su soporte en la falla respiratoria presentada siendo aquel un cuadro no iniciado las 9:00 de la mañana del 21 de junio sino que se arrastraba desde las 22:00 del día 20 de junio, repite que no está en cuestión el agente causante de tal falla sino que la inactividad del



médico tratante en esa medida de soporte, igual criterio aplica frente a dificultades a nivel cardíaco.

Se refiere luego a la existencia de la guía de prevención por hanta lo vincula con el reforzamiento de la autoridad de salud en abril de 2015 por la erupción del volcán Calbuco lo que provocaría migración del vector de la zona rural a un acercamiento urbano debiendo aumentarse la observación destaca que tal enfermedad es de notificación obligatoria y que aquella época la clínica contaba con la opción de test rápidos, concuerda el perito con que el cuadro inicial de hanta se asemeja a otras afecciones respiratorias, la presencia de fiebre, tos incluso malestar abdominal mucosidades pero que el elemento diferenciador y que constituye una eficaz ayuda para el manejo inicial lo es el resultado del hemograma y aquí indica que el primer hemograma obtenido del paciente era indicativo de tal afección al presentar aumento de glóbulos blancos, baja de plaquetas y hemoconcentración.

A la pregunta de fiscalía en torno a la eventual responsabilidad del doctor Aguirre inicia la exposición indicando que genéricamente puede existir casos sin responsabilidad ejemplifica con el caso fortuito , que en el caso concreto no es atingente como tampoco la utilización o suministro de alguna sustancia que resultó perjudicial , debiendo por ende analizar los agentes que determinan aquella responsabilidad, indicando el perito que se actuó con menor actividad, la negligencia que puede ser entendida como el actuar con descuido o con desidia.- Adiciona en su exposición la determinación relevante del contexto del tiempo, persona, y espacio, así podemos hacer el distingo de la llegada de un paciente en condición grave debiendo resolver en pocos minutos sí es intubado o no o si le suministró suero o no, aquella condición es diversa a contar con horas para presenciar y seguir lo que él denomina la historia natural de la enfermedad, entendida como evolución del estado del paciente, el espacio físico es la clínica universitaria de Puerto Montt donde actúa un profesional médico un especialista como lo es el pediatra el doctor Aguirre lo que implica sostiene el perito una mayor responsabilidad que la que enfrentaría por ejemplo un practicante de medicina.-

Acota que la actividad médica y su eventual responsabilidad cuenta con dos vertientes, el actuar directamente en la consecuencia dañosa originarla o actuar concausalmente a las mismas, centrándose en esta segunda parte dado que observa , como en el caso concreto, la evolución negativa del paciente, la registro, mantengo indicaciones por teléfono y no me apersono para observar al paciente actuó negligentemente e inobservando la responsabilidad que emana de la condición de médico tratante.-

Preguntado por fiscalía aclara que la condición de médico de llamada no involucra no ser responsable del paciente ejemplifica que si él desde Puerto Montt recibe llamado originado en Punta Arenas y él vía telefónica otorgue indicaciones de



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

Código: NNGKXHDJTNH

fármacos lo que finalmente no hacen efecto y muere este hipotético paciente en este ejemplo no puede endosarse responsabilidad penal alguna, pero cuando el médico de llamada toma a su cargo el paciente, acude presencialmente a visitarlo es responsable de su paciente es su médico tratante y tal responsabilidad no se traspasa al personal subordinado, el manejar al paciente constituye una expresión de vinculación intelectual donde está en juego los conocimientos y experticia del profesional puesto al servicio del paciente en concreto.-

Preguntado por la actividad de gestión cama informa el perito que es menester entender que debe actuarse con los medios con que se cuenta debiendo hacer su máximo esfuerzo así si un paciente está inestable deben adoptarse todas las medidas en forma continua, suministro de oxígeno, paso de suero, la intubación, incorporación de drogas vaso activas dado que la misión del médico tratante en la preocupación por la salud de su paciente.

Frente a la pregunta del querellante en torno a la existencia de un error en el diagnóstico indica el perito que tal realidad siempre va a existir por ejemplo desconocemos la bacteria específica que causa una afección, pero lo que no puede obviar el médico son los síntomas del paciente y esa no consideración al cuadro de síntomas es un error gravísimo propio sostiene el perito de descuido y negligencia.

Interrogado por la defensa precisa que su informe es del 24/03/2022, reitera que a su juicio no es relevante la determinación del agente causal por lo que el diagnóstico de virus hanta y el apego la y específica del ministerio de salud resulta secundario dado que incluso la indeterminación de la causa del cuadro gravoso de un paciente siempre debe hacerse todo lo necesario para otorgarle posibilidad o probabilidad de vida lo que no habría ocurrido en el caso concreto.-

DECIMO OCTAVO: Que, se presenta como prueba de cargo a la testigo la pediatra oncólogo infantil Marcela Muñoz Millán, refiere la doctora que el día de los hechos, cuya fecha no recuerda asume el turno que inicie las 9:00 de la mañana en la UCI pediátrica del hospital de Puerto Montt tomando el turno de la doctora Galindo refiere la rutina en esa entrega del turno referente a los pacientes que se encuentran en la unidad así como los eventuales egresos, recuerda que la doctora Galindo le informa de un ingreso aceptado minutos antes de las 9:00 , que la noche fue presentado pero la unidad se encontraba sin cupo, generándose el cupo poco antes de las 9:00, precisa que siendo cerca de las 11:00 de la mañana aún no llegaba al paciente sólo lo hace cerca de las 11:40 el paciente es un niño de Trece años de edad con neumonía atípica que se presentaba cianótico, se observaba con oxígeno, una vía venosa, con taquicardia, pulso débil, shock frío o descompensado, con riesgo paro cardio respiratorio, en forma inmediata se le intuba y si inician paso de drogas vaso activas, observa inmediatamente al tubo que se utiliza para colaborar con su respiración con sangre rápidamente elabora 3 hipótesis para tal situación, posibilidad de distrés respiratorio, neumonía, y sepsis ,



el paciente se intenta estabilizar, cae pero se recupera mediante el uso de adrenalina , informa que presentaba el hemograma típico de hantavirus se hace test rápido, habla con la madre , sobre tal apreciación y ella le contesta que no es posible que sea hanta porque él no acampa, no hemos ido a ninguna parte y le dije después vamos a investigar cómo pudo habérselo contagiado, pero aquí lo primero es saber que su historia, su cuadro clínico y la gravedad con la que él evolucionó es palpable por la grave condición, hipotenso el pulso central muy poco perceptible, nunca recuperó la presión y no fue posible sacarlo de su condición de hipotenso al segundo paro no fue posible recuperarlo. Reitera que a su llegada era evidente el distrés pulmonar y con shock frío propio de una etapa final requería un traslado avanzado y la atención de un equipo médico completo requería intubación y la adopción de una zona venosa central o más de una periférica en definitiva el arribo del paciente fue en condiciones inadecuadas, recuerda que venía acompañado por camillero, una enfermera y miembro de su familia, llama la atención en su especialidad que el niño de aquella edad haya generado neumonía que haya alcanzado nivel de distrés respiratorio es infrecuente , aclara que por la historia clínica no llevaría una hipótesis de hanta pero sí la gravedad del cuadro.-

Del examen físico efectuado al menor la testigo concluye que el diagnóstico con el cual fue derivado no era el correcto, debiendo reconocerse que si el paciente ya requiere oxígeno, tal requerimiento es propio de una insuficiencia respiratoria sí presentó mayor dificultad y compromiso aerodinámico debió pensarse en otorgarle un soporte ventilatorio, su condición de cianótico da cuenta que su afección no es sólo pulmonar sino que ya es cardiopulmonar consecuentemente se presenta taquicardia y con dificultad respiratoria no normal para un niño de su edad en la respiración de 12 por minuto alcanzando el paciente más de 40, es difícil determinar el marco horario que inició el cuadro grave lo objetivo es que el shock frío que presentaba es propio de un evento final claramente ocurrió en clínica universitaria y no en el momento del traslado desde tal recinto el hospital.-

Reitera lo inadecuado de las condiciones del traslado y que el soporte respiratorio, su necesidad era evidente debiendo, en lo ideal, haber iniciado tal asistencia en la propia clínica, señala que por compleja que puede resultar aquella actividad incluso en una posta básica debo poder intubar a un paciente si no lo puedo intubar, uso, mascarilla, laríngea, si no uso ventilación con ambos, pero debo manejar la vía aérea , debo manejar la circulación y la respiración y eso incluye las vías venosas y si estoy en una clínica debería haber puesto una línea central que cualquier pediatra debe estar capacitada o enfermera para instalar, el menor no traía nada de eso.

Agrega que , yo como pediatra sé que ninguna neumonía atípica evoluciona tan grave salvo que sea un paciente inmunodeprimido, área en la que yo me manejo porque, soy oncólogo, pero si yo no tengo un paciente inmunodeprimido la posibilidad diagnóstica más frecuentes que yo estuviera frente a una sepsis de



origen pulmonar en un paciente en el cual no se había encontrado ninguna bacteria, porque se supone que había iniciado antibiótico que una neumonía atípica lo lleve a tal gravedad es un diagnóstico muy infrecuente, lo que me llamó la atención y me hizo pensar en otro diagnóstico fue la gravedad del paciente, me dije yo no estoy frente a lo que me están planteando como diagnóstico de derivación y en ese contexto solicito nuevamente exámenes, un paciente cambia minuto a minuto- Al ver el aspecto del paciente, digo, él está mucho más grave de lo descrito, se toma examen y nos dan un perfil que se tiene en minutos y el perfil muestra hemoconcentración, la leucocitosis y la trombocitopenia.

Sigue su exposición al acotar que: ¿Entonces yo en qué base mi sospecha? En el aspecto, el paciente, al intubar, tenía sangre que es raro tener en una neumonía atípica y nada de lo que me decía el resumen en la historia me hizo nunca pensar que yo iba a recibir un niño con tal condición

Yo no tengo la contemporaneidad, el resumen, esa información, no la manejo ni nunca la maneje y por esa razón yo planteo hanta , no fue ni la historia, no fue el resumen, fue el aspecto del paciente, la sangre al intubar y el nuevo hemograma y gases que nosotros le tomamos cuando ingresó, porque cuando insisto yo le planteo a la mamá era hanta me dice, es imposible, al no vivir en sector rural ni haber contactado roedores .Pensar en hanta en un niño que estaba en su colegio, en junio es difícil de entrada pensar eso, creo que el hanta era un diagnóstico difícil de entrada, pero lo que sí debe llamar la atención es que un niño con una neumonía atípica se obstruye , no era este el caso, era un niño en shock, descompensado, con falla cardiopulmonar.-

A la pregunta de cómo se trata o como debiera tratarse un cuadro de insuficiencia respiratoria, la doctora ilustra que lo primero es reconocerla y la va a conocer por un paciente que requiere oxígeno, o sea, un paciente que requiere oxígeno, está en insuficiencia respiratoria, ahora el manejo va a depender de la gravedad de la insuficiencia respiratoria, un paciente que se presenta bien perfundido con una buena hemodinámica, es un paciente que voy a suplementar con oxígeno, pero si yo estoy frente a una insuficiencia respiratoria moderada o grave, donde el paciente tiene mayor dificultad respiratoria y más aún si empiezo a tener compromiso hemodinámico, me está diciendo a mí que el manejo y ya no es suficiente, sino que yo requiero en este momento un soporte de ventilación , si no tengo ese soporte y el paciente comienza cianótico y con compromiso hemodinámico ya no es una insuficiencia solo pulmonar, sino que es una insuficiencia cardiopulmonar, agrega que algo importante en los niños, es su gran tolerancia a la falta de oxígeno, pero cuando el niño comienza a tener trastornos hemodinámicos, nos está hablando que es un paciente hipóxico o sea, le falta oxígeno y su cuerpo hace todo por mantenerlo, entonces ahí yo tengo claridad de que el soporte de oxígeno no es suficiente ,un niño de esa edad respira 12 veces por minuto, el paciente respiraba más de 40 veces por minuto. Repite, entonces , eso me habla de un niño que si está cianótico, con compromiso



me habla que ya no es solo insuficiencia respiratoria, sino cardiopulmonar y por tanto, la indicación es no solo oxígeno, sino soporte ventilatorio, reitera que frente a un trastorno hemodinámico debe ser trasladado a un centro de mayor complejidad se une a su condición sintomatológica los exámenes alterado que presentaba e incluso su radiografía cuadro que en conjunto daban pie de lo urgente de tal traslado-

Contra interrogada por la defensa reitera que recibe el turno en el hospital de la doctora Galindo precisa que la máquina ECMO no se encuentra disponible en Puerto Montt y que incluso en su potencialidad de uso tendría más posibilidades de sobrevivida pero no necesariamente que sobreviviría frente al cuadro presentado.-

DECIMO NOVENO: Que, se presenta como testigo de cargo al estudiante I , joven de 22 años que fue compañero de colegio hasta octavo básico de la víctima , no recuerda, día exacto pero lo sitúa en mayo de 2015 una visita o paseo al bosque cercano al sector Dos estero oportunidad en que salen del sendero había lógicamente barro, árboles un lugar muy empinado se apoyan en la mano en el piso para poder transitar, no recuerdo que le hayan informado a la familia de tan rutinaria actividad solo se vincula después de la muerte de , era un niño deportista con buen estado de salud.- Preguntado por el querellante refiere que luego de la muerte de se realiza una charla en el colegio sobre hantavirus y aquella información les hace pensar qué tal lugar, Dos esteros , puede haber sido lugar de contagio está cerca de peluco y el colegio, presenta un bosque grande donde se puede ingresar, antes de aquello el colegio no había otorgado información, los espacios del colegio son siempre ventilados .-

VIGESIMO: .- Referente a la prueba documental, de la fiscalía y querellante, se incorpora la misma en términos resumidos contando con el consentimiento de la defensa.-

Se cuenta con la siguiente documental:

- A) certificado de nacimiento de la víctima de los hechos nacido el 10/08/2001
- B) certificado de defunción de la víctima de los hechos del 21 de junio del 2015 Causa de muerte, shock séptico, neumonía bilateral. Fecha, emisión, 30 de septiembre del 2015.
- C) documento emanado de la Universidad austral de Chile, del Instituto de microbiología clínica laboratorio biología molecular informe resultado de serología virus hanta: Nombre, , Ruth procedencia, hospital base de puerto Montt diagnóstico shock séptico, examen solicitado, serología antivirus muestra suero fecha de recepción, 22 de junio del 2015 resultados, fecha de entrega, 22 de junio del 2015, El resultado es Elisa IGM



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

Código: NNGKXHDJTNH

antivirus positivo, Suscribe este documento, doña Maritza Navarrete, microbiólogo clínico.

D) informe emitido por la Dirección General de asuntos consulares y de inmigración de fecha 24 de mayo del 2016 , revisaba la base de datos de la sección títulos de esta Dirección General consta lo siguiente: Paul Aguirre Vivanco, nacionalidad ecuatoriana, su título de doctor en medicina y cirugía otorgado por la Universidad central del Ecuador con fecha 6 de septiembre del 2000. Se encuentra inscrito en el libro de registro de títulos profesionales obtenidos en el extranjero a fojas 346 /2011 del 7 de abril del 2011.

E) ficha clínica de la víctima que consta de dos partes: ficha clínica de la clínica andes salud, registro clínico y la ficha clínica, registro clínico del hospital base de puerto Montt.- ficha clínica del de la víctima relativa a la clínica universitaria, también llamada ahora clínica andes de salud, fue remitido al fiscal don Patricio Llancamán Nieto, el 27 de noviembre del 2018, remitida por Director médico e incluye copia de la ficha clínica, copia de resultado de exámenes y copia de imágenes de exámenes realizados en la clínica universitaria. En primer lugar consta el ingreso al paciente mediante registro 15226, Médico tratante, don Paul Aguirre , Habitación 317 p. Cama 317 , paciente , el ingreso es 20 de junio del 2015 a las 13:30 h. Códigos CIE 10 dice neumonía debido a micoplasma. Se le da el alta el 21 de junio del 2000, 151125 médico tratante Paul Aguirre, código neumonía debido a micoplasma. Observaciones, paciente trasladado a la UCI pediátrica HBPM, hospital base de puerto Montt.

En la segunda hoja de la ficha clínica, figura una copia simple de la cédula de identidad del del paciente .

Luego registro clínico número 15226- 6, Datos del paciente . En este caso, la ficha corresponde al 17 de junio del 2015 categorización c cuatro, examen físico a las 9,22, congestión nasal tos irritativa y de ayer con fiebre al examen BCG hidratado bien, perfundido sin distrés cardiopulmonar, sin signos meníngeos. Tratamiento e indicaciones, reposo líquido.Flemex, Ibuprofeno medicamentos según receta médica, control con su pediatra en 48 horas y antes se aumenta o aparecen nuevos sin síntoma. Médico tratante, Denis Newman

registro clínico número 15226-7, misma víctima, fecha 18 junio 2015. Médico de turno, Jacqueline Echeverría Muñoz, categorización c 3, Examen físico 16.44 horas, hace un mes con mocos con tos matinal hace 3 días con fiebre y dolor de garganta y muscular al examen. Congestión nasal importante, faringe, leve congestión, descarga posterior pulmonar normal.Hipótesis diagnóstica, rinofaringitis o sinusitis. Tratamiento e indicaciones. levofloxacino 500 mg cada 24 horas por 10 días, avammys un puff cada 12 horas por 15 días, paracetamol 500 MG dar 1 cada 6 horas y temperatura es mayor o igual a 38 axilar o si tiene



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

Código: NNGKXHDJTNH

mucha cefalia máximo cuatro veces al día. Ibuprofeno 600 mg si no ha empezado a bajar la temperatura a la media hora de dar el paracetamol o si vuelve a tener fiebre antes de 6 horas, máximo 3 veces al día por 5 días.

Registro clínico número 3, en este caso, que corresponde al 15226 - 8, mismo nombre del paciente., fecha es el 20 de junio del 2015. Mantiene categorización c 3 en este caso médico tratante Rafael rueda Torres , examen físico, hora, 1105 Refiere todos más de una semana, desde hace 3 días, Con levofloxacin sin mejoría, febril, tórax, sin ruidos, hipótesis, diagnóstico, tratamiento e indicaciones test influenza y fue viral, borda tela, radiografía de tórax, paracetamol. Toman muestras de sangre y se administra un gr paracetamol, antecedentes familiares, alergia a la penicilina, destino, Hospitalización.-

Documento de ingreso a pediatría, referida a paciente, ilegible en la mayor parte, solo con timbre, refiere diagnostico bronco atípica.-

evolución medica, 20 junio 2015, con timbre doctor Paul Aguirre Vivanco, se lee 4 días de evolución fiebre y tos sin ceder fiebre al suministro de paracetamol, hidratado, sin signos meníngeos, pulmones bien ventilados, sin distrés respiratorio, neumonía por micro plasma germen ya identificado a la espera resultado de hemocultivo

Luego documento datado el 21 de junio a las 3:55 horas , se lee, paciente con cuadro de neumonía atípica con deterioro en las últimas 12 horas de función respiratoria requerimiento de oxígeno progresivo desde hace 4 horas sin previo requerimiento del mismo iniciando con 2 L por catéter nasal y requiriendo hasta mascarilla 9 L por minuto, al momento paciente con necesidades de oxígeno 35% frecuencia respiratoria 40 por minuto buena mecánica ventilatoria pulmones conservan entrada de aire bilateral sin refacciones con cianosis distal, abdomen no doloroso a la palpación, orientado, consciente ausencia de signos meníngeos en examen físico, se planifica traslado a UCI pediátrica por lo que se inicia cadena de gestión de camas, se planifica suministro de suero fisiológico endovenoso en bolo, acortamiento intervalo de nebulización toma de exámenes para hemograma PCR, gases sanguíneos en lo legible pie de firma doctor Aguirre

El mismo día a las 9:00 de la mañana en el mismo formato, se lee, paciente con neumonía, quien tuvo mejoría leve luego de aplicado el tratamiento de nebulización y cristaloides presentando en las últimas 5 horas persistencia de requerimiento de oxígeno sumándose signo de compromiso hemodinámico con incremento de frecuencia cardíaca disminución de presión arterial se inicia suministro de suero fisiológico a 20 c por kilo se realiza nueva gestión para el traslado a unidad de cuidado intermedio o intensivo pediátrico al momento de este examen físico paciente consciente orientado pálido con cianosis distal pulmones conservan entrada de aire bilateral frecuencia respiratoria 40 por minuto llenado capilar menor a 2 segundos luego de suministro de 20 c por kilo hemograma



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

Código: NNGKXHDJTNH

completo sitios de 39000.79% de segmentados plaqueta de 18000 hematocrito 60% hemoglobina hemoglobina 20 GDL ph venoso 7,22 se planifica traslado a uci pediátrica hospital de Puerto Montt por lo que se inicia gestión de camas , manuscrito legible doctor Aguirre.-

Documento de ingreso de enfermería del 20/06/2015 a las 14:00 , diagnóstico de ingreso neumonía atípica ingresa tranquilo sin retracción costal sin requerimiento oxígeno, nota manuscrita el 20/06/ 19:45 horas se llama al doctor Aguirre en cuatro ocasiones sin tener respuesta por fiebre del paciente legible Amparito Sepúlveda lo anterior bajo el documento evolución de enfermería y entrega de turno al costado derecho al pie se lee 8.00 ingreso a la habitación del paciente observando que se encuentra en estado crítico, hemo dinámicamente inestable cianosis distal, se llama el doctor Aguirre debido a que los exámenes están alterados se le solicita al Dr. Flores, autorización para poder pasar volumen debido a que el paciente se encuentre hipotenso poco perfundido signos de shock, el doctor Flores indica 20 ml por kilo de peso a pasar rápido se le intenta instalar vía venosa pero llega el doctor Aguirre y me indica que no es necesario instalar la vía venosa esta última anotación 9.15, sobre tal registro el timbre de ángeles Solís de ovando enfermera; se llama gestión de cama en el HDPM para traslado de paciente a uci después de varios intentos de llamar contestan el teléfono indicando que no hay cupo coma a pesar de que el doctor Aguirre había llamado y el médico había aceptado hoy coma se llama enfermera para coordinar traslado hoy por lo que rápidamente coordinar al equipo y ambulancia, cero 9.50 hospital base de Puerto Montt aún no da el pase para poder trasladar al paciente la enfermera de la uci pediátrica refiere que en 1 hora más estará lista la cama para el paciente debido al que tienen que sacar de alta a otro paciente, 10.05 se le pasan 560 de ese f embolo por indicación del doctor aguirre debido a que se encuentra hipotenso 100 guion 55, 1040 paciente hipotenso se le indica al doctor y él indica 500 sí sí de SF embolo 112 guion 40, paciente saturando 83%, aquello en lo legible

Registro de indicaciones médicas complementarias, referido al paciente, del 20/06/2015 habitación 317, 15:30 columna reposo: semi flower, columna régimen a tolerancia conforme edad; oxígeno para catéter igual o mayor a 96%, SOS, paracetamol 600 cada 8 horas, nebulizar salbutamol cada 8 horas hasta las 23:30, reiniciar a primera hora AM, timbre doctor Paul Aguirre vivanco pediatra,

Registro de indicaciones médicas complementarias, en torno igual paciente documento manuscrito por el doctor Paul Aguirre, 4.00 horas, en lo legible nebulizar por salbutamol, oxígeno con mascarilla, insuficiencia respiratoria, hemograma, PCR, gases venoso, 9.00, bajo la sigla ISF 0,9% paso en bolo, indicación doctor flores, 10. 05 sigla, ISF 0,9 500 s en bolo



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

Código: NNGKXHDJTNH

Registro de indicaciones médicas complementarias referente igual paciente llenado a mano por el doctor aguirre bajo su firma y nombre sin fecha, indica 10.05 traslado pau sí pediátrica hospital Puerto Montt;

F) Hoja de valoración de riesgo de caída sin información pertinente;

G) perfil hematológico evacuado por laboratorio especialidad médica a el 20 junio 2015, procedencia urgencia, en lo sustancial recuento leucocitos 10,7 valor de referencia cuatro a 10, hematocrito resultado 52,6, valor de referencia 42 a 50, recuento de plaquetas resultado 46, valor de referencia 150 a 400, valores de referencia para adulto, proteína C reactiva resultado 21, valor de referencia 0,0 a 5,0, test pack influenza , tipo de muestra torulado nasofaríngeo, influenza A negativo, influenza B negativo, nota se recomienda confirmar los resultados negativos utilizando un método alternativo de mayor sensibilidad (PCR para influenza), especialmente en población de riesgo, en periodo de baja circulación de virus influenza se recomienda que los resultados positivos sean confirmados con un método de mayor sensibilidad; IGM micoplasma pneumoniae: positivo.

H) Departamento de diagnóstico por imagenología, clínica universitaria Puerto Montt, paciente , fecha del examen 20 junio 2015, hallazgo diafragma bien delimitado y situado, recesos costofrénicos libres, no hay signos de derrame pleural ni neumotórax, campos pulmonares simétricos, levemente disminuidos en su diámetro antero posterior. Se observa infiltrado del tipo intersticial bilateral, de predominio en ambos lóbulos inferiores con mayor compromiso a derecha asociado a refuerzo de las cisuras. Se reconoce banda densa que impresiona en contexto de atelectasia subsegmentaria que compromete el lóbulo inferior derecho. imágenes lineales de atelectasia sub segmentaria se reconoce en el tercio inferior de ambos campos pulmonares, silueta cardiovascular de forma normal. Hilios con moderado refuerzo del intersticio periBroncovascular perihiliar bilateral. impresión neumopatía intersticial bilateral en evolución, muestra compromiso atelectasico suplementario , correlacionar con cuadro clínico, evacuado por médico radiólogo doctor Jorge Andrade Nitor.-

I) Informe reservado. Registro clínico 1526 correspondiente a la víctima y que es elaborado por don Luis Gasc director médico de la clínica universitaria de Puerto Montt, dice que el menor de 13 años, consultó a la urgencia de clínica universitaria puerto Montt el 17 de junio del 2015 con historia de congestión nasal, tos irritativa y fiebre de 24 horas de evolución, siendo atendido por la profesional Dra. Newman con hipótesis diagnóstica respiratoria aguda acorde a las sinología referida con indicación de tratamiento sintomático, el niño vuelve a consultar 24 horas después, siendo evaluado por la pediatra Susana Echeverría, quien registra en la historia clínica tercer día de fiebre y dolor de garganta planteando el diagnóstico de rinofaringitis y sinusitis, siendo derivado a



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

Código: NNGKXHDJTNH

domicilio con indicación de levofloxacina, paracetamol, ibuprofeno y sugerencia de control por otorrinolaringólogo. El 20 de junio, el paciente fue traído nuevamente urgencia, esta vez siendo atendido por el médico Rafael Rueda Torres, quien consta que luego de más de 48 horas de tratamiento antibiótico, el paciente continuaba febril, por lo que procedió a hospitalizarle durante esa tarde al ingreso con fiebre de 39.4 CO de temperatura, pulmonares sin taquipnea, saturación normales, radiografía de tórax, mostraba infiltrados intersticiales y una pequeña imagen de condensación basal derecha asume en ese momento urgencia pediátrica de llamada doctor Paul Aguirre , quien lo evaluó y postuló, diagnosticó de neumonía atípica, apoyado en resultado de examen de IGM micoplasma más PCR, solicitando cultivo e iniciando nebulizaciones con salbutamol y administrando paracetamol, hidro cortisona y ranitidina e iniciando antibioterapia con ceftriaxona. Cabe constatar que la enfermera de turno al ingreso describe al paciente estable frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación 99%. Durante la tarde se describe el menor más polinésico, por lo que a las 22:00 h se le se comienza a suministrar oxígeno en forma incremental, avisándole al tratante de esta situación alrededor de las 3:00 h madrugada, por lo que el médico concurre a evaluar al paciente, quien en ese momento estaba recibiendo oxígeno por mascarilla a razón de 9 L por minuto , al constatar la gravedad del niño, el doctor Aguirre procedió a llamar a la UCI de pediatría del hospital base para solicitar el traslado, según consta en ficha clínica, el que no fue autorizado por no contar con camas disponibles, la enfermera de turno de pediatría recibe instrucciones del doctor Aguirre, quien indicó aumentar la frecuencia de las nebulizaciones y solicitar realizar un nuevo examen. A las 6:00 h el paciente estaba polinésico con retracción e hipotenso. Saturaciones límites con 35% de oxígeno a las 8:00 h, la enfermera de turno entrante, señorita Ángeles Solís de ovando, describe al paciente en estado crítico, procediendo a llamar nuevamente al médico tratante para comentarle a más que los exámenes de laboratorio de laboratorio que la había solicitado estaba muy alterado a las 9:00 h. Existe registro de otros intentos de traslado al hospital PMY En resumen, de traslado hay constancia del agravamiento al paciente, en el intertanto se le suministró volumen y oxígeno. A las 10:05 h se inicia traslado a hospital de puerto Montt luego de múltiples gestiones telefónicas, el que se realiza con el paciente en estado extremadamente grave a las 11:00 h, acompañado por enfermera y técnico paramédico. En comentario el paciente falleció a las pocas horas de ser trasladado desde la clínica universitaria Puerto Montt, luego de desarrollar un cuadro de hantavirus respiratorio extraordinariamente grave y de alta letalidad, siendo procedido de sinología inespecífica de tipo gripal. Luego de varios días un agravamiento y violento en pocas horas, luego de aumentar el compromiso pulmonar y cardíaco. En este caso no se planteó el diagnóstico de hanta , ya que no se describen antecedentes y epidemiológicos hicieran pensar en esta etiología en un periodo en que predominan los cuadros respiratorios de tipo viral. Sí, en cambio, los análisis de laboratorio orientaban a algo mayor, ya que había



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

Código: NNGKXHDJTNH

plaquetopenia 46000 y hemoconcentración, el ingreso a 53% se suma a la anterior a un examen distractora habitual como es IGM para mycoplasma que es de baja especificidad con muchos falsos positivos. Cabe también comentar que existe en la provincia solo una unidad de paciente crítico pediátrico, la del HBPM, a la cual deben derivar todos los centros públicos y privados, y se debe optimizar la coordinación en el flujo de estos pacientes. Se adjuntan todos los antecedentes de la ficha clínica de hospitalizado exámenes y los datos de atención de urgencias firma este documento, doctor Osvaldo Gasc, director médico de la clínica universitaria de puerto Montt.

J) Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome cardiopulmonar por hantavirus. Fiscalía precisa que solo leerá las indicaciones o recomendaciones clave.- Flujogramas de manejo de paciente en caso de sospecha de hanta. ¿Qué hacer en atención primaria y salud? ¿Cuándo sospechar de antivir? Es una pregunta frente a la siguiente situación, síntomas en personas previamente sanas que presenten: fiebre, Dolores musculares, cefalea, síntomas gastrointestinales mas antecedentes de riesgo, residencia, excursiones o trabajo en áreas rurales, contacto con roedores silvestres, su orina y/o de posiciones, desmalezar, limpiar, casas deshabitadas o bodegas, contacto con personas confirmadas con hantavirus menos de 6 semanas. ¿Qué hacer? Derive inmediatamente al hospital de referencia, notifique autoridad sanitaria regional.- ¿Qué hacer en atención secundaria y terciaria de salud? Pregunta Cuándo sospechar hantavirus es nuevamente dice lo mismo síntomas En personas previamente sanas que presenten fiebre, dolor muscular, cefalea y síntomas gastrointestinales más antecedentes de riesgo, que son los mismos ya referidos, residencia, excursiones, trabajo en áreas rurales, contacto con roedores silvestres, orina y/o deposiciones, desmalezada, limpiar, casas deshabitadas o bodega, contacto con personas confirmadas con hantavirus menos de 6: Solicite hemograma. Plaquetas, 150000., hematocrito elevado , radiografía presencia o no de infiltrado intersticial. Prueba test rápido de hanta virus recomendado por ISP derive inmediatamente hospital de referencia que cuente con UCI tome muestra de sangre para confirmar diagnóstico, notifique inmediatamente a la autoridad sanitaria regional, envíen muestras a laboratorios reconocidos por el ISP para confirmación.- Recomendaciones clave, bajo la premisa de buscar un sistema simple y fácil de Interpretación tanto para los profesionales del Ministerio de salud como para los clínicos, se ha resuelto usar el siguiente sistema de clasificación de grados de recomendación para todas las guías clínicas, sistema compatible con la mayoría de los existentes en guías anglosajonas, son grado de clasificación A: altamente recomendada basada en estudios, estudios de buena calidad; B recomendada basada en estudios de calidad moderada, C: recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad , información insuficiente.- En este apartado Fiscalía, a requerimiento de la defensa precisa que las mayor parte de las recomendaciones a leer a continuación son categorizadas en letra C.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

Recomendación en prevención: Difundir a la población las medidas tendientes a disminuir los riesgos ambientales para de este modo evitar el contacto del hombre con los roedores y sus excretas, realizar seguimiento de contactos expuestos en forma estrecha a los cuales se le debe realizar seguimiento clínico epidemiológico, considerando el periodo de incubación máximo 6 semanas. El personal de salud deberá aplicar las precauciones estándares más precauciones en todos los casos sospechosos de infección por antivirius.- La sospecha de infección por hantavirus debe ser considerada una emergencia por su rápida evolución a estados de gravedad extremo. Se debe sospechar de infección por hantavirus en personas que presenten fiebre, cefalea síntomas gastrointestinales con trombocitopenia que puede o no tener radiografía de tórax con infiltración intersticial y que tiene antecedentes de actividad de riesgo, exposición a roedores silvestres en las 6 semanas previas al inicio de los síntomas. En el caso de los niños la especificidad del diagnóstico clínico disminuye, se recomienda a los laboratorios locales disponer de un test rápido recomendado por el ISP para el diagnóstico presuntivo. Todas las muestras de los casos sospechosos de hanta deben ser enviadas al ISP o laboratorios reconocidos por el ISP para la confirmación, cualquiera sea el resultado de exámenes a nivel local.

Se debe considerar que los anticuerpos IGM para antivirius aparecen recién a finales del periodo pro brómico o inicio del periodo cardiopulmonar, por lo que un test rápido o Elisa negativo en esta etapa no descarta el diagnóstico y el paciente debe mantenerse en observación los anticuerpos. IGC. Son aún más tardíos, no se recomienda realizar serología o test rápido a personas expuestas asintomáticas. Todo paciente con sospecha de hanta debe ser trasladado lo más precoz posible a un centro de que cuente con unidad de paciente crítico UPC el tratamiento actual de síndrome cardio pulmonar por hanta se basa en la terapia de sostén circulatorio y respiratorio, puede requerir uso de circulación extracorpórea ECMO para evitar la muerte entre los signos de alarma de gravedad que se deben buscar en los sospechosos de hanta se encuentran taquicardia polipnea, hipotensión, leucocitos mayor a 20000 MLMM, hematocrito mayor a 45%, plaquetas menor a 50000 y mono blasto menor a mayor a 45, mayor a 45% PH sanguíneo, estos pacientes deben ser trasladados inmediatamente a un centro de UPC de alta complejidad. Se recomienda no esperar a estabilizar al paciente previo al traslado debido al retraso que esto provoca. Sumado a lo anterior, existe el riesgo de sobre hidratar al paciente, incrementando el riesgo de muerte. Se debe evitar la sobrecarga de volumen ya que la evidencia sugiere que en un balance y hídrico positivo se asocia a un incremento de mortalidad de pacientes que desarrollan edema pulmonar por aumento de permeabilidad vascular, no se recomienda el uso de diuréticos con respecto al uso de drogas vaso activa, se recomienda privilegiar el uso de la nep viniferina o adrenalina. Finalmente hice, se recomienda el seguimiento post: Mayor a alta de los al menos 6 meses de los pacientes con el síndrome cardiopulmonar por hantavirus por posibles secuelas,



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

Código: NNGKXHDJTNH

como algunas reportadas en diferentes estudios oculares y auditivas renales y respiratorias de salud mental.-

K) Ordinario 365 del 27 de abril del 2015, de la Secretaría regional ministerial de salud. Refuerzo vigilancia antiviral, doctora Eugenia Snake Valladares, secretaria regional ministerial de salud región de los lagos, que refiere situación de región desde el 22 de abril en emergencia volcánica debido a la erupción del volcán Calbuco, Se instruye y solicita reiterar a los equipos clínicos de toda la red asistencial pública y privada el manejo de casos sospechosos de las siguientes enfermedades hantavirus, leptospirosis en la zona afectada por la erupción principalmente, agrega que se han presentado 6 casos, lo que supera la media anual que corresponde a cuatro casos, se han aumentado 3 defunciones, lo que representa un 50% de letalidad, valor que supera la letalidad observada para el conjunto del país. Por todo lo anterior se solicita reiterar a los equipos clínicos el manejo de casos sospechosos de enfermedad por antiviral y leptospirosis, se hace imprescindible que los equipos locales de salud refuercen las medidas de prevención y promoción de todos los establecimientos de la región de los lagos, particularmente en la zona afectada por erupción volcánica. Distribución destacó hospital de Puerto Montt y clínica los Andes.

L) Formulario de notificación inmediata y envío de muestras para casos sospechosos de infección de hantavirus fecha, 21 de junio del 2015, hospital de Puerto Montt, Antecedente el caso lugar probable de infección urbano. Fecha primeros síntomas, 18 de junio del 2015 fecha, hospitalización, 20 de junio del 2015, fecha envío laboratorio el 22 de junio del 2015, primera consulta el 18 de julio de 2015. Establecimiento clínica universitaria de puerto Montt, fecha de defunción, 21 de junio del 2015, envió a la Universidad austral Valdivia.

LL) Luego se incorpora recepción muestra 219, refirió al paciente , un informe de procesamiento, y la descripción del procesamiento de muestra para diagnóstico de infección por hantavirus de la muestra al menor .

M) Control turno enfermera UGC Macarena Kooler 20 junio del 2015. Turno noche, referente al ingreso pediátrico de un menor de 9 años, , con DG de hematoma, subdural agudo fronto parietal, trasladado desde la clínica universitaria y puerto Montt, es presentado a doctora Galindo por el doctor Rueda el servicio de urgencia de Clínica universitaria puerto Montt OCUPM. Para traslado a cama UCI , derivación exitosa.

N) Control turno enfermera UGC ,Nicol, no indica apellido, 21 junio del 2015, turno largo, 21 junio del 2015, ingreso a turno , piso medico, cama disponibles total 6, altas dos, piso quirúrgico altas 2 término de turno cama disponible total 9, recuperación término de turno pendientes uno, UCI, entrega de turno cama disponible cero, UTI entrega de turno cama disponible cero término de turno cama



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

Código: NNGKXHDJTNH

disponible una, UTI CARDIO entrega de turno camas disponibles cero, UTAC entrega de turno camas disponibles 2 término de turno camas disponibles una, destaca Fiscalía que de la clínica universitaria Ángeles llamó para solicitar el traslado de , 13 años, diagnosticó neumonía típica, refiere que doctoras Sepúlveda UPC pediátrica lo había aceptado, confirme la información y se dio pase al traslado con un resumen de traslado distinto a la condición del paciente paciente. Fallece a la hora.

Ñ) Documento denominado gestión de camas de clínica los Andes de Puerto Montt datado en abril 2015 se lee : objetivo coordinar los requerimientos de cama con la UGCC de la red hoy teniendo como alcance las unidades de pacientes de pacientes críticos adultos y neonatal rigiendo el protocolo para los horarios inhábiles y festivos determinando como responsables en su aplicación como las enfermeras jefe de turno como los residentes de uci y residente del servicio de urgencia adulto y pediátrico, define la UGCC como la unidad de gestión centralizada de camas, organismo de gestión de la red pública destinada a dar solución a la necesidad de obtener cupos de cama dentro y fuera del sistema, referente al procedimiento indica la enfermera de turno de la UGCC se comunicará con la enfermera jefe de turno para solicitar cupo como la enfermera de turno informará al residente de la uci según corresponda de la necesidad de compra de servicio por parte de la red como la enfermera de turno llama a la enfermera de UGC para confirmar cupo, en caso de que el traslado sea solicitado a clínica como la enfermera jefe de turno dispondrá del personal necesario para el traslado de acuerdo a la disponibilidad del momento como en caso de que no hubiera personal disponible deberá llamar al personal necesario para realizar el traslado, en el horario hábil siguiente informará el director médico del traslado realizado, en caso de que la clínica requiera trasladar a un paciente a la red pública, ya sea por tratarse de un beneficiario del sistema público o por falta de resolución local, pacientes pediátricos que requieran UTI, UCI, pacientes que cumplan con el algoritmo de código ictus, el médico que está tratando al paciente se comunicará con la enfermera jefe de turno para la derivación respectiva, finaliza otorgando los respectivos teléfono.-

O) documento de servicio de pediatría de clínica los andes, protocolo de traslado pacientes diciembre 2009 objetivo dar a conocer el protocolo de traslado de pacientes pediátricos a otros centros de referencia, teniendo como alcance, médicos enfermeras y técnicos para médicos que se desempeñan en el servicio de pediatría, desarrollo del protocolo: referente al médico deberá coordinar el traslado vía telefónica con su homólogo del centro de referencia, registrará el traslado del paciente en la ficha clínica, realizará hoja de traslado médico computacional o epicrisis con copia, completará el programa médico y la hoja de regreso hospitalario, acompañarán el traslado de enfermera y técnico de ser necesario; referente a la enfermera, aquella deberá coordinar con el servicio de urgencia el uso de la ambulancia y los insumos a preparar según la condición del



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

Código: NNGKXHDJTNH

paciente, preparará hoja de traslado de enfermería en formulario autocopiativo dejará copia en ficha del paciente, preparará y registrará exámenes y medicamentos que el paciente se llevará al centro de referencia, preparará el paciente junto con TPM, entregará verbalmente al paciente a su homólogo del servicio referencia entregará documentación exámenes y medicamentos que corresponda; del técnico paramédico cooperará con el médico y la enfermera en todo lo concerniente al proceso clínico y administrativo del traslado; de la auxiliar de servicio cooperará con el médico coma la enfermera y el técnico paramédico en todo lo concerniente al proceso clínico y administrativo del traslado, documento elaborado por alejandra burgos coordinadora de pediatría datado en diciembre de 2009

VIGESIMO PRIMERO:.. Inicia la presentación de prueba de descargo con la exposición de la perito María Constanza Fernandez, médico pediatra refiere que se le encarga por la defensa revisar los antecedentes del presente caso así cronológicamente informa las consultas del menor el día 17 de junio 2015 por cuadro respiratorio alto adoptándose el tratamiento pertinente, una nueva consulta el día 18/06/2015 donde se le notifica rinosinusitis se le suministran corticoides recomendando la consulta con otorrino, el día 20 de junio una nueva consulta se toman algunos exámenes médicos se decide o fidelización en la unidad de cuidado básico, queda a cargo del paciente el doctor Aguirre , el diagnóstico de entrada neumonía atípica, el primer contacto paciente doctor a las 14:30 de tal día, al ser de llamada el doctor luego se retira de la clínica. Continúa con esa línea temporal informando que a las 20:45 horas del 20 de junio al mantener fiebre el menor el equipo de enfermería toma contacto telefónico con el doctor Aguirre quien determina el cambio de antiséptico del inicial paracetamol a dipirona , una nueva llamada se produce a las 3:00 de la mañana frente al mayor requerimiento de oxígeno y fiebre del menor acude el doctor, lo evalúa presencialmente, constató su aumento en la gravedad, dispone mayor nebulización con salbutamol inicia las gestiones de traslado al hospital, en la carencia de cupo habrá de intentarlo nuevamente en la mañana requiere exámenes, se produce un nuevo llamado informando de los resultados de aquellos exámenes se hace presente nuevamente en clínica oportunidad en que reitera la solicitud de cupo al hospital.- Informa la perito que atento a la época del año, invierno 2015 el cuadro respiratorio y la fiebre que presentaba el diagnóstico de neumonía atípica por mico plasma resultaba adecuado lo mismo que el tratamiento, al faltar antecedentes básicamente de vida rural o viaje a campo resultaba muy difícil la sospecha de hantavirus. Agrega que la neumonía atípica puede derivar en un cuadro grave, reitera que de la guía de prevención y manejo adelanta de la propia autoridad de salud destacan 3 pilares fundamentales lo referente a clínica, entendido como el aspecto del paciente, los exámenes de laboratorio, y los antecedentes epidemiológicos este último no fue mencionado ni por el menor ni por familiares faltando por ende un pilar fundamental.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

Se exploya, luego sobre el manejo del paciente conforme el diagnóstico inicial referido lo cuidados otorgados resultan adecuados. Hace alusión a lo que denomina alcances administrativo destaca la carencia de un protocolo Claro en la clínica, el doctor Aguirre era un médico de llamada no estaba de punto fijo en el recinto no queda claridad, a juicio de la perito, en qué caso puede ser llamado tal médico de llamada, extiende sus vacíos a la gestión cama dado que al parecer aquella unidad, gestión cama, del hospital base no se enteró del requerimiento inicial.-

Finaliza su aporte en que el diagnóstico inicial fue avalado por laboratorio , un manejo adecuado a tal patología y no se puede reprochar la ausencia de un diagnóstico diferenciado por carecer de información en torno al contacto con vector real, resultado fundamental el traslado a una unidad de mayor complejidad que contase coma por ejemplo, con ECMO.-

Preguntada por la defensa refiere ser médico desde el año 2010 y contar con la especialidad de pediatría desde el año 2017 actualmente se desempeña como jefe de urgencia pediátrica del hospital padre hurtado y ocasionalmente en urgencia pediátrica de la clínica alemana de Vitacura, reitera ya en el fondo que el doctor Aguirre contaba con los síntomas del paciente, con su radiografía, que no presentaba inicialmente compromiso respiratorio y cardíaco siendo atendible el diagnóstico de neumonía, une a lo dicho el test positivo para mico plasma, contextualiza la situación de invierno, con una normal y mayor cantidad de virus y cuadro respiratorio lo vincula con la alteración que presentaba el perfil hematológico podría corresponder a cualquier cuadro viral o bacteriano informa la perito no siendo infrecuente de observar aquellos valores se refiere al bajo nivel de plaquetas.

Se le pregunta nuevamente por la actividad del 20 de junio cercano a las 20:30 donde el paciente se presenta febril y taquicardia esto último sería normal va aparejada la fiebre, reitera el cambio de antiepileptico, , que inicialmente se obtuvo una baja en la fiebre, luego inició una mayor dificultad respiratoria, al existir indicación médica del doctor Aguirre se pudo cambiar desde naricera a mascarilla para facilitar el paso de oxígeno indicando que el uso de oxígeno resulta esperable en un cuadro de neumonía frente a la inflamación propia de tal enfermedad, en forma reiterada a requerimiento del defensor da cuenta de la actividad del doctor Aguirre a las 3:00 de la madrugada del día 21 donde observa en el paciente dificultad respiratoria requerimiento de oxígeno con aumento en su frecuencia cardíaca y con cianosis distal , se solicitan exámenes se indica aumentar la frecuencia de nebulización y se gestiona el traslado del paciente hacia la uci del hospital base, gestión consistente en hablar con residente del hospital.-

Informa que la neumonía atípica también puede presentar un cuadro grave que si bien no es frecuente puede ocurrir agregando que cualquiera sea el origen de o la



neumonía puede llevar a complicaciones y es propio de los doctores irse adelantando a los hechos y tomar decisiones conforme a las probabilidades-

Se le pide luego por la defensa retomar el tema de gestión cama informa que a fin de lograr el traslado de un paciente deben solicitarse cupo a gestora de camas encontrado el cupo debe ser entregado al paciente biográfica en que la entrega se produce de médico a médico y de enfermera a enfermera logrado el cupo pueden producirse atraso en la coordinación o logística del traslado por el tema ambulancia por ejemplo que incluso desde una clínica privada al hospital puede ser más complejos dado que alguna clínica no cuentan con la unidad de gestión camas, en el caso concreto el llamado inicial fue doctor a doctor y la gestora cama no se enteró nunca de la asistencia al paciente, después de las 7:00 de la mañana se había producido un nuevo llamado de doctor a doctor y antes de eso ningún contacto-

Por último informa en qué consiste el soporte ECMO, se trata de una membrana extracorpórea que permite que el pulmón descansa se utiliza en pacientes con distrés respiratorio grave su uso disminuye la probabilidad del fallecimiento hasta en un 50%,.

Preguntada por fiscalía en relación al antecedente que tuvo la vista para elaborar su informe repite que la ficha clínica tanto de la clínica universitaria como del hospital de Puerto Montt reitera que el examen del 20 de junio para el diagnóstico de micoplasma son solicitados, lógicamente, atento a los síntomas del paciente y resultan suficiente para el resultado obtenido, reitera la secuencia horaria de la madrugada hoy a las 3:50 horas del 21 de junio, evaluación presencial del doctor Aguirre al menor presentando insuficiencia respiratoria progresiva, aclara que no hay registro de la eventual gestión de camas, reitera que al tratarse de médico de llamada no se cuenta con protocolo Claro qué hacer con el paciente grave, continúa el relato a las 8:50 de la mañana exámenes negativos, plaquetas bajas, no se registra quien llamó pese a indicar inicio gestión cama, a las 11:30 trasladado al hospital , indica la perito que no tiene conocimiento de un protocolo para tal actividad , le es exhibido por fiscalía el protocolo de la clínica universitaria traslado de pacientes fecha, diciembre de 2009, reconociendo la perito que no lo tuvo a la vista, refuerza la carencia del pilar de información como era el contacto con vector, que del examen de la ficha se puede concluir que el requerimiento de uso de oxígeno inició cerca de las 22:00 del 20 de junio el que fue progresivo para así ya a las 3:50 horas del 21 de junio era necesario aumentar el requerimiento de oxígeno y el traslado a una unidad de mayor complejidad dado que el paciente se encontraba era una cama de cuidado básico, aclara que el distrés respiratorio es propio de una fase final de dificultad respiratoria pudiendo tener un inicio de 12 o 24 horas, finaliza las respuestas a la fiscalía indicando que a las 4:00 de la mañana del 21 de junio el doctor Aguirre en su condición de médico de llamada regresó a su domicilio habiendo tomado las medidas necesarias atento la condición del paciente.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

Contra interrogada por la querellante indica qué tal rol de medico de llamada no le impide permanecer con el paciente, comenta a título personal que no está de acuerdo con aquella figura del médico de llamada y su mantención. Se tuvo nuevamente el contexto de tratarse de invierno mayor incremento de los virus respiratorios que se pidieron exámenes para buscar la etiología, o el agente que causa la enfermedad dado que ésta puede ser variada sobre todo en paciente pediátricos.-

VIGESIMO SEGUNDO. Qué depone en estrados como prueba de descargo la perito Carmen Cerda Aguilar médico cirujano con especialización en medicina legal y anatomía patológica, a la fecha ha presentado 10 o 15 informes cada año, que en el caso concreto se refiere al estudio de los antecedentes clínicos de la atención brindada al menor por el doctor Aguirre teniendo la vista los datos previos de atención, su hospitalización, y el traslado de la clínica del hospital base.

Las primera dudas que indica la perito tienen que ver desde la fecha en que presentaba el menor los síntomas que varían desde la información de un mes a la primera atención, 4 días, o una fecha cierta como el 12 de junio, refiere que el examen de radiografía de tórax presentaba imagen de neumonía atípica resultando positivo para la pesquisa de micoplasma se trata por ende como tal patología el niño no mejoraba, así a las 21:00 se llamó al hospital base para el traslado sin cama, la madre también había realizado gestiones, empeora, concretándose el traslado a mediodía se encontraba consciente descompensado falleciendo en el hospital post muerte se obtiene el resultado positivo a virus hanta.-

Indica que tal reseña, que tales acciones fueron ejecutadas de acuerdo a lex artis contaba el doctor con el respaldo adecuado radiológico de laboratorio, exámenes positivo y el diagnóstico iniciado para tratar tal enfermedad si el tratamiento no resulta o no mejora, se piensa el otro agente causante, y en los cuadros infecciosos la espera es propia de 48 horas, contextualiza además que la época, invierno no es propia de hanta ni existían antecedentes epidemiológicos para tal virus, referente a la gestión cama concluye que la actuación del doctor Aguirre es propia de cómo habría actuado cualquier médico medio frente a las características de ese lugar.

Preguntada por la defensa precisa que la medicina legal se entiende como toda medicina aplicada a resolver problemas judiciales se explaya que el concepto de lex artis médica está relacionado con el tiempo y lugar en que se ejercita la actividad destacando que el rol del médico es siempre una obligación de medios y no de resultados debiendo proporcionar los mejores medios que existan disponibles, asociado claro está al tiempo y lugar en que se ejerce como médico, debiendo contrastarse con el médico común , un médico medio.

En el caso concreto lo que se le exigía al doctor Aguirre era determinar que existía virus hanta y debió trasladarlo a un centro de mayor complejidad, pero existía un



examen que arroja un agente positivo como causa de la neumonía atípica y existían además radiografía de tórax concordante con aquella apreciación y el doctor Aguirre mantuvo tal conocimiento tanto porque no había información epidemiológica de contacto en zona rural ni era una época del año propia de hanta. En torno a la baja de plaquetas y al aumento de leucocitos que arroja el hemograma sostiene que tal resultado pueden presentarse muchas enfermedades, reitera la cronología de ingreso al 20 de junio propia de sintomatología respiratoria, se busca agente causante resultando solo positivo para el micoplasma, radiografía que presentaba zonas atigradas a nivel pulmonar que si bien lo normal que se presente con gestión en la fase del pulmón resulta conducente a las neumonía por micoplasma, indica que tal bacteria es más primitiva y es uno de los causantes de tal cuadro respiratorio el agente específico puede ser obtenido mediante cultivo lo que demora 2 días o por búsqueda indirecta cuyo es el caso, repite que la primera atención del doctor Aguirre el niño no se ve grave que en el curso de la tarde comienza su descompensaciones, ilustra que al diagnóstico médico se llega en base a probabilidades la enfermedad tiene un patrón, se sospecha y se confirma por exámenes en el caso de la neumonía atípica puede tener más fiebre que lo normal, siendo también normal que no obedezca a los antibióticos, informa que el diagnóstico siempre es una hipótesis que se construye con los síntomas del paciente, no se buscan todos los agentes de una enfermedad solo frente al fracaso en un tratamiento se buscan otros hipótesis, lo anterior, afirma la perito es propio y parte de la lex artis.-

En el caso que nos convoca hoy sostiene la perito el paciente presenta dificultad respiratoria, es tratado con oxígeno existían chance de recuperación se encontraba en el límite para decidir su traslado y por eso comenzó la búsqueda para concretar aquella opción.-

Referente al hanta virus transmite que es estacional es decir no está presente todo el año que propio de la zona rural, básicamente en verano si tales aspecto no están presente puede ser que nunca se toma en cuenta como hipótesis, podría sospecharse si el tratamiento no funciona su tratamiento es mediante un completo soporte respiratorio el virus, como el hanta, lo normal es que presenten un ciclo siendo lo importante mantener vivo al paciente tanto con apoyo respiratorio y de circulación lo que se logra con ventilación mecánica, insuflación de oxígeno, mantener el corazón funcionando, incluso mediante la circulación extracorpórea, propia del ECMO, sostiene que en el lapso del 20 al 21 de junio no había razón para pensar en el virus hanta presentaba un hemograma alterado en el contexto de la bacteria no viral la baja de plaquetas puede ser originada por otra causal incluso el uso de algún medicamento-

En torno a las guías clínicas aprecia que orientan al médico que las usa son recomendaciones no sólo absolutas, dado que lo que manda siempre es el paciente su aspecto más que lo exámenes si aquellos nada tienen que ver con el



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

Código: NNGKXHDJTNH

aspecto del paciente se desechan y debe seguirse con el monitoreo continuo al paciente.

Contra interrogada por fiscalía informa que no tuvo a la vista las declaraciones de los otros médicos, dado que su labor esencial es contrastar lo que se había hecho con la lex artis coma así en lo sustancial da cuenta que la condición de ser doctor de llamada por parte del doctor Aguirre no incide en la evolución de incluso el no contestar ni devolver los llamados, reitera que aparentemente en la tarde del día 20 inicia el proceso de agravación lo que se te responde con suministro de oxígeno preguntada por fiscalía por la situación de las 3:55 de del 21 de junio indica la perito que podría decirse que estaba grave, recuerda la anotación se inicia o reanuda gestión camas informa que en base a su experiencia de más de 30 años rara vez se anotan todos los hechos, todas las horas, con quien se habla y la respuesta literales, lo ideal es tal precisión pero no se produce en la práctica. Informa además no recordar la gestión del doctor Flores de las 8:00 de la mañana del 21 de junio pero que tampoco habría cambiado su conclusiones ni la gestión del doctor Flores ni el llamado de la doctora Berrios.-

Contra interrogada en el tema del virus hanta acota lo ya referido en orden a que sé carecían de antecedentes de contacto con ratón o paseo al bosque siendo protagónica la existencia de la ruralidad y el contacto con el ratón para poder entender ese cuadro que presentaba el paciente propio de hanta dado que resultaba además compatible con variadas enfermedades respiratoria insiste en que la baja de plaquetas puede producirse incluso mediante la gestión de ibuprofeno, desconoce frente a la carencia de cama informada inicialmente qué otras opciones tenía el doctor Aguirre en la propia clínica no recuerda en qué tipo de cama se encontraba precisa conforme la ficha que el paciente llega en estado grave al hospital que fue trasladado consciente, no recuerda quién lo trasladó y desconoce si fue acompañado por el doctor Aguirre o por la enfermera de turno , al finalizar refiere que la evolución de un paciente pediátrico es diversa a la de un adulto.-

Contra interrogada por la querellante en especial en lo referente a su vinculación con FALMED reconoce que dicta charlas en su condición de académica cuando son solicitadas, niega contrato con FALMED responde solo frente a situaciones puntuales y realiza peritajes que le son encargados , refuerza que las conclusiones de su peritaje aparecen como certeras al reiterar los antecedentes clínicos y de laboratorio el diagnóstico resultó certero para neumonía atípica todos los diagnósticos son genéricos e inespecíficos al principio el agravamiento de la tarde del 20 de junio no implicó un cambio en el diagnóstico no había razón de hacerlo resultaba esperable por la propia evolución de la enfermedad, así resulta lógico apunta la perito no buscar otra causal. Preguntado por las gestiones del 21 de junio no recuerda hoy en nombre de la enfermera , vuelve a insistir que el parámetro en la actuación de un médico medio, desconoce que en la clínica universitaria existía UCI pero informa que la misma no era alternativa dado que el



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

Código: NNGKXHDJTNH

paciente era pediátrico, desconoce si había otro cupo en redes y finaliza indicando que no hay registro de haberse informado los síntomas de en el inicio de la gestión cama.-

VIGESIMO TERCERO: .-Adiciona como prueba de descargo la defensa el testimonio de la perito María Parra Osorio médico pediatra, especialista en enfermedades respiratorias con desempeño laboral en el hospital Roberto del hospital clínico de la universidad de Chile además en la unidad de responsabilidad médica del servicio médico legal refiere que el informe le fue solicitado por fiscalía local de Puerto Montt la doctora da cuenta de su informe del 13/09/2017 con ampliaciones del 17/12/2018 y una segunda ampliación del 17/09/2019 da cuenta informa de la atención de un menor de trece años de edad revisando los informes de atención de urgencia y ficha clínica tanto de clínica universitaria exámenes de laboratorio y declaraciones de los padres aquellos informan que el 12 de junio el paciente comenzó con Dolores musculares cefalea presentando al día 16 de junio fiebre de 40° el día 17 de junio se consulta por fiebre presenta congestión nasal se le deja ibuprofeno, el 18 de junio mantiene la fiebre presentaba su duración de oxígeno normal frecuencia cardíaca normal congestión nasal, llama la atención en este punto que el registro da cuenta que presentaba aquella condición hace un mes se sospecha de sinusitis se le deja antibióticos, el 20 de junio es la tercera consulta fiebre alta dolor de cabeza saturación del 98%, poco elevada su frecuencia cardíaca por fiebre, se toman exámenes hemograma que arroja plaquetas bajas, radiografía de tórax test para influenza con resultado negativo IGM para mico plasma positivo continúa refiriendo la perito que la hospitalización queda a cargo del pediatra de llamada sus indicaciones fueron el suministro de vía venosa la nebulización y requerimiento de oxígeno si fuese pertinente retirándose de la clínica del doctor Aguirre a las 15:30.

Llama la atención de la perito la carencia de registros desde el básico registro de signos vitales cómo de la existencia de cualquiera llamada con el doctor, cerca de 15 horas sin registro hasta las 3:55 del 21 de junio donde presentaba una demanda mayor de oxígeno se inicia gestión de traslado a uci pediátrica la respuesta fue negativa y que se intentará en la mañana, solicitud de exámenes de gases y hemograma luego un nuevo silencio registral hasta las 9:00 de la mañana hemograma alterado sus resultados el examen de gases con un ph del 7,22, advierte la perito que aquello es un signo de gravedad acidosis frecuencia respiratoria elevada 40 por minuto baja presión, en definitiva indica la perito el paciente estaba en shock, se reiniciaría la gestión cama , traslado fue demorado y sólo se concreta cerca de mediodía al ingresar al hospital ya no marca presión arterial fue intubado y suministrado droga vaso activa presenta paro cardio respiratorio, falleciendo en el hospital.

Ilustra que el mico plasma provoca una neumonía atípica es decir con síntomas no comunes que presenta un alto contagio que cuenta con un periodo de incubación de 7 días a 3 semanas, referente al hanta informa que se presenta el



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

Código: NNGKXHDJTNH

inicio como gripe o neumonía puede derivar de leve o más grave siendo este el cuadro de síndrome cardiovascular respiratorio, da cuenta que es su primer informe no fue concluyente por la omisión de datos ya referida de las 14:30 del 20 de junio a las 4:00 de la mañana del 21 de junio registro que fueron solicitados pero que en definitiva nunca tuvo a la vista.-

Interrogada por la defensa recuerda que el examen del 18 de junio a nivel pulmonar resultó normal sin dificultad respiratoria sin hundimiento muscular, con ruidos normales sin ruidos agregados en pulmón, explica que la saturación es la medición de oxígeno mediante una pinza en el dedo mide el oxígeno transportado lo normal hoy es un rango del 96 a 98%.

En torno al ingreso del paciente y su resultado de exámenes, refiere la perito que los hematocritos a nivel pediátrico se presentan levemente elevado así en un rango normal de 45 a 46 el paciente presentaba 53 informa el tribunal que la IGM de mico plasma se obtiene mediante test rápido fácil de obtener que presenta alta especificidad es decir que da garantía de que está lo que se está buscando y de alta sensibilidad sobre un 90% aquel fue el diagnóstico de ingreso sumando antecedente compatible con aquel precisa qué tal expresión, compatible, significa que apunta a ese diagnóstico, en definitiva entiende la perito en el caso cuestión consistía en dos infecciones el hanta y el mico plasma , el primero sólo registra un tratamiento de soporte inútil y presenta altas tasas de letalidad incluso su tratamiento adecuado no garantiza la sobrevivencia del paciente.-

Contra interrogada por la fiscalía en torno a la actividad del 20 de junio recuerda que declaraciones hablan de llamados al doctor Aguirre, que no existiría registro de tal ejercicio indica además que no fue consultado el médico de turno de urgencia, en torno a la nota de las 3:55 del propio doctor Aguirre de presentar el paciente deterioro de función respiratoria, aumento requerimiento de oxígeno, informa que la frecuencia respiratoria registrada era de 40 por minuto, preguntada por el concepto de cianosis distal informa la doctora Parra que significa las extremidades con sus dedos azulados cómo es por falta de oxígeno, estado de mediana gravedad, con insuficiencia respiratoria necesita administración de oxígeno el próximo paso es aumentar tal el requerimiento por ejemplo una cámara de alto flujo y en extremo una ventilación mecánica, El Niño iba a requerir ventilación, siendo necesario una anticipación, preguntada por fiscalía por el registro de tal gestión de obtener cama con ventilación mecánica, la testigo responde que la ficha sólo dice inicia el trámite de gestión, recuerda además la declaración de la madre del paciente que alude actual gestión.

Referente a la actividad de las 8:00 del 21 de junio no recuerda si la enfermera realizó otras gestiones tampoco si hubo contacto con otro doctor reitera que no recuerda el registro de la llamada a las 4:00 de la mañana por el doctor Aguirre en el contexto de gestión cama con hospital base, pues lo dicho no puede despejar



la duda de por qué no se dio cupo en la uci del hospital base. Lo correcto era solicitar el traslado a la UTI por el aumento del requerimiento de oxígeno.-

En torno al ingreso del paciente del día 20 de junio ahora con el examen post mortem puede aseverar que a tal época ya estaba el síndrome cardio vascular por hanta que el mismo indica era posible de haber sido notificado por el elemento del hemograma plaquetas bajas, hematocritos altos y la hemoconcentración.

Contra interrogada por la querellante reitera las quince horas sin registro clínico no recuerda haber revisado la declaración a otros médicos dado que los relatos extra ajenos a lo consignado en informe no tienen valor para tal registro, preguntada si era una posibilidad recurrir al médico de turno, por la no devolución de llamada por el médico tratante, no recuerda tal intento de contacto sí recuerda el registro de ficha, de la actividad del doctor Flores el paso de bolo de suero, frente a la hipotensión califica la misma como una medida adecuada, preguntada por el registro de ficha de la enfermera de las 9:15 del 21 de junio en orden a que el doctor Aguirre determinó el retiro de la segunda vía, si bien no recuerda tal registro lo adecuado era dejar aquella vía para permitir el paso de bolo de suero.-

VIGESIMO CUARTO. Se acompaña además por la defensa prueba documental, A) oficio emanado de clínica andes salud de Puerto Montt del 05/07/2022 que informa, en relación a los hechos investigados, que los médicos residentes en unidad de UCI neonatología la doctora Virginia Berríos Andrade, y en UCI adulto Nicasio Safadi Solorsano;

B) Documento emanado de registro nacional de prestadores de salud, superintendencia de salud , referente al acusado Paul Aguirre Vivanco, orden profesional: médico cirujano: posee título de médico cirujano (doctor en medicina y cirugía) otorgado por Universidad central del Ecuador, Ecuador en el año 2000 , reconocido por el ministerio de relaciones exteriores el 7 de abril del año 2002 , posee certificado el pediatría otorgado CONACEM emitido con fecha 7 de noviembre del año 2013 , otorgado en Santiago con fecha 15/03/2023;

C) exámenes del laboratorio clínica universitaria de Puerto Montt del 20/06/2015 de I hemocultivo aeróbico muestra de sangre negativo a los 5 días, de igual fecha bajo el nombre de antígenos virales por IFD negativo para: virus sincitial, adenovirus, virus para influenza uno, virus para influenza 2, virus para influenza 3, influenza A, influenza B, metapneumovirus, comentario común muestras de buena calidad , en el mismo apartado de exámenes IGM mycoplasma neumoniae, positivo;

D) ordinario 1282, del hospital de Puerto Montt de la subdirección de gestión clínica del 27/10/2022 del doctor Jorge Cerda Cabrera, Director(s), que lo sustancial indica que a junio de 2015 el hospital de Puerto Montt no contaba con



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

Código: NNGKXHDJTNH

sistema de soporte ECMO, soporte para circulación extracorpórea, condición que mantiene la actualidad:

E) Guía clínica de prevención del antivirio destaca el aporte de su página 10 , bajo la denominación de incidencia se informa que es una enfermedad endémica en Chile, presentación estacional en primavera verano concentrándose alrededor de 70% de los casos entre noviembre y marzo de cada año, registrando que de 1993 al año 2013 se han confirmado 811 casos que afectaron principalmente a hombres jóvenes promedio de edad 33 años, representando los menores de 15 años el 11,4% el total de casos, en la página 11 de la referida guía defensa destaca que el análisis epidemiológico ha permitido identificar como actividades de riesgo para adquirir la infección: manipulación de leña, internación en bosques o matorrales, limpieza o desmalezamiento de pastizales, observación de roedores, ingreso o limpieza de recintos cerrados en sector rural y recoger frutos silvestres , también son factores de riesgo residir en área rural, ser trabajador agrícola o forestal y excursionista en zonas rurales, en página 14 del citado documento bajo el apartado 1.3 titulada declaración de intención refuerza la defensa que esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, en la página 22 en el apartado de diagnóstico diferencial destaca el documento que depende de la fase en que se encuentra el paciente si está cursando la fase prodrómica el diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con estados virales inespecíficos o síndromes febriles sin foco evidente en el caso de la fase cardiopulmonar en la que el compromiso cardíaco y pulmonar ya está establecido debe efectuarse principalmente con aquellas patologías que cursan con insuficiencia respiratoria aguda, detallando a continuación que las siguientes patologías se presentan como diagnóstico diferencial tanto en la fase prodrómica como en la fase cardiopulmonar en pacientes inmunocompetente: neumonía por influenza, insuficiencia cardíaca, abdomen agudo, pielonefritis aguda, fiebre tifoidea, sepsis y shock séptico de otra causa, rickettsiosis, triquinosis, psicosis, meningococcemia, neumonía atípica grave especialmente micoplasma pneumoniae . Continúa defensa en el trabajo de la guía clínica de prevención de antivirio invocando la página 27 , aquella referente al traslado de pacientes al referir que la evolución catastrófica de hanta suele ser extremadamente rápida y difícil de predecir, si el paciente se encuentra en un centro hospitalario de baja complejidad se recomienda el traslado precoz a un centro que cuente con UCI, debiendo efectuarse traslado, con personal y equipamiento según la gravedad del paciente;

VIGESIMO QUINTO: Acabada la recepción de la prueba tanto de fiscalía, querellante y la defensa se procede a los alegatos de clausura iniciando fiscalía quien refiere lo sustancial su postura de haber acreditado el actuar negligente contrario al arte por el requerido teniendo como consecuencia el fallecimiento de



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

Código: NNGKXHDJTNH

existió falta de atención o cuidado propio del estándar de la especificación pediátrica hola del doctor Aguirre si sitúa en que a pesar de advertir evolución gravosa continúa con lo ejecutado con imprudencia culpable, el paciente se encontraba el cuidado del doctor Aguirre era su médico tratante, su médico responsable y por eso se acude a él en horas de la madrugada existiendo sostiene fiscalía de esa atención al paciente, reitera el himno cronológico de los hechos el ingreso el día 20 de junio súbete oro en la madrugada del 21 de junio, estado calificado de grave por diversos testigos y peritos, y el único que no consideró tal gravedad fue el doctor Aguirre, en el capítulo de gestión cama no queda consignada ninguna gestión por el médico tratante, habiendo quedado acreditado la necesidad de aquel traslado, y pese al estado gravoso es su paciente se retira del establecimiento.

Finaliza indicando que la ley no obliga a salvar a todos los pacientes pero se aspira que frente al fracaso terapéutico se adopten otras medidas y en este caso nunca se planteó un diagnóstico diferencial pese al deterioro evidente, lo anterior no es sino una actual negligente independiente del diagnóstico demoró la decisión de conocemos por ende, eso tiene fiscalía si se hubiese salvado pero tal probabilidad o posibilidad le fue privada.

Existió omisión de medios diagnósticos impericia en la carencia de un diagnóstico diferencial una participación contemplativa que no adoptó los cuidados médicos necesarios que hubiesen dado posibilidades de sobrevida al paciente.

En igual ejercicio de clausura querellante sostiene que la literatura especializada es unívoca al sostener que el médico tratante al tomar el cuidado del enfermo asume una posición de garante ejemplifica con el salvavidas de la playa en este caso se trataba de un salvavidas de llamadas que se retira a su domicilio, desempeña una actividad contemplativa poco diligente, desarrolla el querellante el cumplimiento de parámetros específicos que obedecerían a obligaciones o deberes: el de diagnóstico y tratamiento se le exige la máxima diligencia posible acá no hubo entrevista con el paciente no se conversó con él solo al comienzo con la madre se quedó con un diagnóstico inicial y no se puso en otros casos, segundo deber: información el mismo no consta, tercer deber: actualización de conocimiento, el doctor Aguirre indica el querellante, no conocía la guía referente a hanta y no conocía la actualización de alerta o la erupción del volcán Calbuco el año 2015, cuarto deber: confrontar opiniones, no se reunió con nadie, ordenó retirar la vía central puesta por la enfermera ordenada por el doctor flores, habiendo incluso prueba de la defensa indicado que tal actividad era la adecuada; quinto deber: derivación en caso necesario, tal opción se originó a las 3:55 del 21 de junio no constando realización alguna para la gestión de tal traslado ni tampoco consta la búsqueda de otras alternativas, empero en igual noche se produce un traslado desde igual clínica hacia el hospital de Puerto Montt.



Así precisa, querellante el diverso rol ejecutado por Aguirre en relación a otro profesional en médico por ejemplo al doctor Ferrada le bastó el relato telefónico de la madre para en base a la gravedad del cuadro sospechar de virushanta; gestión de la doctora Berríos de un área diversa de la clínica, neonatología quien llama al imputado informándole de la gravedad del paciente insistiendo este en su diagnóstico respondiéndole la doctora que no entraría en discusión de diagnóstico requiriéndole que se trasladase a ver a su paciente; , actividad del doctor Flores en la mañana del 21 de junio observa al paciente, hipotenso en shock séptico bastándole una sola visita para asumir tal gravedad y gestionar el cupo en el hospital mediante llamado con la doctora Galindo, actividad del 21 de junio ingresa al hospital , la mínima obligación propia de lex artis es acompañar al paciente aquí ingreso sólo con un camillero y una enfermera, el querellante cita la exposición del perito ravanal quien sostiene que es un caso grave de mala praxis no actuar en forma de diligente existiendo 12 horas de demora el adoptar las medidas mínima existe falta grave al deber de cuidado dado a que pese a tal gravedad retorna a su domicilio,, cita igualmente la perito smok quien destaca la vulneración de lex artis el déficit de calidad atención del médico tratante en infracción además a su deber de diagnóstico y tratamiento al 20 de junio ya mostraba severa infección con hemograma alterado y se basa solo en un test rápido para mantener el diagnóstico inicial.-

En definitiva sostiene el querellante existe falta grave el deber de cuidado y omisión de medios no se le entregaron todas las herramientas disponible, ya el 20 junio tenía signos de gravedad, se perdió oportunidad de diagnóstico, tratamiento y de sobrevida

La defensa es su intervención de clausura refuerza la exigencia normativa y la concurrencia en el evento fácticos que sostiene la imputación y la obligación de prueba de acreditar que tales elementos satisfacen un tipo penal, aquí no está en dudas el rol del médico tratante del doctor Aguirre pero no hay protocolo que regle específica que lo obligaba a asistir frente a la agravación de un cuadro, refuerza que la neumonía por mycoplasma es compatible con el cuadro clínico de ingreso del paciente, que el doctor Aguirre fue contactado por la enfermera y producto de aquello hubo un cambio de fármaco por ejemplo, a las 22:00 de ese día 20 de junio se inicia un proceso de saturación que se pudo atender, no existiendo ninguna constancia de haber un nuevo requerimiento al doctor lo que sólo ocurre a las 3:00 de la mañana cuando el cuadro ya era distinto el doctor Aguirre va a la clínica, lo evalúa describe su cuadro y evolución se encuentra acreditada su gestión de llamada para iniciar traslado tanto por la enfermera Rodríguez como por la propia madre del paciente , registrando a las 4:00 de la mañana el propio doctor se retira y no existió el nuevo contacto sino a contar de las 8:00 de la mañana el doctor Aguirre llegó a las 9 informado del cuadro grave, así indica la defensa que entre las cuatro y ocho horas no existió registro de actividad alguna se pregunta cuál es la infracción del reglamento del doctor Aguirre cuál es la



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

Código: NNGKXHDJTNH

prueba que mandata la actuación de Aguirre se le acusa por la mantención del diagnóstico pero el ingreso era el correcto, no hay elementos para sospechar de hanta las guías son recomendaciones sin imperio normativo no cabe por ende un reproche penal , la guía hoy no dice que deba preguntarse por el antecedente epidemiológico, no es obligatoria e incluso de haberse aplicado el cuadro por virus hanta presenta una baja sobre vida en este caso no existe infracción de artis por ende si el requerimiento se funda en aquello el no configurar infracción deberá ser desvirtuado.

Continúa la defensa recalcando lo fundamental de la congruencia en el proceso penal, indica que durante el juicio fueron agregados otros elementos diversos al requerimiento original no pudiendo ahora ser elevados como esenciales tales elementos nuevos como el no disponer de todos los medios el no considerar diagnóstico diferenciales, dado que existió imposibilidad de la defensa para hacerse cargo de aquellos agregar elementos fácticos ha impedido su controversia, finaliza indicando que no hay vínculo entre lo reclamado al doctor Aguirre y la muerte del paciente.-

Haciendo uso de su derecho a réplica querellante sostiene que el tipo penal certero es el artículo 491 es la imputación sostenida en este juicio un ejercicio medico culpable que infraccionó la lex artis, a su vez la defensa replicando sostiene que se incorporaron elementos diversos del requerimiento que les permite construir tesis de negligencia o imprudencia y por eso deben visualizarse aspectos fácticos vinculados es la acusación fiscal el sustento de infracción de lex artis es el incumplimiento de la guía referente a hanta y en este caso no hay elementos médicos para aplicarla por lo que la contravención no aparece acreditada.-

VIGESIMO SEXTO. De la propia exigencia típica, contenida en requerimiento y adhesión del querellante, se puede concluir o adelantar que, los requisitos que deben ser probados para dar por acreditado un cuasidelito del artículo 491 del Código Penal de Chile son cuatro:

1º.- Que el autor sea un médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano o matrona y que su actuación se haya desarrollado en el ejercicio de la profesión.;

Tal punto no fue objeto de mayor controversia acompañándose incluso por la defensa la documental pertinente que informa la condición de médico cirujano del acusado obtenido en Ecuador y de la cabal y reglamentaria obtención de su especialidad de pediatría en Chile. Acreditándose además por la pertinente documental como registro de ingreso clínico y hoja de enfermería la condición de médico tratante del doctor Aguirre y su relación, en ese rol, con la víctima de los hechos

2º.- Que el profesional de que se trate haya actuado con negligencia culpable;



3º.- Que la acción del médico o profesional de la salud haya producido un mal a la persona del paciente;

4º.- Que exista relación de causalidad entre el acto culposo y el daño resultante."

VIGESIMO SEPTIMO: La referencia al segundo punto o exigencia lleva necesariamente a otorgar una mayor exposición y referencia, soportada tanto en los propios elementos del juicio, doctrina, y jurisprudencia.

Se iniciará con la expresión de LEX ARTIS-

Jurisprudencialmente se ha construido el concepto por ejemplo rol 413- 2016 de la Corte de Apelaciones de Concepción al considerarla como: *"... criterio para determinar el estándar de cuidado a que debe sujetarse la conducta en los médicos y demás profesionales de la salud la league artis es el conjunto de procedimientos de técnicas y de reglas generales de su profesión acudiendo a los exámenes y análisis para fines de diagnóstico y en los medios terapéuticos en uso hoy, el recurrir a la lex artis tiene relevancia para los efectos de determinar si en el caso concreto el médico actuó diligente o culpablemente..."*.-

Rol 31 -2016 Corte de apelaciones de Valdivia: *"... la lex artis se da en el marco del ejercicio profesional del médico el cual abarca desde las primeras preguntas del estado de salud de una persona hasta su actividad quirúrgica y posoperatoria coma los protocolos médicos se entienden como una probable ordenación de los pasos a seguir frente a una determinada patología..."*.-

Rol 11078-2014, del 17 junio 2015, Corte Suprema: *"... en materia de responsabilidad médica como factor de imputabilidad se determina que corresponde estimarlo constituido cuando no se respeta los dictados de la lex artis, catálogo de principios, prácticas y conocimientos técnicos no escritos que integran un con código de conducta derivada de la experiencia, exigida quienes despliegan una conducta profesional que crea riesgo. La legis artis a emergido como el referente o módulo de comparación para determinar la existencia la de vinculación normativa, tipicidad u obligación a la cual debe responder el médico al desempeñar su profesión con la loción de lex artis se consideran los distintos aspectos que lleven a determinar la naturaleza de la culpa y de estimarse concurrente ese elemento y por establecido los demás presupuestos se genera la responsabilidad de la gente calificado: el médico. Específicamente se considera las nociones de negligencia impericia imprudencia e inobservancia de las reglamentaciones..."*.-

Rol 5575- 2008 del 22 julio 2009 de la Corte Suprema : *"...los médicos deben actuar conforme las técnicas, procedimientos y reglas generales de la profesión, acudiendo a los exámenes y análisis para identificar el mal y en los medios terapéuticos en uso para tratar de curarlo. En otras palabras coma el acto médico tiene como presupuesto que se realiza de modo debido, de manera como se*



indica según la lex artis. El médico no puede olvidarse de la norma de cuidado que pesa sobre su acción y, por tanto, la infracción de la lex artis es el fundamento de la culpa médica. El profesional debe haber actuado culpablemente es decir, de no haber sabido manejar los procesos médicos. Por lo anterior es necesario establecer si el médico pudo efectuar las acciones con mayor cuidado y si su actuar ha sido negligente y culpable. En los casos de responsabilidad médica coma para arribar a una conclusión de condena, es necesario comprobar que el médico acusado actuó por vía de acción u omisión con impericia o con negligencia, la que se traduce en una falta de actividad, desde que se pudo haber evitado el resultado desplegando más actividad que la desarrollada o coma en otros términos la inactividad no ha creado el riesgo, pero la actividad pudo haberlo evitado...”.-

Tales aportes a la luz del caso concreto y de la prueba rendida, permiten sostener que LEX ARTIS, constituye necesariamente un concepto en el que las características particulares del caso permiten ir llenando de contenido el mismo , siendo ajeno a una descripción taxativa y rigurosa.- El trabajo judicial es por definición la solución social a una controversia concreta , específica e irrepetible con sus circunstancias propias y la afectación de las mismas, en definitiva es la inherente ponderación del caso a caso.-

Así no aparece controvertido que el menor ya al ingreso del 20 de junio, presentaba una afección respiratoria, como hemos aprendido una infección respiratoria alta, cuadro bien ilustrado por la variada prueba tanto de cargo y descargo, afección que es dable de evolucionar, se introduce el concepto de ciclo o historia natural de la enfermedad , se introduce la idea de diagnóstico diferenciado , de hipótesis diagnóstico y otras de igual tenor que reiteran ese marco evolutivo. Otro elemento protagónico de cualquier evolución es el lapso que transcurre y el diverso abordaje a tal cambiante estado o condición clínica , que sería el concepto preciso, tal condición, ya indicada como voluble no debiese, por ende, anclarse a un diagnóstico sea éste inicial o específico ya que resulta sustancial su desarrollo.

Vinculando tal aserto con la prueba rendida por ejemplo la exposición del Perito Ravanal que preciso e ilustro “ que la Insuficiencia respiratoria por sí es una condición que implica riesgo vital, que debe ser tratada en forma adecuada en el menor tiempo posible porque es previsible cuando no se trata esta urgencia en forma oportuna que empeore no solamente la condición clínica, sino que también implique riesgo por fatiga respiratoria, por fatiga cardiovascular y conlleve a un estado que puede ser irreversible.-(subrayado de este juez)

Emana de lo dicho que cualquier cuadro clínico puede, y es lo normal que ocurra, evolucionar y tal evolución atento a que se trata de una afectación de salud es necesario para ilustrar al profesional tratante que se registre que se deje



constancia de aquella variabilidad sea ésta positiva o negativa, ¿ entonces en inocua la falta de registro de historia de evolución clínica?

Esta omisión del debido registro de los datos en la ficha clínica, informa el perito, Ravanal: *“... sin duda suma como un elemento adicional que da cuenta de una praxis no ajustada. Lex artis, es también, la correcta confección del historial clínico no es simplemente una realidad administrativa, es parte ,del tratamiento y de sus medidas, es la actuación del médico, si no existe esa información, obviamente se está privando al paciente de una mejor atención desde el punto de vista sanitario y del debido control con respecto a su evolución...”*.-

En el caso concreto ha existido omisión del debido registro de las actuaciones y particularmente de la condición clínica del paciente durante la evolución de las complicaciones. Así al revisar la historia clínica se advierte que no existe una monitorización o en su defecto, un registro de los signos vitales del paciente, particularmente en lo que respecta a las funciones cardiopulmonares, se observa en la madrugada alrededor de las 3:55 hora, donde en forma muy sucinta, se limita a indicar que el paciente ya presentaba 12 horas de evolución complicada del punto de vista respiratorio, que está polinésico, es decir que tiene una frecuencia respiratoria, se anota, de 40 por minuto, o sea extremadamente elevada.

Igual omisión se extiende a **gestiones para conseguir el cupo en el Hospital Regional**, es decir, el traslado al paciente. Precisa el perito citado , el marco horario, alrededor de las 3:55 horas del día 21 de junio del 2015, donde acota, se omite información que debe quedar consignada en el en el historial clínico, dado que : *“...cuando se está ante un paciente en condición de riesgo o gravemente enfermo y se está solicitando su traslado a unidad de cuidados intensivos en otro centro hospitalario, se debe consignar cuál es el diagnóstico, con quién se comunicó y las razones que motivan el traslado y su negativa, acá se indica que no había cama disponible, lo que es muy incompleto se debe consignar cuál es el diagnóstico, con quién se comunicó y las razones que motivan el traslado y su negativa, acá se indica que no había cama disponible, lo que es muy incompleto porque obviamente hay que dejar constancia de cómo y a quien se expuso el caso, quien y porque se negó el traslado, información que no aparece consignada tampoco en el historial clínico, simplemente es como “ que se realizan las gestiones”, incluso no consta quién realiza las gestiones.-Continúa :”... eso ya de por sí bastaría para tener por acreditada la falta a lo que es la lex artis no registrar los signos del paciente más cuando se trata de un paciente que está requiriendo altas concentraciones de oxígeno que lleva horas en esa condición y simplemente no se hace nada en el sentido de que no se evidencia una conducta para insistir en el traslado o buscar los medios para corregir y tratar adecuadamente esta condición, el paciente no cuenta con un médico junto a él , el tratante llega a las 3:00 y luego retorna a su domicilio..”*.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

VIGESIMO OCTAVO: Que, , permite lo recién asentado abordar el concepto vinculado al cabal ejercicio de lex artis como es la obligación de medios y no de resultado al que está sujeto el profesional médico.-

Nuevamente acudo al soporte jurisprudencial; rol 5442 2015 de la Corte de Apelaciones de Santiago se lee: *“... el deber esencial del médico consiste en poner a disposición del paciente sus capacidades profesionales de acuerdo a un estándar general de diligencia y , en este entendido, para determinar si se ha empleado el cuidado debido será necesario entonces comparar la conducta desplegada con aquella que hubiese desarrollado un profesional competente y diligente, al respecto la doctrina sostiene que al momento del diagnóstico, de la información y consejo al paciente y del tratamiento, lo determinante es si el médico conocía lo que debía conocer e hizo lo que debía hacer atendiendo a un estándar general de diligencia y destreza, conforme a lo apuntado son exigibles al médico la destreza, dedicación y cuidado que definen al buen profesional según reglas de prácticas correctas y para evaluar el hecho de haber satisfecho efectivamente su obligación de medios, deberán cotejarse sus servicios conforme a la lex artis...”*.-

Otro aporte es el rol 53462 -2014 de la Corte de apelaciones de Santiago al sostener que: *“... el médico, en su actuar profesional, pone a disposición del paciente toda su capacidades pero siempre en relación a las condiciones en las que realiza su intervención, quedan comprendidas en ella sus conocimiento las reglas y usos, elementos todos que deben ser evaluados y ponderados a la fecha en que la prestación médica se realice, igualmente debe considerarse al hacer la referida evaluación que la obligación que el facultativo contrae con su paciente es siempre de medios y no de resultado, esto es que sólo queda obligado a que cumpla con la diligencia debida para intentar el resultado perseguido pero no garantiza el mismo sino sólo que actuará diligentemente...”*.-

Reforzando la vinculación de ejercicio medico con apego a lex artis y obligación de medio arriba referida se pondera la prueba de cargo de la perito Smok , quién en forma espontánea en estrado manifiesta que al encargo inicial del año 2019 le llamaba la atención que la línea central de fiscalía local era como no se había pesquisado en forma oportuna el hantavirus discrepa la profesional de aquella apreciación dado que el foco es el determinar si los procesos fueron seguidos a cabalidad y si hubo entrega de recursos técnicos y humanos propios de la obligación de medios no de resultados a la que está vinculada el médico siendo aquella la sustancialidad del respeto o quebranto a lex artis, así informa el tribunal que el doctor Aguirre: **“...se ajustó el proceso de hospitalización lo que se cuestiona es su calidad y tal falta de calidad clínica incidió en la demora en apreciar la gravedad del paciente,...”**, así ejemplifica como mala calidad la utilización de un test rápido, el requerir la muestra de hemocultivo desvinculándose que su propio diagnostico daba cuenta que la gente causante era un micro plasma, bacteria, no pesquisable por ende en la circulación de sangre ,suministro de antibiótico no propio para el micoplasma, indica la perito que



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

Código: NNGKXHDJTNH

no es ni la primera ni la segunda opción, habían opciones más efectivas, más seguras, más rápida. En torno al quehacer del acusado a las 3:00 de la mañana del día 21 de junio indico:” ... **el doctor Aguirre reconoce la gravedad y no presenta lógica su conducta reconoce la gravedad pide algunos exámenes y se retira de la clínica...**”.- Indica gráficamente la perito que al parecer el doctor Aguirre y la enfermera doña Natalia al parecer viven en una isla. “... *cuentan en la propia clínica con otros médicos con UCI , en otro servicio y que si bien existe una red limitada de profesionales no se llamó a nadie no se gestionó ninguna ayuda y que pese a reconocer la severidad del cuadro y no actuar en consecuencia se retira del establecimiento ...*”-

En igual apartado se pondera la prueba presentada por la defensa la doctora Cerda la que ilustra en estrado que la medicina legal se entiende como toda medicina aplicada a resolver problemas judiciales se explaya que el concepto de *lex artis médica* . “...*está relacionado con el tiempo y lugar en que se ejercita la actividad destacando que el rol del médico es siempre una obligación de medios y no de resultados debiendo proporcionar los mejores medios que existan disponibles, asociado claro está al tiempo y lugar en que se ejerce como médico, debiendo contrastarse con el médico común un médico medio.*

La última afirmación trasladada, al caso concreto, lleva a la pregunta si era posible otro conducta bajo la limitación ya referida es decir tiempo y lugar en que el médico ejerce su rol, la prueba presentada en estrado permite zanjar tan interrogante, protagónicamente por la constatación de la actividad de dos profesionales médicos de igual clínica y una profesional de enfermería.-

En primer término el rol de la **doctora Berríos**, pediatra neonatólogo, saliente de turno el 21 de Junio quién en estrado indica y narra una clara secuencia que vale la pena citar: “... que cuando voy por el pasillo me interrumpe la enfermera que estaba en ese momento, no recuerdo el nombre, me dice doctora, por favor ayúdeme con estos exámenes, le dice que hay un niño que está en malas condiciones, entonces le vi el hemograma, vi los exámenes que me mostró, pregunté que tiene me dijo una neumonía, pásame la radiografía, miro la radiografía y no me pareció que tuviera una neumonía esperable para la edad del niño. Entonces le dije, mira, no me parece neumonía, pidió la hoja de enfermería, los signos y observo que el niño empezó en malas condiciones, pregunto por el nombre y número del doctor , se dirige a pabellón y entre el tercero y el segundo piso marco el celular, Hablo con el doctor (Aguirre) y le informe que había visto los exámenes del niño y que me parecía que por los exámenes y la hoja de enfermería el niño no estaba en condiciones estables y que debería venir a verlo y hacerse cargo del niño. Me contestó que el niño tenía una neumonía, yo le dije, yo no voy a entrar en discusiones con el diagnóstico, sino en el estado en que está deberías venir,- , bajé a pabellón y le corté. Esperando que él viniera.. Fui a las 9 pregunto si el doctor Flores llegó, normalmente el doctor llega antes del cambio de turno, , le expliqué lo de neonatología, que no había ningún problema. Los



niños estaban estables. Pero que arriba en el tercer piso había un niño hospitalizado, el cual yo no había examinado, sino que había visto exámenes, a solicitud de la enfermera, se preocupa por si el niño pudiera presentar a un mayor deterioro clínico. Entonces, acuerdan subir los dos, veámoslos y vemos que podemos hacer, Flores le indica que el subiría, dado que el turno de la testigo ya había terminado, agrega la doctora Berrios que bajo al primer piso y donde siempre hay unos citófonos de Atención al Cliente, llamé al 310 que era la pediatría, le dije a la enfermera que había entregado al doctor el turno de neo, y que el doctor flores subiría a pediatría...”. La doctora se retira de la clínica incluso detalla su trayecto y que volvió a llamar: “... me contestó la auxiliar, quien le dice que el doctor Flores estaba en la sala del niño con la enfermera. Después volví a llamar más tarde, no me acuerdo la hora, me dijeron que lo habían trasladado al hospital, unas horas después la enfermera me llamó a mí y me dijo que el niño había fallecido...”.-

Finaliza indicando que frente a la información que el doctor Flores no hubiese visto o examinado al paciente ella regresaría en forma inmediata a cumplir tan mínimo examen dado la grave condición del menor

Actividad del **DR FLORES**, pediatra neonatólogo, que asume el turno de las 9:00 del 21 junio 2015, depone e ilustra que conforme a la información, arriba reseñada, sube el tercer piso a ver el paciente, habla con la enfermera de turno ingresó a la sala, examinó al paciente que evidentemente presentaba dificultad respiratoria, respiraba rápido, con taquicardia, con naricera para el suministro de oxígeno, presentando el examen pulmonar ruidos húmedos los que no son propios de una neumonía. Frente a presión arterial muy baja se plantea el doctor flores dos posibilidades de hipótesis diagnóstica primero un shock séptico causado por neumonía y segundo un síndrome cardiovascular por hanta virus, ordena la adopción de una segunda vía para el paso de droga vaso activas da la condición de hipotenso del niño, refiere haber hablado con la mamá de informando su condición.-

Por último en este apartado y si bien no se trata de una profesional médico se destaca la proactividad y el requerimiento de ayuda por parte de la enfermera **Sra. Solís de ovando** que iniciando su turno a las 8:00 de la mañana del 21 de junio en forma inmediata apreció y registró en ficha que el paciente estaba con taquicardia, frecuencia cardíaca estaba muy aumentada, “...estaba con su frecuencia respiratoria muy alta, estaba taquimétrico, significa que la respiración estaban más de lo normal que se espera, estaba hipotenso, presión estaba baja y todos esos signos en conjunto nos muestran, algún tipo de shock, empieza con estos síntomas porque el cuerpo trata de compensar lo que está sucediendo, todos esos signos que yo consideré que el paciente estaba en muy mal estado y toda esa información se fue entregada cuando yo llamé al doctor Aguirre, además de los exámenes que me confirmaban aún más la gravedad del paciente.... “



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

Código: NNGKXHDJTNH

Cual fue la respuesta telefónica del médico tratante: que aquella situación era propio de neumonía.- La intranquilidad frente a tal comentario lleva como arriba se ilustró a las gestiones con personal médico de igual clínica, de la unidad neonatología , con el resultado ya indicado.-

Lo que pretende ilustrar este juez es la necesaria e incluso obvia comparación de conductas; por un lado profesional médico, Dra Berrios, quien sin tener el rol de médico tratante frente a la excepcional solicitud de ayuda de una enfermera acude en tal escenario reconociendo la doctora Berríos con la mera revisión de los exámenes de laboratorio, radiografía y la descripción verbal de la enfermera que la situación era grave ajena a las rutinaria neumonía atípica y que debía actuarse en consecuencia, y por parte del doctor Flores el examinar al paciente y verificar su grave estado, el sugerir una segunda vía calificada de venosa central a fin de asistir al paciente y enfrentar un eventual y probable paro. Actividad y desempeño que se contrasta, necesariamente, con la menguada respuesta del médico tratante sabedor de esa evolución gravosa incluso por él asentada a las 4:00 de la mañana que tal cuadro era propio de neumonía y que concurriría más tarde a la clínica situación qué ocurrió-

VIGESIMO NOVENO: Abordando el tercer y cuarto punto expuesto al inicio, referente que la acción del médico haya producido un mal a la persona del paciente y por último el que exista relación de causalidad entre el acto culposo y el daño resultante. –

Me valdré de la exposición de la doctora MUÑOZ, pediatra oncóloga de la UCI Hospital base de Puerto Montt de turno al 21 de junio de 2015, quien conforme da cuenta ficha recibe al paciente, 13 años de edad con diagnóstico de traslado de neumonía atípica que se presentaba cianótico, se observaba con oxígeno, una vía venosa, con taquicardia, pulso débil, shock frío descompensado, con riesgo paro cardio respiratorio, en forma inmediata se le intuba y si inician paso de drogas vaso activas, observa inmediatamente al tubo que se utiliza para colaborar con su respiración con sangre rápidamente elabora hipótesis para tal situación, el paciente se intenta estabilizar cae en paro, se recupera mediante el uso de adrenalina , informa que presentaba el hemograma típico de hantavirus se hace test rápido, habla con la madre , sobre tal apreciación y ella le contesta que no es posible que sea hanta porque él no acampa, lo primero es saber que su historia, su cuadro clínico y la gravedad con la que él evolucionó es palpable por la grave condición, hipotenso el pulso central muy poco perceptible, nunca recuperó la presión y no fue posible sacarlo de su condición de hipotenso al segundo paro no fue posible recuperarlo.

Reitera que. "... a su llegada era evidente el distrés pulmonar y con shock frío propio de una etapa final requería un traslado avanzado y la atención de un equipo médico completo requería intubación y la adopción de una zona venosa central o más de una periférica en definitiva el arribo del paciente fue en condiciones



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

Código: NNGKXHDJTNH

inadecuadas...”. Recuerda que venía acompañado por camillero, una enfermera y miembro de su familia, llama la atención en su especialidad que el niño de aquella edad haya generado neumonía que haya alcanzado nivel de distrés respiratorio es infrecuente, aclara que por la historia clínica no llevaría una hipótesis de hanta pero sí la gravedad del cuadro.-

Del examen físico efectuado al menor la testigo concluye que: *“... el diagnóstico con el cual fue derivado no era el correcto debiendo reconocerse que si el paciente ya requiere oxígeno coma tal requerimiento es propio de una insuficiencia respiratoria si presentó mayor dificultad y compromiso aerodinámico debió pensarse en otorgarle un soporte ventilatorio, su condición de cianótico da cuenta que su afección no es sólo pulmonar sino que ya es cardiopulmonar consecuentemente se presenta taquicardia y con dificultad respiratoria lo normal para un niño de su edad es la respiración de 12 por minuto alcanzando el paciente más de 40, es difícil determinar el marco horario que inició el cuadro grave lo objetivo es que el shock frío que presentaba es propio de un evento final claramente ocurrió en clínica universitaria y no en el momento del traslado desde tal recinto el hospital...”*- -

Reitera lo inadecuado de las condiciones del traslado y que el soporte respiratorio, su necesidad, era evidente debiendo, en lo ideal, haber iniciado tal asistencia en la propia clínica, señala que: *“... por compleja que puede resultar aquella actividad incluso en una posta básica debo poder intubar a un paciente si no lo puedo intubar, uso, mascarilla, laringea, si no uso ventilación con ambos, pero debo manejar la vía aérea, debo manejar la circulación y la respiración y eso incluye las vías venosas y si estoy en una clínica debería haber puesto una línea central que cualquier pediatra debe estar capacitada o enfermera para instalar, el menor no traía nada de eso...”*-

Agrega que: *“... yo como pediatra sé que ninguna neumonía atípica evoluciona tan grave salvo que sea un paciente inmunodeprimido, área en la que yo me manejo porque, soy oncólogo, pero si yo no tengo un paciente inmunodeprimido la posibilidad diagnóstica más frecuentes que yo estuviera frente a una infección de origen pulmonar en un paciente en el cual no se había encontrado ninguna bacteria, porque se supone que había iniciado antibiótico que una neumonía atípica lo lleve a tal gravedad es un diagnóstico muy infrecuente, lo que me llamó la atención y me hizo pensar en otro diagnóstico fue la gravedad del paciente, me dije yo no estoy frente a lo que me están planteando como diagnóstico de derivación y en ese contexto solicito nuevamente exámenes, un paciente cambia minuto a minuto- Al ver el aspecto del paciente, digo, él está mucho más grave de lo descrito, se toma examen y nos dan un perfil que se tiene en minutos y el perfil muestra hemoconcentración, la leucocitosis y la trombocitopenia.*

Sigue su exposición al acotar que: *“... ¿Entonces yo en qué base mi sospecha? En el aspecto, el paciente, al intubar, tenía sangre que es raro tener en una*



neumonía atípica y nada de lo que me decía el resumen en la historia me hizo nunca pensar que yo iba a recibir un niño con tal condición

Yo no tengo la contemporaneidad, el resumen, esa información, no la manejo ni nunca la maneje y por esa razón yo planteo hanta , no fue ni la historia, no fue el resumen, fue el aspecto del paciente, la sangre al intubar y el nuevo hemograma y gases que nosotros le tomamos cuando ingresó...”.-

Tal expresión , el de la prevalencia del paciente, su aspecto, por sobre la historia clínica , es también reconocida por prueba de la defensa, la DRA CERDA que ilustra en estrados que: “... lo que manda siempre es el paciente su aspecto más que lo exámenes si aquellos nada tienen que ver con el aspecto del paciente se desechan y debe seguirse con el monitoreo continuo al paciente...”.-

La importancia de tal aseveración y de su coincidencia apreciativa, descansa en que la propia Dra. Cerda informó que: “... no tuvo a la vista las declaraciones de los otros médicos, dado que su labor esencial es contrastar lo que se había hecho con la lex artis ...”.-

Ergo , entiende este juez, el no otorgar prevalencia al aspecto del paciente, *que es lo que manda* y mantener un diagnóstico ajeno a su condición sería a lo menos, alejado, de un cabal ejercicio de lex artis.-

TRIGESIMO: Lo imputable al acusado, el doctor Aguirre, no es sino la infracción típica de lo que la doctrina denomina el cuasidelito del facultativo, la negligencia culpable en el desempeño de su profesión.- Se ha incorporado en el curso del juicio y lo pretende la presente sentencia, la idea central que el deber del médico es el despliegue íntegro, total, certero y oportuno de los distintos medios, tecnológicos y terapéuticos que permitan acudir en la asistencia del paciente es decir ejecutar una actividad que evite dañar al paciente, estándole vedado por ende un rol inactivo, contemplativo , o poco ejecutivo.

Tales últimos caracteres, son unos de los tópicos en que se funda la responsabilidad del acusado, como la aportaron peritos, DR Aguilar, DR Ravanal, dra Smok, en estrado, el acusado actuó de manera contemplativa, poco oportuna infringiendo el deber de actividad al que está obligado, valga recordar el que pese a referir en ficha, en la madrugada del 21 de junio el cuadro grave en que se encontraba su paciente caracterizado incluso con cianosis distal, insuficiencia respiratoria y una frecuencia respiratoria extremadamente alta para un niño, de 40 por minuto, se desatiende de aquella condición , consigna la información reseñada y se retira del establecimiento, acotando lánguidamente el inicio en gestión cama , infraccionando como se acreditó el mínimo registro además que por legis artis, está obligado.-

En igual apartado, ya en las horas críticas previos a la muerte del paciente a las 9:00 de la mañana del 21 de junio, según registro de ficha, intento remediar tal



inactividad o mejor dicho una actividad contraria al cuidado, así entonces ordenó, frente a la carencia de presión arterial, paciente hipotenso, el paso de una ingente cantidad de suero fisiológico, en jerga médica un bolo de suero, reconociendo incluso que fue por indicación inicial del doctor Flores.- Como corolario de aquella inactividad se cuenta, además, la infracción al protocolo de traslado de paciente pediátrico de la clínica en la que desempeñaba que lo obligaba, al mínimo rol de acompañar a su paciente en el traslado y entregarlo al médico del centro al cual se ha derivado, en estrados se recibieron aportes testimoniales , Dra. Muñoz, enfermera Ángeles de Solis Ovando y la madre del menor, y documentales indubitados que informan qué tal traslado, en inadecuadas condiciones fue ejecutado solo por una enfermera , un camillero y la propia familia del paciente.

No puede entenderse la omisión registral de la evolución del paciente, y de las gestiones realizadas para una excepcional medida de traslado a otro centro de salud, como una mera obligación administrativa, hemos aprendido durante el juicio un aforismo propio de los profesionales de la salud que lo que no se registró en ficha no se hizo, debiendo registrarse toda la actividad ejecutada.

En el caso que nos convoca existió un silencio registral cercano a las quince horas, si lo acotamos a las intervenciones del acusado este igualmente ha realizado un registro incompleto en la referida y fallida gestión cama de las 3:00 de la mañana del 21 junio 2015, no se puede suplir y acreditar la existencia de esa actividad médica, que incluso cuenta con un protocolo de gestión, dónde está determinado detallado el quehacer de cada profesional de la salud, con la declaración de la madre del paciente notoriamente sensibilizada por el cuadro grave de su hijo en la que no recuerda con precisión el gestor de aquella actividad e incluso refiere contacto propios y de amistades para lograr el cupo en el hospital base de Puerto Montt.

El obligado al registro lo es el médico tratante , conforme protocolo incorporado como probanza documental , es obligado a informar el estado del paciente del que se pide traslado, referir su condición y registrar con quién se comunicó, la respuesta obtenida, y las demás gestiones realizadas en caso de negativa, registro del cual se acreditó en el estrado no existe constancia en la forma ni en el fondo que podrá entenderse cumplidores de aquella obligación así rola las fichas del hospital de Puerto Montt donde no aparece tal actividad, pero si el traslado positivo de un paciente del Dr.Rueda , profesional de clínica de Los Andes que obtuvo en igual jornada del 21 junio 2015 traslado de uno de sus pacientes a UCI hospital.-

TRIGESIMO PRIMERO: Que, , podrá discutirse hoy si el traslado temprano a las 3:00 de la madrugada de 21 junio 2015, hubiese variado el curso vital del paciente conforme, al rápido avance del síndrome cardiopulmonar por hanta virus , y el estado grave en que ya a esa hora se encontraba el menor, pero resulta ajeno a



tal duda, entiende este juez, que se ha infraccionado la obligación de medios propia del ejercicio médico, se privó al paciente, un niño, de la opción oportuna de traslado, la posibilidad de ser asistido en una unidad de mayor complejidad con especialistas formados para graves casos como lo es la UCI pediátrica de la capital regional y tal privación de opción, tal merma de posibilidad no es sino manifestación de la vulneración de la obligación de medios.

Destaca este juez la categórica intervención de los peritos Ravanal y Smok ambos profesionales de larga data que indican e ilustran que el quehacer médico debe necesariamente ponderarse en la realidad del lugar en que se desarrolla. Se asentó en estrados *la expresión hacer lo que se pueda con los medios de lo que se dispone*, y ese hacer lo que se pueda, como también quedó asentado por la probanza rendida, es la vinculación con el médico medio que es el referente de *lex artis*, y con la víctima de autos no se hizo lo que se pudo, por el contrario no se actuó, no se movilizaron medios, se consigna su grave estado por su medio tratante y aquel se retiró de clínica, para regresar cinco horas después.-

expresó el perito Ravanal : “... *que no se está cuestionando, la capacidad de diagnóstico específico del agente causal de la patología que afectaba el menor, sino la falta de atención evidente frente la evolución del cuadro de insuficiencia respiratoria conocido por el médico tratante y que era un cuadro que a la última hora era severo, que constituía una condición de riesgo vital que fue claramente desatendida y esa demora se vincula desde el punto de vista causal con el fallecimiento, existió una pérdida de oportunidad debido a omisión de medios que califica, como patente en este caso alejada completamente del mínimo ejercicio del médico tratante.*”-

Luego agrega “... *que aquí no está en discusión el tema del diagnóstico. Se enfrentó una insuficiencia respiratoria aguda y severa finalmente complicada que conlleva el desenlace fatal, donde se tiene que estabilizar el paciente, se tiene que aplicar los medios para corregir esta situación, en el intertanto, en forma paralela se van aplicando los medios diagnósticos para establecer cuál es el agente o la causa que conlleva la insuficiencia respiratoria.... Obviamente, indica, la medicina no es una ciencia exacta, pueden haber errores en el proceso diagnóstico que se pueden ir subsanando durante la medida que se van complementando con un examen. Pero en este caso, en valoración, a la buena praxis médica en relación al debido cuidado y a la Lex artis, la pregunta, refiere el perito es como ha sido la actuación ante un paciente que se encuentra con crisis respiratoria aguda, y si ese manejo de tal condición se ajustó o no a la buena praxis, indicando, que habrá de concluir, que no se ajustó, se desatendió, lo que conlleva la pérdida de oportunidad.*”-

Por último en la exposición de perito citado destaco: “... *.- No tratar adecuadamente un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda es de conocimiento de cualquier médico que aquello conduce a un agotamiento de capacidad*”



respiratoria y cardiaca no siendo propio de un médico mantener a un niño o a un adulto saturando en forma inadecuada con una frecuencia en el caso de paciente de respiración de 40 por minutos proceso que mantuvo durante horas , incluso un adulto en tal trance presentaría un rápido agotamiento se produce una lógica fatiga en los músculos respiratorios manteniendo el Niño horas tal condición, se enfrentó una pérdida de oportunidad no podemos concluir si el paciente sobreviviría o no pero sí hay certeza que se perdió la oportunidad de otorgarle un tratamiento adecuado y oportuno al permanecer durante horas en una cama común y corriente en un hospital . Le era exigible a su médico tratante de acuerdo a una buena praxis médica internarlo a lo menos en cuidados intermedios y luego escalar a cuidados intensivos lo que no aconteció, por ende desde el punto de vista de la causalidad existe una directa relación entre la demora en aportar un tratamiento adecuado y el desenlace fatal...”.-

Referente a la intervención de la perito Smok , y la vinculación con obligación de medios, la perito refiere; “... que lo central frente al atraso en la concreción del traslado es que aquí hay una pérdida de oportunidad, porque con cada minuto, con cada hora que se retrasó la decisión de traslado y la gestión del traslado, fue perdiendo oportunidad de ser diagnosticado de ser adecuadamente tratado y de haberse mantenido con vida, son casos que desde la mal praxis se llama pérdida de oportunidad ese retraso es esa latencia , la que hace que pierda la oportunidad de sobrevivir, lo que es muy distinto a decir que si todo se hubiera hecho rápido, estaría todo bien porque no es posible aseverar eso, el desenlace habría sido distinto porque el menor podría haber sido conectado a ventilación mecánica ...”.-

Luego frente a la petición de este juez que aclare su expresión *red limitada de profesionales a la que se pudo acudir*, precisa y lo contextualiza con el principio de obligación de medios *es decir hacer lo que se pueda con lo que se tiene,* “... lo efectivo era trasladar al menor a un centro de mayor complejidad eso era lo anhelado, que sin embargo no era posible, no es sostenible concluir que como no fue posible no realizo ninguna otra actividad, si no que se tiene que seguir con lo que se tiene y en el propio recinto de la clínica existe una UCI de adultos, es posible recurrir a los medios que existen disponibles sean técnicos o profesionales y no hubo solicitud de gestión o ayuda alguna a tal red ...”.-

TRIGESIMO SEGUNDO: . La extensión de la presente resolución no puede argüirse para omitir el necesario sostén doctrinario, así entonces por su pertinencia y lucidez citaré al profesor Pierre Matus , artículo del 16 septiembre 2009, cita MJCH_MJD362, título “ mala praxis como sinónimo de negligencia y la normativización de la responsabilidad penal médica en la reciente jurisprudencia de la corte suprema de Chile ¿un cambio hacia la responsabilidad penal objetivo?, en web microjuris.com, se lee bajo acápite contenido del autor: todo el contenido de esta área fue subido por Jean Matus el 20 octubre 2017.-



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

Código: NNGKXHDJTNH

Bajo el apartado , 1.2. La responsabilidad penal por culpa, negligencia o imprudencia, en especial, respecto de la actividad médica, el profesor expone: "...Si hubiéramos de juzgar los hechos culposos a la luz de lo que afirman quienes incurren en ellos, deberíamos forzosamente concluir, en la mayor parte de los casos, que el resultado no les fue posible prever o, previéndolo, no les fue posible evitarlo, de donde se seguiría la impunidad absoluta de esta clase de delitos.

De allí que no sea posible juzgar este poder únicamente de acuerdo con la apreciación subjetiva del hechor. Pero tampoco bastará una apreciación puramente objetiva, bajo el molde de un sujeto ideal (el hombre medio del derecho civil), sino de un sujeto concreto puesto en el lugar del agente, con las características propias de su grupo de pertenencia al momento de los hechos (no puede exigirse la misma capacidad al médico que al lego, al capitán de un buque que a su pasajero, etc.). En definitiva, como afirma Jescheck: "El reproche de culpabilidad en la imprudencia depende, además, de que el autor, según sus facultades personales, se encuentre en condiciones de advertir y cumplir las exigencia de cuidado que le corresponden conforme al criterio objetivo" .

"...Luego, surge la cuestión acerca de si existe una medida de responsabilidad objetiva y subjetiva especial para la responsabilidad médica.

Desde luego, es evidente en el Código Penal chileno que el facultativo no está en la misma posición que el ciudadano común. Así, en los delitos de los artículos 490 a 492 , a los facultativos se los hace responsable por el actor con negligencia culpable (art. 491), mientras a los particulares se le exige imprudencia temeraria (art. 490) o mera imprudencia con infracción de reglamentos (art. 492).

Por otra parte, según hemos expuesto, parece consolidada en la jurisprudencia nacional que a todos los facultativos les es exigible, desde el punto de vista objetivo, un mínimo de cuidado, esto es, el cumplimiento de la "lex artis". La "normativización" de la culpa supone, en este sentido, una objetivación del nivel mínimo de conducta esperable del facultativo que está en condiciones personales de actuar en un momento determinado. Esto es, el facultativo podrá alegar que en el momento de ser requerido tenía una buena excusa o justificación para no hacerse presente (se

encontraba atendiendo otra urgencia, padeciendo él mismo una enfermedad o accidente incapacitante, haciendo uso de su feriado legal, etc.), pero no podrá alegar, una vez que se ha hecho cargo de la situación, que no cuenta con los conocimientos y capacidades personales para cumplir adecuadamente con los protocolos de diagnóstico y tratamiento establecidos en los textos de medicina y demás regulaciones administrativas, según los medios de que dispone en el momento.-

Luego, la pregunta que sigue es ¿será suficiente con cumplir lo establecido en los protocolos y demás reglamentaciones para eximirse de la responsabilidad médica



en un caso concreto? La respuesta atañe a la subjetividad del agente y, precisamente, a la exigibilidad de la actualización de sus conocimientos especiales. A este respecto, cabe señalar que, según el artículo 22 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile, "será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado"; y actúa imprudentemente, el que "poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente" o "efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario".

Si se atiende, por tanto, a estas definiciones por sobre ese umbral mínimo de exigibilidad que constituyen las reglas de la "lex artis", y particularmente los protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento, cada facultativo estaría obligado a actualizar sus conocimientos y capacidades especiales en el caso particular, para no actuar de manera imprudente o negligente..."- (fin de cita).-

TRIGESIMO TERCERO: Que, estima este juez, que siempre para el acusado la principal garantía es la de guardar silencio , por lo que la ponderación a su exposición será solo para situarlo , sin duda , en el lugar de los hechos.- La testimonial del doctor José Vergara como funcionario SEREMI salud al abocarse básicamente a la gestión de información del virus hanta no introduce elementos sustanciales, conforme lo que más abajo se detallara. El testimonio de la madre del paciente doña será ponderado en lo concerniente a la extensión del mal causado, lo mismo que el ex compañero de curso de la víctima , I .- El aporte de la testigo Amparito Sepúlveda ya fue abordado en los aspectos tangenciales que resultaron importante en igual línea la de doña Natalia Rodríguez, referente al testigo Omar Ferrada al no encontrarse en el lugar de los hechos será tasado como de contexto.-En lo concerniente a la documental no hay controversia en torno al nacimiento de la víctima y la causal de fallecimiento así como tampoco hay controversia en torno a la condición de profesional médico cirujano del acusado, a la documental de guía de prevención de antivirus el refuerzo y vigilancia de la misma no se vinculan necesariamente al derrotero de la presente sentencia, al entender este juez como preciso el perito DR. Aguilar, que en el caso concreto "**... no es relevante la determinación del agente causal por lo que el diagnóstico de virus hanta y el apego a guía específica del ministerio de salud resulta secundario dado que incluso la indeterminación de la causa del cuadro gravoso de un paciente siempre debe hacerse todo lo necesario para otorgarle posibilidad o probabilidad de vida...**"- (negritas de este Juez)

En relación a la prueba de la defensa, la pericial de doña María Constanza Fernandez, médico pediatra consistió básicamente la revisión de antecedentes cronológico del paciente cuya observación no afectan en lo sustancial la convicción de este juez , igual observación e igual ponderación para el aporte de doña María Parra Osorio, la documental de la defensa en la introducción de la



ficha clínica y exámenes correspondiente reforzó la gestión inicial del 20 de junio del paciente y los exámenes quedaban cuenta de la identificación del germen causante de neumonía por mico plasma, referente la incorporación de la guía clínica de prevención del virus, como ya se adelantó para la presentación de fiscalía y querellante no circula necesariamente junto al derrotero de la presente sentencia.-

TRIGESIMO CUARTO: En definitiva por la ponderación de la prueba rendida, El soporte jurisprudencial citado y la doctrina también referida permite concluir a este juez que se ha salvado la presunción de inocencia que favorece al acusado alcanzando la convicción condenatoria en contra de Paul Aguirre Vivanco declarándolo autor de cuasidelito de homicidio en perjuicio de ocurrido en Puerto Montt, el 21 junio 2015, en conformidad a lo previsto en los artículos 491 y 490 n°1 del código penal.-

TRIGESIMO QUINTO: Que, referente a las modificatorias de responsabilidad, Aguirre, objetivamente cuenta con irreprochable conducta previa, ni registra procesos pendientes, ni registra antecedentes policiales o judiciales en Chile, se arroja con 11 numeral 6.- La petición de la defensa de otorgar sustancialidad aquella única minorante será desoída, en efecto no es controversial el cabal arraigo familiar y social, profesional del acusado, acreditado, por ejemplo con lo documental de los certificados de nacimiento de sus hijos menores o su vinculación estudiantil, su ejercicio profesional, circunstancias todas que no permiten alcanzar la excepcional calificación que mandata el 68 bis del código penal, igual suerte negativa tendrá la petición de la defensa de configurar la segunda minorante de colaboración sustancial al esclarecimiento de los hechos, no se observó durante la investigación ni durante el juicio ejercicio conductual alguno que permita concluir como propia la colaboración alegada.-

TRIGESIMO SEXTO: En torno a la extensión del mal causado , que es otra de las directrices que el legislador mandata al considerar la ponderación de la pena, conforme lo ordena el artículo 69 del código penal, el caso concreto , en que la víctima directa es un niño de trece años de edad ha causado, lógicamente, una afectación irrecuperable para su directo entorno, vinculado con la probanza, el aporte testimonial de un joven de 22 años de edad compañero de educación básica de la víctima el 2015 narra episodios propios de la actividad de un niño de octavo básico se refiere al paseo en mayo de 2015 al sector de Dos esteros, la circulación por el bosque entre árboles un tránsito que no comentan a la familia al estimarlo innecesario, recuerda a como deportista con un buen estado general de salud y que ha concurrido a esta convocatoria judicial por la vinculación afectiva que mantiene con y su madre.

Se cuenta además protagónicamente con doña , se presenta en estrados narra la secuencia de atención de su hijo, con el resultado ya conocido. El paso del tiempo no ha mermado, el dolor propio de la madre, su angustia, al



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

Código: NNGKXHDJTNH

recordar la madrugada del 21/06/2015, los esfuerzos por ella desplegada en lograr una atención oportuna para su hijo, la conversación previa sostenida en su habitación de la clínica, la verbalización de en todo lo necesario de adquirir un regalo para su padre dado que aquel día se celebraba tal día del Padre, el reconocimiento de de los cuidados que había mantenido su madre para con él , indicarle el niño que había sido una excelente madre, le agradecía su preocupación y compañía y que debía ella descansar porque los últimos días no había dormido, tal fue el emotivo relato que brindó la señora , invoca ya en el hospital , en los postreros minutos de vida que le quedaban a su hijo que ella apelaba a su condición de deportista para enfrentar este difícil partido que se esforzara en ganar este partido lo que finalmente no ocurrió, en la actualidad informa la madre que ella sigue celebrando el cumpleaños de su hijo con alguno de sus compañeros , que el llegar a la instancia de juicio no persigue en modo alguno una compensación sino que el mínimo reclamo de justicia como aquella lo verbalizó, después de estas gestiones ella entiende que podrá descansar-

El proceso penal por definición es consustancialmente frío, con un lenguaje poco amistoso para los que no se dedican a esta profesión, pletórico de ritos, tiempos y actividades ajenos a una rutina ciudadana, se le exige al juez el trato equidistante a los que concurren a estrados, se despliegan formas que aseguran tal imparcialidad, una de estas es la ponderación de las reglas de la determinación de la pena , de los artículos 62 y siguiente del código penal que conducen al juez en este laberíntico proceso de la determinación de la pena adecuada al caso concreto, ya al final de aquel catálogo el artículo 69 permite al tribunal que dentro de los límites de cada grado de pena determinará la cuantía de la misma, en atención a la mayor o menor extensión del mal producido por el delito. Esa es la barroca invitación.

Como calificar la extensión del mal producido si aquel ha consistido en la pérdida del hijo, un niño de iniciales trece años de edad, que hasta los últimos instantes manifiesta preocupación por su padre, por su madre, viéndola a ella cansada le insta a que duerma y no permanezca en vela, es difícil no caer en frases hechas, vacías y comunes que afronten la pérdida de un hijo, sólo puedo indicar que no se avizora mayor duelo que aquella situación que contradice el derrotero corriente de la vida, los hijos nos preparamos, a cierta edad , para quedarnos sin padres, se asume como un doloroso ciclo vital, pero no es propio de ninguna vida que la madre deba despedir a su hijo.-

Por estas consideraciones y teniendo además presente lo dispuesto en los artículos 1, 2, 7, 11 N° 6, 11 N° 9, 15 N° 1, 18, 24, 25, 30, 49, 68,68 bis, 69, **490 N° 1, ,491** del Código Penal; artículos 45, 47, 295, 297, 340, 388 y siguientes del Código Procesal Penal; Ley 18.216, se declara



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

Código: NNGKXHDJTNH

I.- Que, **SE condena** a, **PAUL AGUIRRE VIVANCO**, 23.741.777 -1, ya individualizado, como **autor** del cuasidelito de homicidio simple, en perjuicio de cometido en Puerto Montt, el 21 de junio de 2015, a la **PENA de QUINIENTOS días de RECLUSION MENOR** en su grado **MINIMO**, a la suspensión de cargo u oficio público durante el tiempo de la condena.

II.- Que, reuniéndose en la especie los requisitos de los artículos 4° y siguientes de la Ley 18.216, se le **APLICA** la medida sustitutiva de **remisión condicional** por el término de dieciocho meses y en el evento de revocación del mismo, **NO** existen abonos que considerar.

III.- Que, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 38 de la ley 18.216, se omitirá en el certificado antecedente del condenado la presente sentencia;

IV.- Que, se le condena, además, al pago de las costas procesales si las hubiese, y personales del presente juicio, firme que sea la sentencia, se procederá a la regulación y la tasación de unas y otras.-

Dese cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 468 del Código Procesal Penal.-

Anótese, regístrese y archívese.

RIT 8559-2015

RUC 1510038867-4

Pronunciada por don **MIGUEL GARCIA HERRERA**, Juez de Garantía . Juzgado de Garantía de Puerto Montt.



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

Código: NNGKXHDJTNH



Miguel Angel García Herrera

Juez de garantía

JUZGADO DE GARANTÍA DE PUERTO MONTT.

Veinticinco de agosto de dos mil veintitrés
19:45 UTC-4



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

Código: NNGKXHDJTNH